



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA PSICOEDUCATIVA PARA EL DESARROLLO
DE LA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
DULCE MARÍA VIDES LEMUS

DIRECTORA DE TESIS: LIC. PIEDAD ALADRO LUBEL

**COMITÉ: DRA. IRENE MURIÁ VILA
DR. FELIPE CRUZ PÉREZ
MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ
LIC. IRMA CASTAÑEDA RAMÍREZ**



MÉXICO, D.F.

MAYO DE 2005

m. 344226



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*A mis hijos
Camila y José Mauricio*

Agradecimientos

Aunque soy la autora de esta tesis, sé que muchas de las ideas y estrategias que contiene son el fruto de los conocimientos que he adquirido de muchas personas. En particular, gracias:

- A la Lic. Piedad Aladro Lubel, por dirigirme a lo largo de toda la elaboración de la tesis.
- A la Dra. Irene Muriá Vila, quien no solo me encaminó al inicio de la tesis, sino también la revisó.
- Al resto del comité por sus valiosas aportaciones.

Y, por último:

- A mis padres, sin cuyo apoyo incondicional no lo habría logrado.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dulce María Videz
Lemus

FECHA: 20 de Mayo de 2005

FIRMA: Dulce Videz

Contenido Temático

Resumen	i
Introducción	ii
CAPITULO 1.	
Historia	1
CAPITULO 2.	
TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	8
2.1 <i>Conceptualización y Características</i>	8
2.2 <i>Bases Neurobiológicas</i>	17
2.3 <i>Historia Evolutiva</i>	19
2.3.1 <i>Del Nacimiento a los 4 o 5 años</i>	19
2.3.2 <i>Niñez Media, de 4 a 8 años</i>	21
<i>(Etapa de Educación Infantil)</i>	
2.3.3 <i>Adolescencia</i>	23
2.3.4 <i>Etapa de Vida Adulta</i>	26
CAPITULO 3.	
Asociación del TDAH con Otros Problemas	28
3.1 <i>Algunos Trastornos Físicos</i>	32
3.1.1 <i>Alteraciones Perceptivo Motrices</i>	32
<i>y Praxias Constructivas</i>	
3.2 <i>Dificultades de Aprendizaje</i>	33
3.3 <i>Trastornos de Conducta</i>	35
3.3.1 <i>Conducta Desafiante</i>	37
3.3.2 <i>Agresividad</i>	38
3.3.3 <i>Problemas de Relación</i>	39
3.4 <i>Trastornos Emocionales</i>	41
3.5 <i>Procastinación</i>	42
CAPITULO 4.	
Tratamiento	43
4.1 <i>Diagnóstico</i>	43
4.2 <i>Intervención Médica</i>	55
4.3 <i>Formas de Intervención Psicológica</i>	62
4.3.1 <i>Psicoterapia</i>	62

4.3.2 <i>Tratamiento Cognitivo-Conductual</i>	63
4.3.3 <i>Intervención Psicopedagógica</i>	67
4.3.4 <i>Biofeedback Electroencefalográfico</i>	69
4.4 <i>Intervención Interdisciplinaria</i>	70
CAPITULO 5.	
Modelos Teóricos	73
5.1 <i>Conceptualizaciones Biológicas</i>	73
5.2 <i>Conceptualizaciones Psicológicas</i>	75
5.3 <i>Conceptualizaciones Psicosociales</i>	78
CAPITULO 6.	
Autoestima	82
6.1 <i>Definición y Características</i>	82
6.2 <i>Evaluación y Estrategias para Fomentar la Autoestima</i>	91
6.3 <i>Autoestima y TDAH</i>	96
6.4 <i>Modelo Esquemático del Déficit de Autoestima y Dinámica de la Intervención</i>	101
CAPITULO 7.	
Método	103
7.1 <i>Preguntas de Investigación</i>	103
7.2 <i>Objetivo General</i>	103
7.3 <i>Objetivos Específicos</i>	103
7.4 <i>Procedimiento</i>	104
7.4.1 <i>Diseño del Taller de Intervención Psicoeducativa</i>	104
7.4.2 <i>Contenido del Taller</i>	108
7.4.2.1 <i>Sección 1. Evaluación de sí mismo.</i>	108
7.4.2.2 <i>Sección 2. Interpretación de la realidad.</i>	109
7.4.2.3 <i>Sección 3. Control de la ansiedad.</i>	110
7.4.2.4 <i>Sección 4. Habilidades sociales.</i>	110
7.4.2.5 <i>Sección 5. Asertividad.</i>	111
7.4.2.6 <i>Sección 6. Solución de problemas.</i>	112
7.4.2.7 <i>Sección 7. Percepción de sí mismo.</i>	113
7.5 <i>Instrumentos</i>	113
Conclusiones	115
, Recomendaciones	117

Referencias

121

Anexos

Anexo 1

Escala-IV de valoración de TDAH: versión para casa y escuela

Escala-IV de valoración de TDAH

(hoja de puntuación para muchachos)

Escala-IV de valoración de TDAH

(hoja de puntuación para muchachas)

Anexo 2

Carta descriptiva

Anexo 3

Evaluación de autoestima para adolescentes

Plantilla de corrección

Anexo 4

Actividades del taller

Sección 1. Evaluación de sí mismo

Lo que sé hacer bien

Mi forma de ser

Lo que ha cambiado en mí

Yo: antes y ahora

Al paso del tiempo

Que cambiaría de mi personalidad

Cualidades propias

Actos positivos reforzados

Queridos Santos Reyes

El genio de la lámpara

El escultor

Sección 2. Interpretación de la realidad

Pensar bien para acertar

Ascendiendo hacia el triunfo

Percepción de los demás

Manejo de mi tiempo

El león no es como lo pintan

Reconsiderando

Buscando la verdad
El lado bueno
Cuestión de perspectivas

Sección 3. Control de la ansiedad

Un viaje en tren
Transformarse en un objeto
Los colores y la relajación
Andando solo el camino
Marionetas

Sección 4. Habilidades sociales

¿Quieres probar tu empatía?
Elogios y cumplidos
Como tomar una crítica
Una corrida española
Veni, vidi, vici
Conductas positivas en relaciones sociales
Navegando
La función
Robots de control remoto
Nudo gordiano

Sección 5. Asertividad

Percepción visual de la agresividad, la asertividad y la pasividad
Consigue tus metas cada día
Opiniones personales
Como ser asertivo
Estilos de conducta social
Afrontando las críticas
Carta asertiva
Interacción familiar

Sección 6. Solución de problemas

Destinos de mi vida
¿Qué es un problema?
De que otra forma hacer las cosas
Posibles consecuencias

Tomando una decisión

Apretar y aflojar

Sección 7. Percepción de sí mismo

Vamos a brindar

Reportaje sobre sí mismo

Promoción personal

El observador oculto

Una página de presentación personal

Fotos personales

Resumen

El fortalecimiento de la autoestima es uno de los aspectos más importantes de la intervención en adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). A través de una investigación documental se revisaron los factores que intervienen en el proceso de desarrollo de la autoestima, la forma en que se correlacionan y se elaboró un modelo para describir dicho proceso. Mediante el análisis de las variables que intervienen en la formación de la autoestima, que son la percepción de sí mismo, la interacción del individuo con su contexto social, los mecanismos de establecimiento de atribuciones causales a las situaciones sociales experimentadas, el refuerzo extrínseco a las conductas sociales positivas del individuo y los síntomas característicos del trastorno; y la revisión de la literatura referente a los tipos de intervención usados a lo largo del siglo pasado, se estructuró un taller de intervención psicoeducativa con el objetivo de fomentar la autoestima en los adolescentes con TDAH. Las actividades que constituyen el taller están orientadas a fortalecer las habilidades sociales del adolescente, entrenarlo en técnicas de reducción de la ansiedad, fomentar en él el estilo de conducta social asertivo, enseñarle estrategias de solución de problemas y lograr una percepción positiva de sí mismo. Se proporciona además información detallada acerca del diagnóstico y tratamiento farmacológico, así como de la forma de intervención multidisciplinaria, que es la más apoyada en la literatura revisada.

Introducción

El déficit de atención con hiperactividad es un síndrome complejo que puede ser abordado desde diferentes disciplinas así como desde diferentes perspectivas de la psicología. Este trastorno puede muy bien ser observado desde la perspectiva de la psicología educativa ya que uno de los principales problemas que enfrentan las personas con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el repetido fracaso escolar, debido a las dificultades para mantener la atención, a su conducta impulsiva, y a la hiperactividad. Estas características del individuo con TDAH, hacen que con frecuencia sea visto como un niño o adolescente mal educado, mal estudiante, que reta a la autoridad, etcétera. Por lo que estos individuos sufren rechazo, aislamiento, castigos, etc. Además, debido a las repetidas experiencias de fracaso en el ámbito académico, llegan a considerarse como poco inteligentes o poco dotados para las actividades académicas, lo que les lleva a evitarlas. Estos individuos al ser constantemente rechazados, regañados y experimentar fracaso, a lo largo de los años, van sufriendo un considerable deterioro en su autoestima.

Muchas veces los sujetos con TDAH, especialmente los de tipo predominantemente inatento, pasan inadvertidos porque sus síntomas no son tan evidentes como los de los individuos con el tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o el tipo combinado; por lo que se ven privados de los beneficios que podría aportar una intervención temprana. En cuanto al tratamiento más adecuado, existen muchas controversias; hasta ahora no existe un tratamiento que cure el TDAH, pero de acuerdo con las investigaciones el tratamiento más eficaz para mejorar los síntomas es el farmacológico, sin embargo, este tratamiento por sí solo no logra cambios significativos en el rendimiento académico de los alumnos por lo que se hacen necesarios otros

abordajes como el tratamiento psicopedagógico para proveer las herramientas que permitan al individuo mejorar su rendimiento académico, así como el tratamiento psicoterapéutico que proporcione apoyo a las dificultades emocionales del sujeto y que le ayude a recuperar el déficit en la autoestima.

Del 4 al 10% de la población fracasa escolarmente con secuelas emocionales y causa trastornos en el proceso de aprendizaje del grupo. El déficit de atención con hiperactividad es posible causa de deserción escolar y es un factor de riesgo para problemas con drogas, desempleo, problemas maritales, etc. Por eso la necesidad de un diagnóstico temprano. Si a esto se suma un déficit en la autoestima el pronóstico para estos adolescentes puede empeorar. Es importante determinar si los adolescentes con TDAH sufren de déficit en la autoestima ya que una ayuda oportuna para mejorar su autoestima puede minimizar los riesgos y proporcionar al adolescente con TDAH una mejor calidad de vida.

El objetivo de esta tesis documental es mostrar como se encuentra afectado el nivel de autoestima -“La autoestima es la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad” (Branden, 1995)- en adolescentes con TDAH y presentar una propuesta de intervención psicoeducativa para mejorar el nivel de autoestima en adolescentes con TDAH. La propuesta será enfocada a una población adolescente de aproximadamente 14 años de edad, pudiendo aplicarse a adolescentes de 12 a 19 años, haciendo ajustes en las preguntas o actividades cuando sea necesario.

El marco teórico está distribuido de la siguiente manera: El primer capítulo da una perspectiva histórica de este síndrome. El segundo capítulo define el Déficit de Atención con Hiperactividad. El tercer capítulo describe los trastornos que se encuentran asociados al TDAH. El cuarto capítulo describe las técnicas de diagnóstico del TDAH, así como los

diferentes tipos de tratamiento que se utilizan para el mismo. El quinto capítulo explica los modelos teóricos que abordan este problema. El sexto capítulo explica que es la autoestima, como esta se encuentra afectada en los adolescentes con TDAH y que técnicas pueden usarse para mejorarla. A continuación del marco teórico se expone la metodología que se siguió para la estructuración del taller y se hace una introducción al contenido de cada sección que lo integra. Al final, se incluyen en los anexos las escalas que se sugieren para la evaluación del TDAH y la autoestima, y las actividades que componen el taller de intervención psicoeducativa.

1. Historia

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad ha sido estudiado desde principios del siglo XIX, se han desarrollado diferentes hipótesis para explicar su origen: neurofisiológicas, neuroanatómicas, genéticas y psicosociales, esto, junto con la descripción de sus síntomas principales, ha dado lugar a las distintas concepciones y nombres que se han dado al TDAH hasta hoy.

Este trastorno fue descrito por primera vez por Heinrich Hoffman, médico alemán, en 1854. A partir de ese momento, numerosos autores han estudiado este síndrome (Solloa, 2001). En 1902 George Still (pediatra británico) y Alfred Tredgold, hicieron una descripción clínica de este cuadro al que definieron como “defectos en el control moral” (Gratch, 2001), señalaron una mayor incidencia del trastorno en niños que en niñas de la misma edad e indicaron como sintomatología principal del cuadro, los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención, y otros. Still (1909, citado por Gratch, 2001), tomando en cuenta los criterios médicos de ese tiempo, asoció el trastorno a malformaciones congénitas que podían comprobarse en aspectos como la diferencia de diámetro del cráneo, etc.; tratando de atribuir causas hereditarias a su etiología, indicó que entre los familiares de estos niños existía un porcentaje alto de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios; señaló que entre los trastornos asociados al TDAH, con frecuencia estaban los tics o enfermedad de la Tourette. Posteriormente, Cantweell (1985; citado por Solloa, 1997) afirma en su “Hipótesis de deterioro en el desarrollo” que el síndrome del TDAH en la infancia predispone a la aparición de otros trastornos psiquiátricos tales como personalidad antisocial, alcoholismo, trastornos

afectivos, trastornos de ansiedad, síndrome de Tourette y algunos subtipos de esquizofrenia. Por su parte, Orjales (1998) dice que hay estudios que advierten que un 25% de los niños hiperactivos incurren en actos delictivos, abusan de las drogas o el alcohol y tienen problemas de personalidad durante la vida adulta.

Entre los años de 1917 y 1918, una epidemia de encefalitis que hubo en Estados Unidos, proporcionó la oportunidad de observar síntomas muy parecidos a los de los niños hiperquinéticos (v. 2.1 TDAH: Conceptualización y Características) en los sujetos que habían enfermado: los niños presentaban un cuadro bastante parecido al descrito por Still (hiperactividad, impulsividad, labilidad emocional, intolerancia a la frustración y conducta antisocial) (Gratch, 2001). En 1929, el síndrome hiperactivo que exhibían algunos de estos niños fue definido como “impulsividad orgánica” (Khan y Cohen en G. Solomon 1978; citado por Solloa, 2001). Desde el punto de vista neuroanatómico, los análisis morfométricos (estudios cuantitativos de las formas del modelado terrestre y de la forma y estructura de los seres vivos. El pequeño Larousse, 1999) han demostrado generalmente que la asimetría del tamaño que ocurre normalmente (lóbulo frontal derecho más grande que el izquierdo) esta ausente en los grupos con TDAH, secundando a un lóbulo frontal derecho más pequeño; la mayoría de los estudios han encontrado una mayor asimetría derecha que izquierda en el tamaño del núcleo caudado en niños con TDAH comparados con controles, sin embargo otros estudios no han reportado asimetría, de la misma manera, en los niños normales el patrón reportado de asimetría caudada ha sido inconsistente (Schrimsher, G., Billingsley, R., Jackson, E. & Moore, B., 2002). Desde la perspectiva neurofisiológica, los niños que presentaban los síntomas típicos de TDAH fueron considerados poseedores de un daño o disfunción cerebral mínima que procedía de una secuela posencefálica o de un trauma sufrido durante el parto (trauma perinatal), sin embargo, estas supuestas lesiones cerebrales mínimas

nunca se pudieron describir ni localizar (Clements, 1966; citado por Solloa, 2001; Gratch, 2001).

En la etiología del TDAH están implicados varios factores biológicos: existe un especial interés por las áreas límbicas, frontales, inferotemporales, parietales y por sistemas que suben desde el tallo cerebral hasta el diencéfalo, hasta el sistema activador reticular ascendente (SARA) (Roselló, 1998); también por los neurotransmisores norepinefrina (noradrenalina) y dopamina (Shaywitz, 1990; citado por Solloa, 1997); unos patrones EEG anormales, así como unas reacciones fisiológicas disminuidas, sugieren una activación por debajo de lo normal (Wicks-Nelson & Israel, 2001). Acerca de estas estructuras cerebrales, Roselló (1998) dice que el sistema activador reticular ascendente (SARA) es el responsable de la activación necesaria para que pueda operar el sistema atencional, y que guarda estrecha relación con estructuras del sistema límbico como el hipotálamo. Acerca de los neurotransmisores citados, Carlson (1996) dice que los lóbulos frontales y las estructuras subcorticales se conectan por medio de axones dopaminérgicos y noradrenérgicos entre otros. Bradley (1937; citado por Gratch, 2001) descubrió el “efecto paradójico tranquilizante” de los psicoestimulantes en los niños hiperquinéticos a los que se les administró benzedrina como tratamiento (de acuerdo con Kahn y Cohen en G. Solomon, 1978, citado en Solloa, 2001; Bradley comienza a usar este tratamiento en 1950). Este momento se considera crucial en la psiquiatría porque marca el inicio de la psicofarmacología infanto-juvenil: en sus anotaciones, Bradley enfatiza la eficacia de las anfetaminas para disminuir en estos niños la conducta disruptiva, trastornos de conducta, impulsividad e hiperactividad; de su experiencia en Providence (Rode Island), en el Emma Pendleton Bradley Home, reportó haber observado una gran mejoría en sus rendimientos intelectuales. De acuerdo con Carlson (1996), las anfetaminas actúan directamente sobre la recaptura y producción de dopamina y noradrenalina. Basándose en

estas experiencias, desde 1970 las anfetaminas se convirtieron en la droga de elección para tratar este trastorno (Gratch, 2001).

En 1947, Strauss y Lethinen plantearon que la conducta hiperquinética era resultado de un daño cerebral manifiesto o supuesto, de carácter exógeno determinado por algún factor ajeno a la dotación genética del individuo, y denominaron el trastorno como síndrome de daño cerebral (Solloa, 2001; González, 2000). En 1957 Lauffer y Denhoff fueron los primeros en hacer una descripción sistemática del síndrome hiperquinético y en establecer la existencia de un componente fisiológico, en una época en la que se hacía énfasis en los factores psicodinámicos para explicar la psicopatología infantil (Solloa, 2001; González, 2000). En 1966, gracias a las aportaciones de Clements se logró cambiar el término daño cerebral por el de disfunción cerebral puesto que no era posible localizar un daño, así se acuñó el término “disfunción cerebral mínima”, que prevaleció durante años y que fue descrito en una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos Neurológicos con 10 características, citadas en orden de mayor a menor frecuencia: 1) hiperactividad; 2) Dificultades perceptomotoras; 3) labilidad emocional; 4) déficits en la coordinación general; 5) desórdenes de atención (lapsos de atención cortos, distractibilidad y perseverancia); 6) impulsividad; 7) desórdenes de la memoria y el pensamiento; 8) problemas de aprendizaje en lectura; aritmética, escritura u ortografía; 9) dificultades del habla o audición; y 10) signos neurológicos equívocos e irregularidades neurológicas (Solloa, 2001). La segunda edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 1968; citado por Kamphaus et al., 2000) incluyó el “síndrome de reacción hiperquinética infantil” para enfatizar la creencia de que la hiperactividad motora es el rasgo esencial del trastorno.

En 1972 Virginia Douglas señaló en un trabajo presentado en la Sociedad de Psicología Canadiense, que las principales características de este síndrome eran la dificultad para controlar los impulsos y para mantener la atención por períodos prolongados, y que estas eran más significativas para el diagnóstico que la hiperactividad (Gratch, 2001). En la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *DSM III* (American Psychiatric Association, 1980; citado por Kamphaus et al., 2000), el trastorno fue reconceptuado para enfatizar déficits en el sostenimiento de la atención, acuñando el término de “Trastorno por déficit de atención”, en esta edición se reconoce por primera vez de manera explícita que el niño podía presentar el déficit de atención en ausencia de hiperactividad motora. El *DSM III* propuso tres dimensiones esenciales de conducta asociadas con trastornos con déficit de atención: 1)inatención, 2)impulsividad e 3)hiperactividad. El *DSM III R* (American Psychiatric Association, 1987; citado por Kamphaus et al., 2000) eliminó cualquier distinción entre estas conductas y consideró a las tres dimensiones como indicativas de un solo dominio de conducta, también prescindió de subtipos basados en la presencia o ausencia de actividad motora (Kamphaus et al., 2000). La investigación ha sugerido de manera consistente que la verdad esta en algún lugar entre estas dimensiones, en específico, el análisis factorial por lo general ha podido documentar dos dimensiones de conducta parcialmente independientes: inatención/desorganización e impulsividad/sobreactividad (Lahey y col., 1988; citados por Kamphaus et al., 2000). Con base en estas revisiones, estos autores concluyeron que la decisión de eliminar los subtipos en el *DSM-III R* no fue consistente con su cuerpo de investigaciones (Kamphaus et al., 2000). El *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994; citado por Kamphaus et al. 2000) reconoce la existencia de subtipos basados de manera amplia en la presencia de hiperactividad: hay un TDAH de tipo con predominio de déficit de atención, para designar a

los niños con problemas de inatención y desorganización pero sin problemas de impulsividad y sobreactividad; existe el TDAH de tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y un TDAH del tipo combinado, para designar a los niños con problemas significativos de impulsividad-hiperactividad, en combinación con o aislados de los problemas de inatención y desorganización. Esta definición también intenta incorporar la investigación en dos aspectos adicionales relacionados con el diagnóstico de TDAH que también tiene implicaciones importantes para el proceso de evaluación: 1) la cuestión de una edad mínima en la que deben presentarse los síntomas del TDAH y 2) la variabilidad de la situación de los mismos (incapacidad de un niño para regular su conducta frente a las diferentes demandas de la situación) (Barkley, 1990; citado por Kamphaus et al., 2000).

En el *DSM IV* (American Psychiatric Association, 1987; citado por Gratch, 2001), el TDAH se clasifica de la siguiente forma:

1. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente distraído o inatento.
2. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente hiperactivo o impulsivo.
3. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo combinado.

El grupo 2 (tipo predominantemente hiperactivo –impulsivo), junto con el grupo 3 (tipo combinado), conforman la mayoría de los casos de TDAH en los niños. Un tercio de los casos se manifiesta con predominio de distracción o inatención y presenta pocos rasgos de hiperactividad e impulsividad (grupo 1) (Gratch, 2001).

Para poder formular el diagnóstico de alguno de estos tipos, el sujeto debe presentar los síntomas principales: distractibilidad, hiperactividad, impulsividad, otros síntomas asociados.

Estos síntomas deben aparecer antes de los 7 años, y además presentarse en al menos dos ambientes diferentes en los que causan perjuicios al paciente (e. g. La escuela, el hogar, trabajo, etc.). Además estos síntomas no deben ser causados por la presencia de otro trastorno psiquiátrico (Gratch, 2001).

Dependiendo de los criterios empleados, se estima que la incidencia de TDAH varía en un rango que va del 2% al 25% y 30% (Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997), usando los criterios del *DSM-IV*, aproximadamente del 3% al 5% de la población infantil en general cumple con los criterios diagnósticos del TDAH (Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997; Orjales, 1998; Calderón, 1999). Este trastorno se presenta más frecuentemente en varones que en mujeres (Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997), los datos acerca de la proporción de casos entre ambos géneros varían: de acuerdo con Orjales (1998) y Calderón (1999) es de 10 a 1, los datos obtenidos de muestras clínicas han reportado que es de 6 a 1, y los obtenidos en muestras de comunidades reportan que es de 3 a 1 (Barkley, 1990; citado por Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997). El TDAH puede presentarse entre ricos o entre pobres, así como entre aquellos que tengan muy altos niveles de educación o aquellos que tengan muy bajos niveles educativos, también entre las diferentes líneas étnicas, raciales y religiosas (Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997).

Desde principios del siglo pasado hasta la actualidad, la descripción de los síntomas del TDAH durante la infancia ha variado poco, la concepción del trastorno como un problema neurológico relacionado con la dopamina y la norepinefrina se ha afirmado a lo largo de los últimos años, lo más reciente es la definición que da el *DSM-IV* del trastorno, resultado de las revisiones mencionadas, y que los métodos diagnósticos se han afinado en la actualidad y se dispone de otros recursos terapéuticos además de las anfetaminas.

2. TDAH : Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El TDAH esta caracterizado por niveles de atención que no van de acuerdo con la etapa de desarrollo del sujeto, además, esta acompañado por impulsividad y en ocasiones por hiperactividad. En los Estados Unidos alcanza hasta el 5% de la población infantil, y aunque antes se consideraba que sus síntomas desaparecían durante la adolescencia, ahora se sabe que persisten entre un 50 y un 70% hasta la edad adulta.

2.1 Conceptualización y Características

El término hiperkinético (hiperquinético) se refiere a un cuadro sintomatológico de base neurológica que puede degenerar en problemas importantes y que sólo en algunos casos puede ser asociado a problemas de conducta (Orjales, 1998) y muchas veces va asociado con problemas en el sueño, la atención o la concentración (Lorin, C. & Demachy, P., 1995). Barkley (citado por Solfoa, 2001) lo definió de la siguiente manera: hiperactividad es un trastorno en el desarrollo de atención, control de impulsos y la conducta gobernada por reglas (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que surge en el desarrollo temprano, es significativamente crónico y afecta todas las áreas de funcionamiento, no se atribuye a retraso mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o desórdenes emocionales severos. Este término ha sido utilizado incluso para nombrar a los sujetos con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), sin embargo, en la actualidad se usa menos frecuentemente ya que los problemas de actividad motora a que alude no siempre están presentes en el TDAH y han dejado de considerarse un rasgo esencial de éste (Orjales, 1998) desplazando el interés hacia el déficit en la atención (Gratch, 2001).

La CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 1995) codifica al TDAH como F90.0 “Perturbación de la actividad y de la atención” reconociendo dos subtipos: a) Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad y b) Trastorno hiperactivo con déficit de la atención, y excluyendo el Trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta (F90.1). En esta clasificación, el TDAH se encuentra incluido en los “Trastornos hiperactivos” (F90) que a su vez pertenecen a la categoría de los “Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia” (F90-F98).

La atención puede entenderse como el proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (López y García, 1997; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). La implicación de distintos mecanismos dentro de este proceso sugiere que la falta de atención tiene un carácter multidimensional (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). En la última década las deficiencias atencionales se han considerado como el problema específico y esencial que está en la base de las manifestaciones comportamentales y escolares del TDAH, trabajos longitudinales muestran que es el síntoma que permanece más constante a lo largo del tiempo (Hart et al., 1995; citado por González, 2000). Bajo el rótulo de problemas atencionales, se han equiparado a veces, la distracción sobre tareas de rendimiento, las percepciones del profesor sobre la concentración del niño, la atención selectiva (focalización), la atención dividida (tareas de capacidad) y la atención sostenida (tareas de vigilancia) (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001); en la actualidad, los investigadores no han identificado un déficit específico de atención en el TDAH, aunque los datos referentes a las tareas de atención sostenida parecen ser los más relevantes (Wicks-Nelson e Israel, 2001; Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Con el fin de aislar la atención, los investigadores la han manipulado, y estudiado posteriormente los efectos específicos. Está aceptado que la

atención tiene varias dimensiones, por lo que su medición ha resultado problemática, una de las dimensiones es la atención selectiva, es decir, la capacidad de atender a los estímulos importantes del entorno ignorando los que no lo son, que es la que participa en las tareas de focalización; otra es la atención dividida, que se refiere a la que participa en las tareas de capacidad; y finalmente, la atención mantenida, que se refiere a prestar atención a una tarea durante un período de tiempo, y que participa en las tareas de vigilancia (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001; Wicks-Nelson & Israel, 2001). En el laboratorio a menudo se ha puesto a prueba la atención mantenida con un test de rendimiento continuo, la tarea principal de este test consiste en que el sujeto presione un botón cuando aparezca un estímulo específico, por ejemplo la aparición de una determinada letra entre una serie de letras proyectadas consecutivamente sobre una pantalla. Los errores que se cometen en la prueba se deben a no reaccionar al estímulo determinado (error por omisión), lo que indica falta de atención o de vigilancia, y por reaccionar ante los estímulos diferentes del especificado (error por comisión), lo que podría mostrar falta de atención o impulsividad (Wicks-Nelson & Israel, 2001; Kyuman, Hyung-Oak & Kyung-Sun, 2001). Se han hecho estudios con potenciales evocados para tratar de determinar cual es la causa real de estos errores (Satterfield y Schell, 1984; citados por Orjales, 1998), pero, aunque permiten estudiar más a fondo los procesos cognitivos y establecer diferencias significativas por ejemplo, entre niños con trastorno lector y niños con TDAH (Harter y col., 1988; citados por Orjales, 1998), todavía quedan por realizar numerosos estudios en esta línea hasta que los potenciales evocados permitan diseñar programas específicos e individualizados para cada sujeto (Orjales, 1998). Aunque los efectos negativos sean la observación más frecuente, en estos casos se plantea la cuestión de si el problema realmente es de distractibilidad o es de incapacidad para mantener la atención (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Los niños

con TDAH suelen cometer estos dos errores con más frecuencia y son más lentos que los niños normales y los que tienen otros tipos de diagnósticos (Douglas, 1983; Barkley, 1990; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001; Kyuman et al., 2001), sin embargo, un déficit real en la atención mantenida llevaría a un empeoramiento en el rendimiento a medida que aumentara la duración de la tarea, pero la investigación no ha mostrado de manera consistente este efecto, por lo que no existen pruebas sólidas para hablar de un déficit en la atención mantenida (Corkum y Siegel, 1993; van der Meere, Wekking y Sergeant, 1991; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Así, mientras para algunos esto refleja un déficit primario para poner atención, para otros sería secundario a otro problema más general de desinhibición conductual (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001).

El segundo aspecto del TDAH es la impulsividad, que podría ser definida como un déficit para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales (Milich y Kramer, 1985; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). También presenta un carácter multidimensional (Bornas y Severa, 1996; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Lo principal es distinguir entre la impulsividad social y la impulsividad cognitiva: la primera se refiere a conductas como la incapacidad del niño para esperar su turno en un juego o en clase, tendencia a asumir riesgos innecesarios que llevan a padecer caídas o lesiones, poca tolerancia a la frustración (lo que provoca conductas ansiosas y destructivas), dificultades para seguir instrucciones o ajustarse a ellas cuando el estímulo que las genera no está presente, dificultad para trabajar en tareas en las que los refuerzos aparecen lejanos, etc.; la segunda es la que ha recibido mayor atención con el desarrollo del estilo cognitivo reflexividad-impulsividad (Bornas y Severa, 1996; Palacios, 1992; Quiroga y Forteza, 1988; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), en este caso el niño impulsivo es aquel que responde más rápido cometiendo un mayor número de errores sobre tareas que implican

incertidumbre sobre la respuesta, es decir cuando la respuesta a un problema es derivada de la exploración cuidadosa de diversas alternativas (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), el niño puede entrar de lleno en un problema y tratar de resolverlo antes de planear el primer paso, lo que se llamaría actuar sin pensar (Wicks-Nelson & Israel, 2001).

La sobreactividad (hiperactividad) que es el tercer aspecto del TDAH, podría ser definida como la presencia de niveles excesivos, para la edad del niño, de actividad motora o verbal (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) así como de actividad inoportuna (Wicks-Nelson & Israel, 2001). En general los niños que no pueden controlar su respuesta son niños que hablan continuamente, que casi siempre mantienen parte de su cuerpo en movimiento, que no pueden estar mucho tiempo sentados, hacen ruidos extraños con su boca, saltan o realizan movimientos corporales en situaciones inapropiadas, se retuercen, no paran de dar golpecitos con los dedos, empujan a sus compañeros de clase, etc. (Greenhill, 1991 y Whalen, 1989; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001; Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Las características de su movimiento parecen a menudo diferentes de la actividad normal, siendo excesivamente enérgico, de cualquier modo desorganizado y carente de objetivos; los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular sus acciones según los deseos de otras personas o las demandas de la situación concreta (Wicks-Nelson & Israel, 2001). De acuerdo con estudios realizados por Polino et al (1983) y Jacob O'Leary y Rosenblad (1978), existe una gran variación individual en cuanto a problemas de actividad y la hiperactividad también depende de la situación inmediata (Wicks-Nelson & Israel, 2001). En general, el exceso de actividad motriz y la inquietud son más probables de ocurrir en ambientes sedentarios o muy estructurados como la iglesia o el salón de clase, que en ambientes relajados con menores demandas externas (Greenhill, 1991; citado por Wicks-Nelson & Israel, 2001). La sobreactividad motora, salvo en casos graves donde suele darse

algún tipo de alteración neurológica, fundamentalmente se desencadena ante determinadas situaciones o tareas que requieren atención y esfuerzo, en contra de la creencia general, cada vez parece más claro que es consecuencia y no causa de los problemas cognitivos de los niños hiperactivos (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001).

Actualmente, según lo establece el *DSM-IV-TR* la característica principal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un persistente patrón de desatención y/o impulsividad-hiperactividad, que es más grave y frecuente que el observado usualmente en individuos de un nivel equivalente de desarrollo, además deben existir pruebas claras de que esto interfiere con la actividad social, académica o laboral del nivel de desarrollo propio del individuo, se necesita que las alteraciones estén presentes antes de los siete años de edad y que el deterioro se produzca al menos en dos ambientes diferentes.

Existe hoy consenso de que el TDAH se manifiesta en los primeros años de vida (Barkley, 1982; Ross y Ross S.A., 1982; citados por De Quiroz en Joselevich, 2000; Wicks-Nelson & Israel, 2001; Kyuman et al., 2001), sin embargo, muchas veces no es sino hasta más tarde que los padres buscan ayuda profesional, y aún aquellos padres que concurren a la consulta temprano, son tranquilizados con el argumento “ya va a madurar”, Laufer y Denhoff (1957; citados por Calderón, 1999) mencionaron que la tendencia a la hiperactividad desaparece como síntoma clínico entre los 12 y los 18 años de edad. Este era un concepto coherente cuando se consideraba a la hiperactividad como sinónimo de TDAH, pero, por más que la hiperactividad disminuye con la edad, la atención sostenida y la impulsividad permanecen relativamente estables en una cantidad importante de casos, y se expresan e impactan de manera diferente de acuerdo a la edad del niño (De Quiroz en Joselevich, 2000).

La persistencia del TDAH está asociada a diferentes variables, y parecen existir diferentes trayectorias para diferentes resultados (Wicks-Nelson & Israel, 2001). Estudios

longitudinales sobre TDAH indican que la impulsividad y la hiperactividad disminuyen durante la adolescencia (Hart, Lahey, Loeber, Applegate & Frick, 1995; citados por Kyuman et al., 2001), sin embargo entre el 70% y el 80% de los infantes con TDAH arrastran la mayor parte de los síntomas hasta la adolescencia (Barkley, Fisher, Edelbrock & Smallish, 1990; Barkley, Anastopoulos, Guevremont & Fletcher, 1991; citados por Kyuman et al., 2001) y entre el 50% y el 70% de los niños con TDAH probablemente sufren un TDAH residual durante la edad adulta (Weiss & Hechtman, 1993; Wenwei, 1996; citados por Kyuman et al., 2001; Gratch, 2001). En la actualidad hay suficiente evidencia que indica que los niños con TDAH están en gran riesgo de dificultades significativas para adaptarse a sus problemas de aprendizaje aún en vida posterior (Calderón, 1999), estas incluyen conducta antisocial e inmadurez emocional (Ackerman et al, 1977; citado por Calderón, 1999). Aún en la edad adulta hay numerosos indicios de que los pacientes muestran rasgos psicopatológicos, problemas emocionales y logros pobres (Borland y Heckman, 1976; citado por Calderón, 1999). Sobre la base de todo lo anterior, se aprecia que a pesar del descenso de la hiperactividad motriz durante la adolescencia, otros síntomas se mantienen. La realidad es que sin tratamiento, el TDAH perdura después de la adolescencia y los déficits cognitivos derivados de la impulsividad y del déficit de atención, así como la ausencia de estrategias adecuadas de procesamiento de la información, se mantienen hasta la edad adulta (Orjales, 1998). De Quiroz (en Joselevich, 2000) aconseja evaluar la conducta del niño con un criterio madurativo, cuanto más se aleja de lo esperable para la edad, menor es la probabilidad de que esa conducta sea normal.

Acerca de la conducta antisocial, Kyuman et al. (2001) dicen que en un estudio longitudinal llevado a cabo por Satterfield et al. (1982), se encontró que el 50% de una muestra de 110 chicos con TDAH cometieron robo y asalto físico y el 19% fueron

encarcelados, mientras que solo el 10% de 88 chicos sin TDAH cometieron algún delito pero ninguno fue encarcelado. Kyuman et al. (2001) en un estudio llevado a cabo con una muestra de 98 jóvenes coreanos en dos centros juveniles correccionales, de entre 12 y 18 años de edad, encontraron que el 42% de los chicos encerrados fueron diagnosticados con TDAH en comparación con solo el 11.9% de los que se diagnosticaron en un grupo control; asimismo, encontraron que los chicos encerrados y los del grupo control que padecían TDAH, presentaron índices de IQ más bajos, más severos problemas de comportamiento y más baja autoestima que aquellos chicos delincuentes y del grupo control sin TDAH.

Se sabe que las complicaciones durante el embarazo y nacimiento se relacionan sólo de forma débil con el TDAH (Wicks-Nelson & Israel, 2001), aunque actualmente existe cierto consenso acerca de que ciertos problemas durante el embarazo o el parto, así como el consumo de alcohol y tabaco y las infecciones o enfermedades que afectan el cerebro, aumentan el riesgo de padecerlo (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Acerca de la dieta y el envenenamiento por plomo, no se ha encontrado una relación directa con los síntomas del TDAH (Barkley, 1990; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001; Wicks-Nelson & Israel, 2001), sin embargo, la presencia de químicos neurotóxicos en la sangre del niño esta significativamente asociada con el TDAH y otros déficits cognitivos (Needleman & Bellinger, 1981; citados por Dadds en Ammerman & Hersen, 1997), de igual forma la mala nutrición, bajo peso al nacer y el abuso de sustancias por parte de la madre durante el embarazo (Loeber, 1990; citado por Dadds en Ammerman & Hersen, 1997). Los factores mencionados han sido erróneamente interpretados como genéticos durante generaciones (Dadds en Ammerman & Hersen, 1997), pero aunque estos factores no lo sean, si existe cada vez un mayor número de pruebas que apoyan la influencia genética (Wicks-Nelson & Israel, 2001). Se ha encontrado que existen relaciones entre el TDAH y factores

familiares, incluyendo pobreza, estrés e interacciones familiares negativas. Actualmente existe un gran interés por el entorno psicosocial de los niños con TDAH ya que los ambientes específicos del colegio y el hogar podrían provocar, moldear y mantener conductas relacionadas con el TDAH; en general, es posible que el TDAH se produzca a partir de varios factores o de su combinación (Wicks- Nelson & Israel, 2001). Características como irritabilidad, inatención, impulsividad y desobediencia, medidas en niños de 2 y 3 años, están confiablemente asociadas con características familiares como conflicto marital y divorcio, psicopatología de los padres, disciplina punitiva y baja nutrición, aislamiento social y bajo estatus socioeconómico (Dadds, 1987, 1995; citado por Dadds en Ammerman & Hersen, 1997). Los niños con síntomas de TDAH están en especial riesgo de sufrir daños, la distractibilidad ha sido asociada con el sufrimiento de daños no intencionales (Zuckerman & Duby, 1985; citados por Brown & Peterson en Ammerman & Hersen, 1997) así como los altos niveles de actividad (Gayton, Bailey, Wagner & Hardesty, 1986; Hartsough & Lambert, 1985; citados por Brown & Peterson en Ammerman & Hersen, 1997), a su vez, un contexto de riesgo de daño podría estar caracterizado por un hogar caótico, bajos ingresos económicos, donde los movimientos de un área densamente poblada a otra son comunes, por ejemplo, los niños podrían estar abusando del alcohol o drogas en un esfuerzo por lidiar con sus sentimientos de depresión o de sentirse abrumados (Brown & Peterson en Ammerman & Hersen, 1997).

Se estima que entre el 3% y el 5% de la población escolar (niños menores de 10 años) manifiesta TDAH (Wicks- Nelson & Israel, 2001; Orjales, 1998), a los niños se les diagnostica con más frecuencia este trastorno que a las niñas en una proporción de 10 a 1 (Orjales, 1998) aunque hay quienes afirman que es solo de 3 a 1 (Gratch, 2001; Barkley, 1990; citado por Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997). En un estudio sobre

diferencias de género en TDAH (Anónimo, 2002), se afirma que aproximadamente un 75% de las niñas con TDAH pudieron no haber sido diagnosticadas, ya que manifestaban menos agresión e hiperactividad, se señala también que es más probable que en las niñas se encuentren síntomas superpuestos de TDAH y otros desórdenes como ansiedad, timidez y dificultad auditiva. En el mismo estudio se dice que es tres veces más probable que se trate a las niñas con TDAH por depresión que a los niños (solo el 5% de los niños medicados fue tratado previamente por depresión comparado con el 14% de las niñas). El 92% de los padres de las niñas resultó más propenso a buscar una opinión médica cuando sospechó de la presencia de un problema en su hija, pero solo lo hizo el 73% de los padres de los varones. Los padres de las niñas se vieron menos presionados al momento de decidir si se medicaría a su hija o no en comparación con los padres de los chicos.

2.2 Bases Neurobiológicas

Existen hipótesis explicativas del TDAH que se han centrado en demostrar la existencia de una sobreactivación o una infractivación cortical (Manga, Fournier y Navarredonda, 1995; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), entre estas esta la de Barkley (1990; citado por Wicks-Nelson & Israel, 2001), que considera al TDAH como un déficit de la motivación o de la regulación conductual, lo cual podría estar causado por un control inadecuado de la conducta, de sus consecuencias o por una gran necesidad de activación, además hace énfasis en que el deterioro está vinculado a la motivación y que tiene una base biológica. Asimismo, la obtención de patrones anormales en el EEG y otras medidas electrofisiológicas en niños con TDAH, sugiere un retraso madurativo y una activación por debajo de lo normal (Uriarte, 1989; citado por Solloa, 1997; Taylor, 1994; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001; Wicks-Nelson & Israel, 2001; Gratch, 2001). Los estudios

se han centrado en el área frontal y límbica del cerebro, así como por los neurotransmisores norepinefrina y dopamina (Maltes, 1980; citado por Solloa, 1997; Berger, 1999; Roselló, 1998; Solloa, 1997). Las estructuras cerebrales están conectadas por medio de axones, que son los canales de transmisión neuroquímica entre las neuronas: el haz medial del prosencéfalo es un haz de axones que recorre el eje rostral caudal del cerebro medio (mesencéfalo) hasta el prosencéfalo basal rostral (Olds y Fobes, 1981; citados por Carlson, 1996), dicho haz contiene largos axones ascendentes y descendentes que interconectan el cerebro frontal (prosencéfalo) y las estructuras del cerebro medio (mesencéfalo), así como axones cortos que conectan las regiones adyacentes; también contiene axones ascendentes dopaminérgicos, noradrenérgicos y serotoninérgicos en la trayectoria del tallo cerebral a las áreas de proyección en el cerebro frontal (prosencéfalo) (Carlson, 1996). Los estudios hechos acerca del TDAH involucran estas estructuras y han encontrado que, la mayor frecuencia de signos neurológicos menores en los niños con TDAH respecto de los normales y la observación de una sintomatología muy similar de estos niños con aquellas personas que han sufrido lesiones en el lóbulo frontal (Chelune y col., 1986; y McKay y col., 1985; citados por Orjales, 1998) y la desaparición de la sintomatología clínica en ratones lesionados en esta zona cuando se les administraba metilfenidato, apoyan la sospecha de los especialistas de la existencia de una posible disfunción del lóbulo frontal y en las estructuras diencefalo-mesencefálicas en los niños con TDAH (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997; citados por Orjales, 1998; Berger, 1999). Además, desde el punto de vista neuroquímico, la respuesta positiva de los niños con TDAH a los estimulantes, que alivian las manifestaciones principales y muchas de las secundarias en un 70% de los casos (Wicks-Nelson & Israel, 2001), apoya la hipótesis de una deficiencia en la producción regulada de dopamina y noradrenalina, ya que las drogas estimulantes como las anfetaminas inhiben la recaptura de

estos neurotransmisores (Carlson, 1996), esta deficiencia hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997; citados por Orjales, 1998; Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). La medicación produce una mejora inmediata porque el metilfenidato y la dextroanfetamina facilitan la acción de la dopamina y liberan noradrenalina permitiendo ajustar ese desequilibrio en el umbral de estimulación, lo que se traduce en una mejoría en la atención y una reducción de la hiperactividad motriz (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997; citados por Orjales, 1998; Carlson, 1996).

2.3 Historia Evolutiva

2.3.1 Del Nacimiento a los 4 o 5 años

Es frecuente que las madres describan que sus hijos con TDAH fueron más inquietos durante el embarazo, algunos estudios indican que suelen nacer fuera de término y suelen ser más erráticos en la adquisición de hábitos de sueño, alimentación y control de esfínteres (De Quiroz en Joselevich, 2000; González, 2000; Miranda, Amado y Jarque, 2001). Se ha comprobado que la mayoría de estos niños duermen menos horas de lo habitual en estas edades y a menudo se despiertan durante la noche llorando o gritando, manifestando además patrones irregulares de respiración y de latidos cardíacos en la fase de sueño REM (Miranda et al., 2001). Suelen tener más complicaciones de salud como alergias, otitis, catarros de las vías aéreas superiores y cólicos que persisten más allá de los tres o cuatro meses habituales (De Quiroz en Joselevich, 2000). En general son bebés de temperamento difícil o extremo como indican Chess y Thomas (1977, 1987; citados por De Quiroz en Joselevich, 2000; Miranda et al., 2001), quienes establecen que un perfil compuesto por un bajo nivel de adaptabilidad, rechazo hacia nuevos estímulos, alta intensidad (la energía que un individuo

utiliza en dar una respuesta, independientemente de la dirección o cualidad de ésta. Liden, 2003), humor negativo y bajo nivel de ritmicidad (regularidad de las funciones somáticas. Liden, 2003) se encuentra asociado a mayor número de consultas psicoterapéuticas por problemas de conducta, agresividad y TDAH. Otros estudios han encontrado una prevalencia de varones en estos casos y ninguna asociación con el nivel socioeconómico (Maziade et al., 1984; citado por De Quiroz en Joselevich, 2000). Después de los dos años ya empieza a distinguirse un subgrupo de niños que además presenta ansiedad y tensión; estos niños generalmente manifiestan hábitos nerviosos como morderse las uñas, y generalmente son preocupones, miedosos y aprensivos; esta distinción es importante pues la respuesta al tratamiento con estimulantes esta relacionada en alguna medida con la presencia o ausencia de ansiedad, miedos o tics nerviosos en el niño (Solloa, 2001). Douglas (1985; citado por González, 2000) sugiere que existe una vulnerabilidad biológica para la hiperactividad, argumentando que los niños con trastornos de atención tienen una predisposición constitucional a experimentar dificultades en áreas tales como la atención, inhibición de los impulsos y una necesidad imperiosa de buscar estimulación. El temperamento difícil de los bebés con TDAH afecta de manera negativa a la interacción de los padres con el hijo y provoca en ellos sentimientos de culpa o de rechazo, que suelen expresar mediante estrategias educativas bien extremadamente impositivas o demasiado permisivas; el papel de la predisposición biológica en los trastornos externalizantes, opera en conjunción con factores ambientales. Así, dicha vulnerabilidad se incrementa por varias circunstancias ambientales, en particular con aquellas relacionadas con la vida familiar, como ausencia de un control razonable en el hogar, estrategias inconsistentes de disciplina, tensión emocional, etc.; por el contrario, esta predisposición puede verse atenuada por factores que actúen en dirección

positiva, entre los que destacarían especialmente el afecto y el apoyo materno (González, 2000).

2.3.2 Niñez Media, de 4 a 8 años (Etapa de Educación Infantil)

Como consecuencia de sus altos niveles de actividad, inatención e impulsividad, los niños con TDAH sufren con frecuencia accidentes tanto en la escuela como en el hogar (Wicks-Nelson & Israel, 2001), además, las exposiciones emocionales en forma de rabietas también son frecuentes, especialmente en lugares públicos (González, 2000). Por otra parte el comportamiento de estos niños durante el juego es muy significativo, generalmente despliegan un juego inmaduro, funcional o sensoriomotor – en el que aparecen movimientos musculares repetidos con o sin objetos- y menos simbólico y constructivo –en el que utilizan juguetes de manera monótona y estereotipada-, experimentan dificultades para jugar solos y muestran una enorme curiosidad por los juguetes novedosos, aunque no juegan con ellos sino que los manipulan hasta romperlos (Miranda et al., 2001). Prefieren relacionarse con niños menores que ellos dada su escasa habilidad para hacer y mantener amigos en el grupo de sus iguales (González, 2000), y cuando juegan con otros niños de su edad, suelen no seguir las reglas del juego, no aceptan perder y tratan de imponer su voluntad a toda costa, como consecuencia, terminan siendo rechazados y excluidos de eventos sociales como las fiestas de cumpleaños, son percibidos por sus compañeros como egoístas, demandantes e inmaduros (Flicek, 1992; Pope, Bierman y Munma, 1987; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001; Miranda et al., 2001; Solloa, 2001). La entrada al primer grado le impone al niño con TDAH una serie de exigencias atencionales que le resulta muy difícil de cumplir, en muchos casos se le plantea a los padres que debe permanecer un año más en preescolar dada su inmadurez, debido a que no puede mantener la atención necesaria y esperable para un niño de su edad o

que no puede permanecer sentado durante la clase completa, o a que su motricidad fina es muy pobre, esta última dificultad no es exclusiva del TDAH, sino que es un acompañante inespecífico de muchos problemas del desarrollo como los problemas de aprendizaje, conducta y autismo (De Quiroz en Joselevich, 2000). La excesiva actividad motora es especialmente notoria en clase, puesto que el contexto es más estructurado y las exigencias incluyen permanecer sentado realizando el trabajo como el resto del grupo, cuando el niño se levanta, deambula, da golpecitos en el asiento, etc. (Greenhill, 1991; Whalen, 1989; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001), distrae a otros niños (González, 2000) y altera la actividad académica; pedir permiso frecuentemente para ir al baño es una manera de conseguir el cambio y el movimiento que necesita (De Quiroz en Joselevich, 2000). Durante el recreo, sin embargo, su conducta puede ser indistinguible de la del resto de los niños, ya que la falta de atención así como la hiperactividad parecen ser problema especialmente en situaciones monótonas, aburridas o rutinarias (Greenhill, 1991; Weiss, 1991; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001; González, 2000; Wicks-Nelson & Israel, 2001). Las quejas de los docentes se dan en relación inversa a lo permisivo que sea el ambiente escolar (De Quiroz en Joselevich, 2000; González, 2000), ya que el exceso de actividad motora y la inquietud parecen darse en entornos muy estructurados y en situaciones sedentarias como la escuela (Greenhill, 1991; citado por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Es frecuente que los niños con hiperactividad desarrollen hábitos o tics nerviosos, como onicofagia (costumbre de comerse o morderse las uñas. El Pequeño Larousse Ilustrado, 1999), que estén más tensos y ansiosos, sufran cólicos y otros problemas somáticos como dolores de cabeza y estómago, y experimenten problemas de lenguaje y habla. Cuando la capacidad intelectual es alta, pueden compensar su inatención, pero a medida que las tareas exigen más concentración, esfuerzo sostenido y planificación, es mucho más probable que fracasen escolarmente (González, 2000). La desinhibición

conductual o impulsividad aumenta la posibilidad de error, ya que la rapidez va en detrimento de la precisión, en clase suelen responder antes de haber terminado de escuchar la pregunta, en las respuestas escritas contestan sin leer el problema (Wicks-Nelson & Israel, 2001; Kyuman et al., 2001). La falta de atención se traduce en tareas escolares incompletas, falta de organización, método y hábito de estudio, además, realizar las rutinas diarias de la casa como cepillarse los dientes o bañarse, son otra causa de conflicto con sus padres (Orjales, 1998). Es bastante común en la infancia tardía o preadolescencia, que los niños con TDAH presenten inseguridad y baja autoestima, tanto en la esfera social como en la académica (De Quiroz en Joselevich, 2000; Orjales, 1998; Wicks-Nelson & Israel, 2001; Kyuman et al., 2001), raramente reconocen sus errores y su falta de introspección hace que culpen de sus problemas a sus padres, maestros o amigos (De Quiroz en Joselevich, 2000; Orjales, 1998; Kyuman et al., 2001).

2.3.3 *Adolescencia*

Numerosos cambios se producen cuando el niño llega a la adolescencia. La hiperactividad suele disminuir significativamente y puede ser reemplazada por una sensación interna de inquietud, pero entre el 70% y el 80% de los casos sigue presentando la mayor parte de los síntomas, como la inatención y la impulsividad (Barkley, Fisher, Edelbrock & Smallish, 1990; Barkley, Anastopolous, Guevremont & Fletcher, 1991; citados por Kyuman et al., 2001). Dependiendo de haber recibido tratamiento o no y de la efectividad del mismo, el desgaste y la desmoralización que el adolescente sufre después de muchos años de dificultades lleva a un incremento de los trastornos del estado anímico, siendo descritos como hiperactivos-hipoactivos (Bender, 1949; citado por De Quiroz en Joselevich, 2000). Es común un aumento de problemas sociales, de conducta y agresión asociados, en una mínima

proporción en donde el nivel socioeconómico influye, se desarrollan conductas antisociales (Kyuman et al., 2001). La relación con los adultos es conflictiva y se refleja en la rebeldía desafío a la autoridad y violación de las reglas de la casa que manifiestan los adolescentes con TDAH, mostrando una conducta irresponsable e inmadura. Como ya se mencionó, numerosos estudios establecen relación entre el TDAH y el consumo de cigarrillos, drogas y/o alcohol (Orjales, 1998), aunque de acuerdo con Solloa (2001), el uso de psicotrópicos (término usado para describir los medicamentos que tienen una acción especial sobre la psique. Glosario de psiquiatría, 1989) no es mayor en los adolescentes con TDAH que en los adolescentes que no lo padecen. Los problemas académicos son mayores, aumentan las materias y se necesita de mayor organización y planeación, la supervisión que tenían en la educación primaria prácticamente desaparece, el trato es más impersonal y se demanda mayor independencia y responsabilidad, aspectos aún no desarrollados en un adolescente con TDAH. Aproximadamente un 30% de los adolescentes con TDAH abandona los estudios y los que continúan, fracasan en conseguir un título universitario (Joselevich, 2000; Solloa, 2001). En el ámbito deportivo el panorama es igualmente sombrío: los chicos con TDAH no suelen estar interesados en los deportes, y aunque lo estén, es muy improbable que pertenezcan o se mantengan en algún equipo, no exclusivamente por una escasa habilidad sino porque no dedican el tiempo suficiente a los entrenamientos y les cuesta cumplir las normativas de disciplina que se exigen en estos casos (González, 2000). Cuando el adolescente termina la escuela y empieza a trabajar tiene menos problemas con su comportamiento, pero manifiesta dificultad para planear su futuro, para aceptar sus responsabilidades y en su relación con figuras de autoridad (Lambert, 1988; citado por Solloa, 2001). Puesto que la percepción de sí mismos en este período depende en gran manera de los logros académicos, sociales, artísticos o deportivos, ámbitos en los que suelen

fracasar los sujetos con TDAH por sus condiciones propias, una proporción importante de ellos no tiene confianza en sí mismos y experimentan sentimientos de indefensión y síntomas depresivos, la sensación de fracaso se generaliza y la autoestima se hace cada vez más negativa (Margalit & Arieli; citados por Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997; González, 2000; Ávila y Polaino-Lorente, 2002; Kyuman et al., 2001; Treuting y Hinshaw, 2001); sea por depresión o por su impulsividad, lo cierto es que estos adolescentes tienen más intentos de suicidio que otros jóvenes de su edad (González, 2000; Ávila y Polaino-Lorente, 2002; Kyuman et al., 2001; Treuting y Hinshaw, 2001). En esta etapa los padres de los adolescentes con TDAH se enfrentan con graves problemas. El primero de ellos es el abuso del alcohol o la adicción a cualquier otra droga (Fisher et al., 1993; Słomkowski et al., 1995; citados por Ingram, Hechtman & Morgenstern, 1999; Miranda et al., 2000), el adolescente con TDAH es más propenso que otros chicos de su edad a abusar de ese tipo de sustancias, porque algunas de ellas tienen para él un efecto sedante (Ávila y Polaino-Lorente, 2002). Carlson (1996) dice que, dos drogas estimulantes muy populares, la anfetamina y la cocaína, tienen efectos casi idénticos: inhiben la recaptura de dopamina y norepinefrina, y por tanto funcionan como agonistas en la sinapsis que requiere de estos neurotransmisores, quizá esto pudiera explicar una posible tendencia al abuso de la cocaína por parte de jóvenes con TDAH no tratado. El segundo riesgo es el abuso de las experiencias sexuales. El adolescente con TDAH, al igual que cualquier otro adolescente no tiene la madurez suficiente para comprender e integrar en su vida el desarrollo sexual y el papel que la sexualidad juega en la vida de una persona. Esto se une a la impulsividad que les caracteriza, llevándoles con frecuencia a realizar el acto sexual indebidamente, de hecho, el número de adolescentes con TDAH embarazadas es superior al de las adolescentes sin TDAH (Ávila y Polaino-Lorente, 2002; Miranda et al., 2001).

2.3.4 Etapa de Vida Adulta

Existe la necesidad de conocer la forma en que se reducen los síntomas del TDAH durante la adolescencia y la edad adulta, ya que existe la posibilidad de que existan casos que no hayan sido diagnosticados, en parte esto se debe a que existen lagunas acerca de la relación que existe entre los cambios que produce el desarrollo del individuo y la manera en que estos cambios afectan a los síntomas del TDAH, y las diferencias entre hombres y mujeres (Willoughby, 2002).

Los estudios de seguimiento de niños hiperactivos hasta la edad adulta y los informes recogidos de adultos con TDAH con una remisión clínica, indican que distribuyen y gastan peor el dinero, organizan deficientemente las tareas domésticas, tienen menos habilidad como padres para manejar las actividades de sus hijos, muestran una capacidad reducida para desarrollar un trabajo independiente y progresan en los estatus educativo y ocupacional significativamente más despacio (Barkley, 1990; Ratey, Greenberg, Bemporad y Lindem, 1992; citados por González, 2000; Ingram et al., 1999). Además, aunque las conductas impulsivas e hiperactivas se atenúan en la etapa de vida adulta, en un 50% a 65%, suele persistir la sensación de inquietud, la tendencia a manifestar comportamientos faltos de premeditación, los problemas atencionales, la desorganización, la escasa memoria a corto plazo, baja autoestima, relaciones sociales, depresión, uso de drogas y las dificultades para mantener las rutinas diarias en el trabajo y en el hogar (Barkley, 1990; Weiss y Hechtman, 1993; citados por Ingram et al., 1999; Miranda et al., 2001; Kyuman et al., 2001). Asimismo hay estudios de laboratorio cuyos resultados indican que los adultos diagnosticados como hiperactivos en la infancia, muestran deficiencias en el procesamiento de la información relacionadas con el área motora, hallazgos que sugieren una implicación continuada del estilo de procesamiento de la información en el adulto con TDAH (Fitzpatrick, Klorman,

Brumaghin y Keefover, 1988; citados por González, 2000; Ingram et al., 1999). Un aspecto poco investigado es el que se refiere a la influencia del TDAH en la conducta materna, se tiene constancia de que las mujeres que sufren este trastorno tienden a tener un porcentaje de embarazos superior a otras mujeres sin TDAH durante la adolescencia, además de que, en materia del abuso de sustancias, también su incidencia es mayor; adicionalmente, es mucho más probable que se enfrenten a la crianza de sus hijos de una manera inconsistente y despreocupada (Arnold, 1996; citado por González, 2000). Por tanto, es bastante plausible que estas condiciones generen un ambiente estresante y poco favorable para un niño con una vulnerabilidad genética (González, 2000). Debe tenerse en cuenta, como afirma Gratch (2001), que “consecuencias” no es sinónimo de “causas”: el padecimiento crónico del TDAH traerá consecuencias psicológicas tales como un daño crónico en la autoestima, marginación de actividades grupales, etc.

El TDAH es un trastorno neurobiológico que interfiere con la capacidad del sujeto para mantener la atención en una tarea y controlar su conducta. Frecuentemente sus características aparecen antes de los siete años, sin embargo, casi el 50% de casos no son diagnosticados. Es quizá durante la adolescencia que los hombres y mujeres con TDAH padecen más por los efectos de los síntomas, que los llevan a adoptar conductas que los lesionan y disminuyen su calidad de vida. Muchos adultos que no fueron diagnosticados de manera correcta, han luchado con el trastorno sin saber lo que tenían, algunos, diagnosticados como hipercinéticos y a quienes se dijo que sus síntomas desaparecerían durante la adolescencia, siguieron padeciéndolos y además desarrollaron otros problemas que ocultaron su TDAH residual.

3. Asociación del TDAH con Otros Problemas

El amplio espectro de padecimientos que puede confundirse con el TDAH o coexistir con él, en su forma típica durante la infancia, la adolescencia o de manera residual en la edad adulta, debe ser clarificado lo más posible durante el diagnóstico ya que la propuesta terapéutica dependerá de ello.

Los niños con TDAH son un ejemplo excelente del hecho de que aquellos con problemas en un área de adaptación también corren el riesgo de tenerlos en otras. Los problemas que con frecuencia concurren con el TDAH son clínicamente muy importantes (Kamphaus, 2000). Muchas veces causan más perturbación a los niños y predicen resultados más pobres que los síntomas primarios de TDAH en sí mismos (Frick y Lahey, 1991; citados por Kamphaus et al., 2000), como resultado, los rasgos secundarios con frecuencia son un punto central de intervención (Abikoff y Klein, 1992; citados por Kamphaus et al., 2000; Wicks-Nelson & Israel, 2001). El encubrimiento del TDAH con otros problemas ha provocado que se realicen diagnósticos sin seguridad y ha confundido los resultados de la investigación, es importante estudiar el TDAH que concurre con otros trastornos, ya que esto está asociado a una mayor gravedad de los problemas, a un resultado menos favorable y quizá a diferentes trayectorias evolutivas (Wicks- Nelson & Israel, 2001).

Se ha encontrado que los niños con TDAH con frecuencia presentan trastornos asociados ya que tienen factores de riesgo en las áreas médica, cognitiva y académica; se estima que un 50% de los sujetos con TDAH padecen trastornos asociados (Barkley, 1998; citado por Kyuman et al., 2001; Ingram et al., 1999), y que entre el 30% y el 50% de los pacientes internos y entre el 40% y el 70% de los pacientes externos experimentan otro trastorno

psiquiátrico (Barkley, 1998; citado por Kyuman et al., 2001). Entre los trastornos asociados más comunes están: trastornos de aprendizaje, depresión, trastorno de conducta límite (Sprich, 1991; citado por Kyuman et al. 2001); conducta oposicionista desafiante, del 20% al 67% (más del 60% según Miranda et al., 2000); trastorno antisocial, del 20% al 56% (aproximadamente 43% según Miranda et al., 2000); trastornos del estado de ánimo; trastornos de ansiedad, del 10% al 40%; y depresión, del 9% al 32% (Barkley, 1998; citado por Kyuman et al., 2001), aunque existen estadísticas significativamente menores como las otorgadas por los estudios de Hong, Kim, Shin & An (1996) y Kim (1996) que oscilan entre el 9% y el 48% para los diferentes desórdenes (Kyuman et al., 2001). Merikangas & Angst (1995; citados por Dubow, Roecker & D'Imperio en Ammerman & Hersen, 1997) realizaron una revisión de estudios y estimaron que aproximadamente el 5% de las muestras de adolescentes cumplía con los criterios diagnósticos de depresión mayor en los últimos 6 meses, además, Compas & Hammen (1994; citados por Dubow, Roecker & D'Imperio en Ammerman & Hersen, 1997) encontraron que del 23% al 25% de los adolescentes con depresión cumplía con los criterios diagnósticos del TDAH. En la adolescencia se presenta comorbilidad con otros problemas secundarios como depresión, problemas de conducta, comportamiento antisocial, uso de sustancias, problemas sociales baja autoestima y problemas emocionales (Fisher et al., 1993; Slomkowski et al., 1995; citados por Ingram, Hechtman y Morgenstern, 1999). Las características asociadas varían en función de la edad y el estado evolutivo del sujeto (Solloa, 2001; Gratch, 2001), son numerosas y afectan diferentes áreas (Pichardo en Arco y Fernández, 2004): física (otitis medias frecuentes, crecimiento óseo inmaduro, enuresis y/o encopresis, infecciones respiratorias, ciclos cortos de sueño, alergias, tolerancia al dolor, coordinación motora empobrecida, etc.), cognoscitiva (lenguaje inmaduro, inatención, frecuentes ausencias de conciencia), emocional (depresión,

pobre autoestima, cambios de humor impredecibles, baja tolerancia a la frustración, excitabilidad), conductual (períodos de atención cortos, distractibilidad, inquietud, poco autocontrol, tendencia a destruir), académica (bajo rendimiento, dificultades para aprender, problemas de conducta), y social (mala relación con sus pares, desobediencia, posible agresividad y robo, lenguaje irrespetuoso, falta de habilidades de solución de problemas).

El TDAH es un trastorno que afecta todas las esferas en que se desenvuelve el individuo, afecta a la familia y también a la sociedad. Para el individuo con ADHD, los problemas comienzan desde la niñez, de acuerdo con el consenso al que se llegó en un panel de expertos en este trastorno, basado en investigaciones relevantes, realizado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica en noviembre de 1998 y publicado en el *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, en febrero del 2000. Los niños con TDAH experimentan una inhabilidad para sentarse quietos y prestar atención en clase y por lo tanto sufren las consecuencias de tal comportamiento, experimentan rechazo por parte de sus compañeros y se involucran en una amplia gama de conductas perturbadoras (Wicks-Nelson & Israel, 2001). Los niños con TDAH predominantemente desatento (sin hiperactividad) suelen presentar más comorbilidad con ansiedad y/o depresión (De Quiroz et al., 1994; citados por De Quiroz en Joselevich, 2000; Kyuman et al., 2001). Sus dificultades sociales y académicas tienen consecuencias graves y a largo término (Ingram et al., 1999). Niños que aparentan problemas de atención presentan dificultades de aprendizaje, que pueden ser específicas (dislexia o discalculia) o generales (dificultades en su razonamiento abstracto por déficit cognitivo); un 30% de niños con TDAH tiene una dislexia asociada; niños con dificultades en su motricidad fina también dejan incompletas sus tareas escritas, por falta de tiempo para terminarlas o porque se niegan a escribir al comparar su escritura con la de sus compañeros (De Quiroz en Joselevich, 2000). Las dificultades de lenguaje aparecen

asociadas al TDAH con bastante frecuencia, suele aceptarse que el 20% aproximado de niños con TDAH tiene problemas de lenguaje (Dykman y Ackerman, 1991; citados por Miranda et al., 2000). Desde un punto de vista funcional son bastante eficaces en la comunicación, sobre todo cuando se les compara con niños que presentan un déficit específico en el desarrollo del lenguaje, no obstante, a pesar de que disponen de un lenguaje suficiente e incluso a veces excesivo, cuando realizan tareas lingüísticas su rendimiento suele ser significativamente inferior al de los niños normales. La tarea lingüística requiere niveles altos no solo de atención, sino también de inhibición, memoria de trabajo, planificación y organización, aspectos en los que los niños hiperactivos presentan bastantes dificultades, por lo tanto, es muy probable que los requerimientos cognitivos de dichas tareas sean los que determinen su bajo rendimiento, más que los déficits en el dominio del lenguaje (Miranda et al., 2000).

Para muchos individuos el impacto del TDAH continua durante la etapa adulta. Las familias que tienen niños con TDAH, así como con otros trastornos conductuales y enfermedades crónicas, experimentan elevados niveles de frustración parental, discordia marital y divorcio (Gratch, 2001). También, el TDAH frecuentemente en conjunción con trastornos de conducta coexistentes, contribuye a problemas sociales como el crimen violento y el embarazo en adolescentes (Kyuman et al., 2001; Ávila y Polaino-Lorente, 2002; Miranda et al., 2001). Las familias de niños afectados por los síntomas del ADHD se encuentran en una posición difícil: el doloroso proceso de toma de decisión para determinar el tratamiento apropiado para estos niños, frecuentemente es empeorado por la guerra a través de los medios entre aquellos que exageran los beneficios del tratamiento y aquellos que exageran sus peligros (Gratch, 2001).

3.1 Algunos Trastornos Físicos

3.1.1 Alteraciones Perceptivo Motrices y Praxias Constructivas

También el desarrollo psicomotor de los niños hiperactivos suele ser deficiente, presentan con frecuencia movimientos rígidos y carentes de flexibilidad, así como problemas en la coordinación motora y en la escritura; esta inmadurez y falta de coordinación motriz se manifiesta en la motricidad fina, de manera que les dificulta la realización de tareas como atarse los zapatos; en ocasiones pueden aparecer también movimientos involuntarios como sincinesias (trastorno de la motilidad en que la persona afectada al realizar un movimiento realiza otros involuntarios, no deseados e innecesarios, ya sea con la extremidad simétrica o con otras partes del cuerpo. Galimberti, 2002; El Pequeño Larousse Ilustrado, 1999) o diadocosinesias (diadocokinesia, *diadochokinesis*: habilidad normal para realizar movimientos alternados en rápida sucesión, tales como flexión y extensión de un miembro. English & English, 1977), y disgrafoestesia (dificultades para identificar figuras dibujadas sobre la piel) (Miranda et al., 2000). En estudios comparativos se ha observado que los niños hiperactivos crecen más lento que otros niños, pueden ser más pequeños y más delgados que otros niños de su misma edad. Los hiperactivos parecen necesitar dormir menos que otros niños. Debido a la impulsividad se colocan constantemente en situaciones de riesgo, parecen carecer de miedo y no reconocer ni anticipar las situaciones que implican peligro, por lo que suelen tener muchos accidentes; además, tienen un alto umbral de tolerancia al dolor, esto junto con su distractibilidad puede influir para que ignoren las sensaciones corporales relacionadas al control de esfínteres. Esta podría ser una explicación de por que algunos presentan enuresis (Gratch, 2001; Hong, Kim, Shin & An, 1996; citados por Kyuman et al. 2001). Presentan alteraciones en la motricidad gruesa, pueden ser poco hábiles para los deportes, caer con facilidad, chocar a menudo con objetos. Sus movimientos son torpes y sin

rítmo. Sin embargo, en la motricidad fina es donde se describen más alteraciones, el dominio de la motricidad fina es básico y es necesario para los aprendizajes académicos, por lo que las dificultades de coordinación ojo-mano afectan su rendimiento escolar. Sus dificultades se observan en otras actividades como abrochar botones y manejar adecuadamente los cubiertos (Gillberg, 1982; Narbona, 1987; Del Giudice & Romano, 1987; citados en Farré & Narbona, 1998).

Existe una inadecuada orientación en el espacio y en el tiempo, esto le causa dificultad en actividades cotidianas y académicas; se le dificulta comprender conceptos como: derecha, izquierda, antes, después; en matemáticas tienen dificultad para orientarse en los movimientos continuos y cambios de direccionalidad que se emplean en las operaciones aritméticas, aunque su problema se manifiesta sobre todo en la lectura y escritura con: inversiones continuas, inadecuada organización del espacio, en espejo, mala grafía, etc. (Farré & Narbona, 1998).

3.2 Dificultades de Aprendizaje

La incapacidad para concentrarse largo tiempo en una actividad, dificulta seriamente el aprendizaje de estos niños. La primera etapa de aprendizaje se realiza por el ingreso de información a través de los distintos canales de la percepción. Si el sujeto es incapaz de sostener la atención en el estímulo el tiempo suficiente, la información entrará en forma parcial y confusa, ya que la atención es la función encargada de enfocar la percepción el tiempo necesario para que el estímulo pueda ser comprendido y fijado por la memoria. Otra de las vías privilegiadas para incorporar información durante el aprendizaje es la lectura. Esta actividad también requiere sostener la atención por largos períodos ya que esta debe mantenerse en un estímulo visual monótono, lo que hace más difícil la concentración, al no

haber estímulos cambiantes y atractivos, la atención tiende a dispersarse con facilidad (Douglas, 1983; citado por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Por estos motivos los sujetos con TDAH suelen llegar al final de una página sin recordar cual fue su contenido desde el principio. Se ven forzados a releer constantemente los párrafos anteriores. No se trata entonces de que la información les resulte difícil de comprender o de retener debido a su complejidad, sino que la distractibilidad no les permite involucrarse con la atención necesaria durante la lectura. Tener que releer constantemente les lleva mucho tiempo lo que hace que el aprendizaje se torne una actividad más frustrante que placentera (Dr. Alfredo Suárez, Área Médica y social, Fundación Cultural Federico Höth. Conferencia: "Proyecto DAH", 2 de febrero, 2005). Con el tiempo, muchos niños adolescentes y adultos rechazan cualquier tipo de aprendizaje para evitar las constantes frustraciones a las que un estudiante con TDAH debe hacer frente, es difícil que las personas que no pueden sostener la atención atribuyan su fracaso en el aprendizaje a un déficit de atención, suelen creer que el fracaso se debe a falta de capacidad para las actividades intelectuales y terminan desertando de ellas (Treuting y Hinshaw, 2001). Las personas que tienen un importante déficit de atención dedican muchas horas al estudio, pero al enfrentar los exámenes fracasan pues adquirieron el conocimiento en forma desordenada y no pueden retener ni transmitir lo que conocen discriminando lo fundamental de los detalles irrelevantes. Se han cargado de mucha información pero no la pueden recuperar adecuadamente. El desorden puede afectar la capacidad para aprender en la medida en que el aprendizaje exige la atención. En los momentos en que el sujeto puede mantener la atención, aprende como cualquier otro. Los trastornos de aprendizaje que más frecuentemente se asocian con el TDAH son: dificultades en la lectura (dislexias), dificultades en el habla (dislalias), dificultades en la escritura (disgrafías) y trastornos en el aprendizaje de las matemáticas (discalculia) (Farré & Narbona, 1998; Cantwell, 1986; citado

por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Estos trastornos no están relacionados en estos casos con daños neurológicos comprobables, retardo mental, psicosis, ni falta de estimulación respecto del aprendizaje (Gratch, 2001). En cuanto a los problemas de aprendizaje, como grupo, los niños con TDAH tienen un rendimiento ligeramente menor en los tests de inteligencia general comparados con los sujetos normales de un grupo control (Anastopoulos y Barkley, 1992; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Muchos se hallan dentro del intervalo normal, por lo que quizá los déficits se produzcan cuando la hiperactividad sea generalizada y exista una disfunción del sistema nervioso o problemas específicos de aprendizaje (August y Garfinkel, 1989; Schachar, 1991; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001). El deterioro intelectual se ha vinculado a la hiperactividad en niños de edades tan pequeñas como tres años (Snouga-Barke et al., 1994; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001), no obstante, se ha encontrado todo el intervalo de inteligencia en el TDAH, incluyendo superdotados (Barkley, 1990; citado por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Debido al fracaso escolar, así como a un rendimiento peor de lo que podría predecirse a partir de la inteligencia general, se considera que muchos niños con TDAH tienen discapacidades de aprendizaje, de hecho se ha hallado frecuentemente comorbilidad entre el TDAH y los trastornos del aprendizaje, tanto en estudios clínicos como epidemiológicos (Flicek, 1992; Pennington, Groisser y Welsh, 1993; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001).

3.3 Trastornos de Conducta

Los problemas más comunes de concurrencia con el TDAH son de conducta y agresión, la investigación sugiere que 60 a 75% de aquellos referidos con este trastorno muestran niveles significativos de estos problemas (Hinshaw, 1987; citado por Kamphaus, 2000). Es frecuente que estos problemas de conducta lleven gran proporción de perturbación en los

niños con TDAH, ocasionando múltiples confrontaciones disciplinarias con padres y maestros, suspensiones escolares, así como problemas en la relación con sus compañeros. Además estos problemas de conducta son predictivos de resultados deficientes en la adolescencia y en la adultez temprana, en especial en la predicción de abuso de sustancias y delincuencia (Mannuzza y col., 1989; citados por Kamphaus, 2000; Ingram et al., 1999). Los trastornos de conducta junto con los de rendimiento escolar son, con frecuencia, la causa que lleva a los padres a buscar consejo médico (Wicks-Nelson & Israel, 2001). A partir de ese momento el diagnóstico que se haga del niño variará, según la fuerza con que se presenten otros síntomas, según el examen más o menos profundo que haga el profesional que le estudia, dependerá también de la descripción que hagan los padres y profesores, etc. y de la especialidad del médico; de acuerdo a este último criterio se le podría diagnosticar como: discapacidad para el aprendizaje, TDAH, trastorno emocional o trastorno de conducta, debido a que todos estos criterios no son mutuamente excluyentes (Rapin, 1987; citado en Farré & Narbona, 1998; Gratch, 2001).

Debido a que existe un solapamiento entre trastornos de conducta e hiperactividad, esto ha dado lugar a confusiones ya que parecen tener correlatos similares. La mayoría de sujetos que tienen trastornos de conducta muestran también hiperactividad. Pero entre los sujetos hiperactivos solo unos pocos muestran trastornos de conducta. Aunque existen aspectos comunes entre hiperactividad y trastornos de conducta, hay un rasgo que las distingue: en el TDAH la hiperactividad va unida a trastornos de atención, esto no sucede siempre en los trastornos de conducta, en estos últimos tienen mayor influencia los factores ambientales negativos. La hiperactividad puede ser un factor de riesgo difuso para el trastorno de conducta, y opera, en parte, modificando el entorno afectivo del niño. La expresión “trastornos de conducta” se ha utilizado para describir comportamientos disruptivos,

agresivos o antisociales. Algunos autores piensan que debería hacerse una subclasificación para incluir al TDAH (Rutter, 1984; Ruttery, Sandberg & Taylor, 1978; Taylor, 1986; citados en Farré & Narbona, 1998).

A continuación se describen los trastornos más comunes.

3.3.1 Conducta Desafiante

El Trastorno de conducta opositor desafiante (ODD) es el caso más común de comorbilidad con TDAH (Kazdin, Siegel & Bass, 1992; citados por Dadds en Ammerman & Hersen, 1997), al grado de que hay quienes han llegado a cuestionar el que sean trastornos independientes; la actual concepción de este trastorno es que es un precursor en el desarrollo del Trastorno de conducta o CD (Dadds en Ammerman & Hersen, 1997). La concurrencia del Trastorno opositor desafiante y el Trastorno de conducta va del 20% al 60% y entre el Trastorno de conducta y el TDAH va del 60% al 90% (Abikoff & Klein, 1992; citados por Dadds en Ammerman & Hersen, 1997). En estudios llevados a cabo en poblaciones no clínicas, se ha encontrado que entre el 30% y el 90% de los niños clasificados en la categoría de Trastorno de conducta también son clasificados como TDAH y viceversa (Hinshaw, 1987; citado por Dadds en Ammerman & Hersen, 1997).

Se entiende como una actitud de desobediencia, insolencia y desacato a las normas sociales. Esta definición tiene un carácter subjetivo, porque depende de los valores sociales, lo que es aceptado en una cultura puede no serlo en otra. Lo mismo ocurre según el contexto, ya que el nivel de tolerancia de las personas a cargo pueden hacer que las conductas parezcan más o menos graves. La conducta desafiante debe considerarse como un síntoma importante que puede ser predictor de trastornos de personalidad y conducta antisocial en la vida adulta, y esta muy vinculado a problemas de aprendizaje, dificultades en las relaciones familiares e

inadaptación escolar. A veces desobedece porque no escucha o porque hace lo que desea, pero en muchos casos hace justo lo contrario de lo que le piden como una forma de llevar la contraria o como una manifestación de negativismo a lo que el ambiente considera normativo. En el juego esto se manifiesta cuando no sigue las normas de juego, no espera su turno, se molesta si las cosas no le salen como quiere, etc. Este comportamiento origina rechazo social, que es causa y agravante de otros problemas en el área conductual y afectiva (Taylor, 1986; Toner & Turecki, 1987; citados en Farré & Narbona, 1998; Musitu & Cava & Cava, 2000).

3.3.2 Agresividad

Las conductas agresivas están estrechamente relacionadas con la hiperactividad, incluso, en algún tiempo llegó a considerarse la idea de que eran una misma entidad clínica; actualmente no se incluye a las conductas agresivas entre aquellas que caracterizan directamente al trastorno de atención con hiperactividad, pero si se les incluye dentro de los trastornos que pueden concurrir con él (González, 2000), las investigaciones han aportado datos que hablan de que de un 60% a un 75% de sujetos con TDAH muestran niveles significativos de conductas agresivas (Hinshaw, 1987; citado por Kamphaus, 2000). Las investigaciones llevadas a cabo en torno a esta diferenciación, demuestran que existe una validez diferencial de estos factores, por un lado, la hiperactividad aparece correlacionada con dificultades de atención, impulsividad y sobreactividad motriz, mientras que las conductas agresivas se correlacionan más con un nivel socioeconómico bajo, interacciones familiares negativas, comportamientos desafiantes, molestos, destructivos, en respuesta a juicios de valor (negativos) hechos por los padres acerca del comportamiento de sus hijos y delincuencia en la adolescencia (Loney, Langhorne y Paternite, 1978; Milich, Loney y

Landau, 1982; citados por González, 2000; Kirby & Horne, 1982; citados en Kirby & Grimley, 2000). El TDAH se asocia con un CI bajo, un rendimiento académico igualmente bajo y también bajas puntuaciones en la psicopatología paterna (Lahey et al., 1988; citado por González, 2000); por otra parte, el abuso del alcohol por parte del padre, el rechazo materno y la escasa supervisión paterna, se relacionan altamente con las conductas agresivas (Loeber, Brinthaupt y Green, 1990; citados por González, 2000). En los niños con TDAH la agresividad se puede manifestar como una conducta autoagresiva o heteroagresiva. La tendencia a sufrir accidentes puede interpretarse como deseo de dañarse a sí mismo. Cuando expresa sentimientos dirigidos a su entorno, puede manifestarse en agresiones verbales o físicas a sus compañeros, destrucción de objetos, mentiras y robos (Guimón, 1980; Rutter, 1984; citados en Farré & Narbona, 1998), además, estos problemas son en general predictivos de logros deficientes en la adolescencia y la adultez temprana y de conductas de abuso de sustancias y delincuencia (Mannuzza y col., 1989; citados por Kamphaus, 2000).

3.3.3 Problemas de Relación

Suelen ser niños poco aceptados en el grupo, con dificultad para hacer y mantener amigos y que se pelean constantemente. En el juego les cuesta seguir normas, por lo que se le dificulta jugar en equipo y, frecuentemente, son excluidos del juego. Como tampoco destacan en los temas escolares, tampoco son valorados por ello. Por lo que van creando una imagen negativa para sí mismos y para los demás (Ascer de Loy, 1972; Cantwell, 1984; De Negri, 1977; Ingersoll, 1988; Laufer & Shetty, 1980; citados en Farré & Narbona, 1998). Suele informarse de mal comportamiento y de problemas sociales en un alto porcentaje de casos de TDAH, estos comportamientos molestos pueden llevar a los adultos a buscar ayuda profesional, más incluso que los problemas principales del trastorno (Wicks-Nelson & Israel,

2001). El solapamiento de estos trastornos resulta de notable interés, ya que, si están estrechamente relacionados ¿deberían considerarse diferentes? Probablemente sí, ya que la investigación epidemiológica y clínica indica que estos trastornos son diferentes a pesar de estar altamente correlacionados (e. g. Fergusson, Horwood & Lloyd, 1991; Weiss, 1991; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001). A pesar de que se han encontrado algunos resultados inconsistentes el TDAH parece estar más estrechamente asociado con un deterioro cognitivo y con anomalías neuroevolutivas; los problemas disociales parecen estar más íntimamente relacionados con factores familiares adversos y con una situación social desventajosa (Wicks-Nelson & Israel, 2001). Los problemas sociales de los niños con TDAH están relacionados con la forma en que otras personas los juzgan e interactúan con ellos, otros niños y adolescentes pueden ver a estos niños como molestos, ruidosos e infelices, tienden a resultarles antipáticos y a rechazarles (Flicek, 1992; Pope, Bierman y Mumma, 1987; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Los padres y profesores tienden a ser más directivos, controladores e invasivos con los niños con TDAH en comparación con los niños normales (Barkley, 1988, 1990; Hetchman, 1991; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001; Miranda et al., 2000). Así pues, puede que el 65% de ellos cumplan los criterios para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante (Barkley, Anastopolous et al., 1992; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001); tal vez del 20 al 30% cumplan los criterios para el trastorno disocial y esta cifra se eleva en los adolescentes (August y Garfinkel, 1993; Barkley, 1990; citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001; Miranda et al., 2000). Sin embargo, estas cifras deben tomarse como indicadores aproximados, ya que se han hallado diferentes índices de comorbilidad dependiendo de la edad y otros factores. El parecido entre TDAH, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial queda reflejado al estar todos incluidos en un mismo grupo en el *DSM-IV*. (Wicks-Nelson & Israel, 2001).

3.4 Trastornos Emocionales

Los problemas emocionales son casi siempre secundarios, y se presentan como una reacción a los otros síntomas. Se presenta una inestabilidad afectiva, que tiene como característica frecuente la labilidad emocional. Cambios continuos de humor que pueden ir de un polo a otro de las emociones de una manera impredecible. Sus reacciones pueden ser exageradas o contradictorias. Puede enojarse exageradamente por algo simple o quedarse inalterable ante un premio o castigo. Debido a su inestabilidad la convivencia con ellos resulta difícil, son niños gruñones, negativos, les cuesta adaptarse a los cambios, son irritables, de llanto fácil y difícil sonrisa, tienen dificultad para experimentar el placer, sin embargo, tienen un umbral sensorial muy bajo. Son irregulares en sus estados de ánimo, en sus hábitos de sueño y comida. El niño con TDAH, en reacción a las dificultades escolares y de relación, puede desarrollar un sentimiento de fracaso que le lleve a la depresión como un estilo cognitivo desde el cual su modo de percibir, pensar, recordar, en general sus operaciones mentales responden a una tipología depresiva. El fracaso lo atribuyen a factores internos, globales y estables, mientras que el éxito lo atribuyen a factores externos e inestables (Treuting y Hinshaw, 2001). Otras características ligadas a la autoestima negativa son: inseguridad en sí mismo y excesiva dependencia del adulto. Otros rasgos que se han descrito son las fobias, el burxismo o trastornos psicósomáticos como las alteraciones de sueño, el sonambulismo o la enuresis (Hong, Kim, Shin & An, 1996; citados por Kyuman et al. 2001). Estas alteraciones adicionales pueden ser consecuencia de los fracasos o experiencias negativas de la primera infancia y por lo tanto no son específicas del síndrome (De Negri, 1977; Garrido Landivar, 1989; Tonner & Turecki, 1987; Uriarte, 1989; citados en Farré & Narbona, 1998).

3.5 Procastinación

La procrastinación es la tendencia a postergar la realización de tareas u obligaciones para otro momento. Esta tendencia a postergar puede tener su origen en la impulsividad.

La procrastinación suele ser un síntoma que acarrea enormes perjuicios en la vida de quienes padecen ADHD. Este síntoma suele comenzar en la niñez y acompaña al sujeto toda la vida en los casos residuales (Gratch, 2001).

Desde la década de los 40, el estudio de los problemas asociados con el TDAH se enfocó por separado. Primero se identificaron los problemas académicos que lo caracterizaban y se les nombró de acuerdo con la habilidad deficiente, por ejemplo dislexia, disgrafia y discalculia, finalmente, se les agrupó en un conjunto llamado incapacidades para aprender. Estas incapacidades no interfieren solamente en la escuela sino también en las relaciones con otros niños y con la familia. Entre los problemas asociados con el TDAH se encuentran la baja tolerancia a la frustración, los arrebatos emocionales, la testarudez, la insistencia excesiva para conseguir lo que piden, etc. todo esto conduce a que sean rechazados por sus compañeros y a que tengan conflictos con los padres o hermanos. Lo anterior tiene como efecto en el individuo una desmoralización y por tanto una baja autoestima. Otro factor que contribuye a que la autoestima del sujeto baje, es la cadena de fracasos escolares que experimenta, los que hacen que se resigne considerándose torpe y no apto para los estudios, esto puede incluso hacerlo abandonarlos definitivamente.

4. Tratamiento

El diagnóstico y tratamiento del TDAH son complejos, los profesionales se esfuerzan por hacer un diagnóstico preciso y por prescribir tratamientos eficaces durante mayores períodos de tiempo, el enfoque interdisciplinario del TDAH ha llevado a la medicación y los tratamientos combinados a ser considerados los más convenientes en las intervenciones desde la niñez hasta la edad adulta.

4.1 Diagnóstico

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por conductas que podrían ser consideradas comunes en la infancia, sin embargo, su frecuencia e intensidad las vuelve inadecuadas. La impulsividad, las dificultades para sostener la atención, y en muchos casos, la excesiva actividad motora, afectan los distintos ámbitos en que el niño participa, deteriorando su calidad de vida (Kyuman et al., 2001; Treuting y Hinshaw, 2001). Contrariamente a la creencia de muchos, el TDAH no es un fenómeno de “todo o nada”, es una condición cuyos síntomas primarios muestran fluctuaciones significativas en respuesta a diferentes demandas situacionales (Zentall, 1985; citado por Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997). Este cuadro tiene un curso crónico que obedece a su naturaleza neurobiológica, pero las diferentes situaciones ambientales pondrán en mayor o menor evidencia las dificultades que sus síntomas producen (Wicks-Nelson & Israel, 2001; Weiss, 1991; citado por Wicks-Nelson & Israel, 2001). Uno de los factores más importantes que determinan estas fluctuaciones es el grado en que el niño con TDAH está interesado en lo que está haciendo (Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997), así, una situación con exigencia de un esfuerzo mental sostenido, repetitiva o que al niño le resulta tediosa, aburrida

o familiar determinará la ocurrencia de los síntomas del TDAH, como dificultad en sostener la atención, mientras que frente a actividades que le resulten más atractivas, novedosas y estimulantes, la conducta puede ser similar a la de otros niños (Weiss, 1991; citado por Wicks-Nelson & Israel, 2001; Barkley, 1977; citado por Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997; Wicks-Nelson & Israel, 2001;). Esta variación situacional es la constante en el TDAH, y genera confusiones diagnósticas cuando no es tenida en cuenta (Heydl en Joselevich, 2000). En los primeros años es difícil diferenciar los comportamientos normales de los niños movidos o activos de los síntomas del TDAH. En años posteriores, también puede conducir a error la inatención que presentan algunos niños que, por una superdotación o por un bajo CI, encuentran el contexto escolar poco estimulante y mal adaptado a sus necesidades educativas especiales (Kyuman et al., 2001). Por otra parte, aunque la inatención y la hiperactividad son frecuentes en los niños con retraso mental, solo se establecerá un diagnóstico asociado de TDAH cuando los síntomas sean excesivos para un niño de esa edad mental. Igualmente, debe distinguirse el TDAH de la sintomatología presentada por niños en ambientes caóticos y desorganizados. En estos casos, las informaciones provenientes de distintos contextos son útiles para establecer un diagnóstico correcto (Wicks-Nelson & Israel, 2001). El TDAH no se diagnostica si los síntomas de inatención hiperactividad-impulsividad solo se producen durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o de un trastorno psicótico. El *DSM IV* contempla la posibilidad de diagnósticos comórbidos siempre y cuando la hiperactividad no se explique mejor por la presencia de otro trastorno mental, como trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o trastorno relacionado con sustancias (González, 2000). Para realizar una evaluación de los aspectos madurativos generales, se pueden utilizar instrumentos de evaluación como la escala de

Denver, que rastrea conductas en las áreas mencionadas y que ha sido utilizada con millones de niños en todo el mundo (Heydĭ en Joselevich, 2000).

El diagnóstico de TDAH se hace sobre la base de determinados estudios factoriales y clínicos que recomendaron modificar los criterios del *DSM III R* y ajustarse a dos grandes ejes (Lahey et al., 1994; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001): falta de atención e hiperactividad-impulsividad. En ambos se establece un criterio de presencia de un mínimo de seis síntomas en cada categoría para poder realizar el diagnóstico de TDAH, cuando el sujeto presenta síntomas de falta de atención o de hiperactividad-impulsividad pero, por alguna razón no cumple con los criterios mencionados, se diagnostica trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001).

Los criterios para el diagnóstico del TDAH según el *DSM IV TR* (American Psychiatric Association, 2002) son:

Criterio A. 1 o 2:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
 - e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
 - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, 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.
2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- 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 y 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 “esta en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de los otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

Criterios:

- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela o en el trabajo y en la casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Se pueden llevar a cabo tres tipos de diagnóstico de TDAH:

1. Trastorno por déficit de atención con predominio de síntomas de inatención: cuando se cumplen los criterios para inatención pero no todos los de hiperactividad-impulsividad.
2. Trastorno por déficit de la atención con predominio de síntomas de hiperactividad-impulsividad: cuando se cumplen los criterios de hiperactividad pero no los de inatención.
3. Trastorno por déficit de atención, hiperactividad, tipo combinado: cuando se cumplen los criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad.

La mayoría de los síntomas descritos en el diagnóstico están presentes en todos los niños en cierto grado y en ciertos momentos particulares. Estas características son anormales cuando son excesivas en cuanto a su frecuencia, intensidad y duración. Las manifestaciones conductuales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales (Solloa, 2001). Como se puede apreciar, el proceso de crecimiento y desarrollo es dialéctico (razonamiento que, al igual que un diálogo, contiene oposiciones y diversidad de pensamientos y se encamina hacia una síntesis. El Pequeño Larousse Ilustrado, 1999). El proceso de desarrollo del TDAH es la síntesis de diversos elementos intrínsecos y extrínsecos del sujeto, el sujeto actúa sobre su medio y el medio influye en el sujeto, y las dificultades en cualquiera de estos múltiples factores producirá incontables efectos en todos ellos; en la interacción social se encuentran además los elementos que según como participen determinarán la condición de salud o de enfermedad del sujeto (Gratch, 2001). La evaluación clínica de los niños y adolescentes que se sospecha que tienen TDAH debe ser multidimensional, de esta manera se podrá captar la variabilidad situacional y las características secundarias del niño (Anastopoulos en Ammerman & Hersen, 1997). (Prinz & Connell (en Ammerman & Hersen, 1997) dicen que una aproximación común al diagnóstico de TDAH, utiliza informes de comportamiento del niño provenientes de los profesores como primer indagación, seguida de informes de comportamiento del niño provenientes de los padres; otros estudios han adoptado esta aproximación a la que han agregado una tercera indagación acerca de las conductas de los padres (Lochman et al., 1995; August, Realmuto, Crosby & McDonald, 1995; citados por Prinz & Connell en Ammerman & Hersen, 1997). August et al. (1995; citado por Prinz & Connell en Ammerman & Hersen, 1997) sugirieron que estas tres indagatorias son de utilidad predictiva para desórdenes infantiles específicos, encontraron que la indagatoria con los profesores fue predictiva de

posteriores diagnósticos de TDAH y Trastorno oposicionista desafiante, la indagatoria con los padres fue de utilidad predictiva significativa para diagnósticos de TDAH pero aportó poco para la predicción de Trastorno oposicionista desafiante, finalmente, la indagatoria acerca del estilo de manejo del niño por los padres contribuyó significativamente a la predicción del Trastorno oposicionista desafiante pero no para el TDAH. En las entrevistas los padres son la principal fuente de información, suele ser de ayuda el que rellenen un formulario detallado de evaluación antes de la primera entrevista, en cualquier caso, pueden utilizarse entrevistas estándar estructuradas o semiestructuradas; es importante que se obtenga información sobre las interacciones específicas entre los padres y el niño, no solo para el diagnóstico sino para planificar el tratamiento (Solloa, 2001). Barkley solicita a los padres que identifiquen situaciones concretas que sean problemáticas (Wicks-Nelson & Israel, 2001; Kirby y Grimley, 1992). La evaluación de las características del contexto en que se produce la conducta problemática apunta a definir la magnitud del problema, como participa el niño en la producción de éste y como responde el entorno, si responde controlando o agravando el problema. La evaluación también debe consignar las habilidades y dificultades presentes en el sistema familiar-escolar, incluyendo el diagnóstico psiquiátrico de los padres si se sospecha la presencia de algún trastorno. En las familias donde hay un niño con TDAH es más frecuente encontrar que hay problemas maritales, aislamiento social y sensación de incompetencia por parte de los padres; se ha postulado también que las madres de niños con TDAH presentan conductas más controladoras, más directivas en la interacción con sus hijos y menos manifestaciones de afecto. Estas conductas tienden a remitir cuando mejora la conducta de sus hijos, ya sea a través de la modificación de la conducta por parte de los padres o con medicación estimulante (Barkley, 1985, 1989; citado por Heydl en Joselevich, 2000). También hay otros métodos de evaluación como las listas de

revisión y cuestionarios para padres y maestros, observación sistemática y medidas de laboratorio (Solloa , 2001; Miranda et al., 2000). Una de las mediciones de laboratorio que se utiliza con mayor frecuencia para la evaluación del trastorno es la Continuous Performance Test (CPT, Prueba de Desempeño Continuo). Existen muchas variaciones del CPT, pero el prototipo es el desarrollado por Gordon (1983). En la CPT de Gordon se pide al niño que vea una pantalla en la que se presentan números. Se le pide que presione un botón cada vez que se presenta un número predeterminado. Se miden dos respuestas: las omisiones son el número de veces que el número designado se presenta al niño y éste falla al presionar el botón, se considera al número de omisiones una medida de atención sostenida, en especial, el incremento de las omisiones a lo largo del tiempo; las comisiones son el número de veces que el niño presiona de manera incorrecta el botón cuando no se presenta el número designado, lo cual se considera como una medida de impulsividad (Kamphaus et al., 2000). El uso de cuestionarios es un método muy común para evaluar psiquiátricamente y asignar sujetos a grupos experimentales (Portal y Solloa en Solloa, 2001). Algunos de los cuestionarios más utilizados en el diagnóstico son (Solloa, 2001; Kamphaus, 2000; Miranda et al., 2000):

Cuestionarios para padres:

- Escala Revisada de Connors para Padres. Goyette, Connors y Ulrich (1978).
- Cuestionario de Situaciones en la Casa. Barkley (1981).
- Lista de Revisión de la Conducta del Niño. Achenbach y Edelbrock (1983).
- Escala de Competencia Social. Achenbach y Edelbrock (1983).
- Inventario Infantil de Yale. Shaywitz, Schnell, Shaywitz y Towle (1986).

Cuestionarios para maestros:

- Escala para Maestros de Conners. Conners (1969); Goyette y cols. (1978).
- Escala de autocontrol. Kendall y Wilcox (1979).
- Cuestionario de Situaciones Escolares. Barkley (1981).
- Lista de Revisión de la Conducta del Niño. Forma para maestros. Achenbach y Edelbrock (1983).
- Escala Completa para Maestros del Trastorno por Déficit de Atención. Ullman, Sleator y Sprague (1984).

En relación con el funcionamiento cognitivo, los dos aspectos esenciales a valorar son la atención y el estilo cognitivo. Los recursos atencionales suelen valorarse a partir de los datos procedentes de tests psicométricos y de pruebas de laboratorio (como la CPT descrita antes). Entre los instrumentos psicométricos más frecuentemente utilizados para medir las capacidades atencionales se encuentran los siguientes:

- Factor de Atención del WISC (Wechsler, 1994): el factor atencional de la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler esta compuesto por los subtests de aritmética, dígitos y claves. El subtest de aritmética valora la atención dividida, esto es, la habilidad del sujeto para atender a dos fuentes de información diferentes; el subtest dígitos evalúa la vigilancia, es decir, la disposición para emitir una respuesta ante un estímulo y mantener esta disposición a lo largo del tiempo; el subtest de claves mide la atención sostenida, que puede definirse como la capacidad de mantener la concentración en una tarea hasta que se haya terminado.
- Test de Cancelación Rápida de Figuras (Rudel, Denkla y Borman, 1978): esta prueba consta de tareas sencillas dirigidas a valorar la persistencia visual de niños entre los 4 y

los 13 años. En el subtest de rombos el niño debe localizar y señalar todos los rombos que aparecen aleatoriamente entre 140 formas geométricas; el subtest 592 exige que el niño señale el número 592 entre un total de 140 números de tres dígitos. En ambos subtests se contabiliza el número total de errores de omisión y de comisión y el tiempo total de ejecución de la tarea.

- Test de Caras (Thurstone-Yela, 1979): esta prueba, que puede ser aplicada tanto a niños (a partir de los siete años) como a adultos, proporciona información sobre la capacidad para mantener la atención en una tarea. Esta compuesta por 60 elementos gráficos que representan dibujos esquemáticos de caras con trazos elementales. El sujeto debe señalar la cara que sea distinta de las otras dos, lo que exige una percepción rápida de semejanzas y diferencias.

Por otra parte, los estilos cognitivos que tienen más significación en los niños con TDAH son el estilo cognitivo de flexibilidad/impulsividad, y la flexibilidad/rigidez cognitiva. La impulsividad suele valorarse mediante el test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF, Kagan, 1966) y el subtest de laberintos del WISC-R, mientras que el test de Stroop (1935) y el test de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1994) son los instrumentos mayoritariamente empleados para evaluar la flexibilidad cognitiva (Miranda et al., 2000).

El proceso de diagnóstico es complejo y, por tanto, se recomienda seguir un análisis cuidadoso y metódico en el que se determine si la actividad motora excesiva del niño es efectivamente inapropiada para su edad. Una de las formas para hacerlo es a través de la realización cuidadosa de la historia del desarrollo, en busca de evidencia que apoye la cronicidad y persistencia de los síntomas. Los datos de observación en la escuela son esenciales, pues es generalmente en este ambiente tan estructurado donde la hiperactividad se

hace más evidente. Una vez que se haya determinado que las dificultades de atención y la actividad motora excesiva son inapropiadas para la edad del niño se debe valorar si estas conductas son un reflejo de ansiedad y/o depresión. Dado que el niño con TDAH se enfrenta continuamente a problemas en sus relaciones interpersonales y a dificultades con su rendimiento académico, puede experimentar problemas emocionales secundarios asociados al TDAH como baja autoestima, falta de motivación, conductas agresivas y un pobre concepto de sí mismo, en estos casos los problemas emocionales son un producto del trastorno y no la causa de éste (Solloa, 2001).

En los adolescentes, al igual que como se señaló para los niños, en el caso de que se adopten expectativas no realistas, probablemente estas chicas y chicos no podrán cumplirlas. Y si ellos acumularon metas y caminos ideales, también sufrirán fracasos en relación con dichos modelos ideales. Si aquellas metas que se construyen conforman expectativas razonables, que tengan en cuenta las reales singularidades de estos adolescentes en su medio ambiente, es factible que puedan alcanzarse. En el proceso de comprensión sobre lo que es esperable, adultos y adolescentes se benefician enormemente con una información actualizada y pertinente que puede ayudarlos para entender estos fenómenos y sus consecuencias secundarias negativas, así como los aspectos favorables y positivos. Entre estos últimos se encuentran la creatividad, la sensibilidad, una focalización intensa en lo que les interesa, los mecanismos con que espontáneamente compensan algo de su impulsividad y de su déficit atencional, o la búsqueda de ayuda (Joselevich, 2003).

La mayoría de los niños con TDAH continúa manifestando síntomas en la adolescencia (Fisher, 1997; Leung et al., 1994; Barkley, 1997; Schubiner et al., 1995; citados por Krueger, M. & Kendall, J., 2001), entre el 40% y el 50% mantienen un diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante o de trastorno de conducta hasta los veinte años (Schubiner et al.,

1995; citado por Krueger & Kendall, 2001), de hecho, cuando el niño manifiesta síntomas de TDAH así como de trastorno de conducta, existe un mayor riesgo de que persista éste último en la adolescencia (Loeber, 1990; citado por Dadds en Ammerman & Hersen, 1997).

La Classification of Child and Adolescent Mental Diagnosis in Primary Care, Child and Adolescent (Clasificación de Diagnóstico Mental de Niños y Adolescentes en Atención Primaria, DSM-PC) define al TDAH, en términos generales, como una variación, problema y desorden del desarrollo, de menor severidad que la definición del *DSM-IV*. La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente (The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) y los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) han escrito unos lineamientos prácticos para el diagnóstico de niños y adolescentes con TDAH que incluyen: entrevistas con los niños/adolescentes y los padres; valoraciones escolares; un examen físico detallado; evaluaciones de lenguaje/habla; y pruebas ocupacionales/recreacionales. Esta guía no aplica a jóvenes que presenten retraso mental, estén bajo una terapia con drogas que afecten el comportamiento, tengan desórdenes sensoriales de moderados a severos o tengan desórdenes generales de desarrollo (Wolraich et al., 1996; Greenhill et al., 2002; American Academy of Pediatrics, 2001 [105, 108]; National Institutes of Health, 1998 [16]; citados por Stern, P., Garg, A. & Stern, T., 2002).

El diagnóstico de TDAH en adultos es usualmente difícil ya que requiere de la integración de diversa información en ausencia de una herramienta de diagnóstico específica (Stern et al., 2002). La valoración incluye la documentación de los síntomas pasados y actuales, el establecimiento de aquello a lo que los síntomas afectan, la obtención de una historia psiquiátrica y de desarrollo, y un examen de desempeño físico. Existen algunas formas de evaluación diagnóstica de TDAH para adultos (Barkley, 1998; citado por Weiss,

M. & Murray, C., 2003). Weiss y Murray (2003) resumen el proceso de diagnóstico de TDAH en adultos en los siguientes puntos:

1. Valoración de los síntomas actuales de TDAH en los últimos 6 meses utilizando escalas normalizadas para adultos.
2. Establecimiento de la historia de TDAH en la niñez.
3. Valoración de la afectación funcional en el hogar, trabajo, escuela y relaciones sociales.
4. Obtención de la historia de desarrollo incluyendo período prenatal, infancia y años escolares.
5. Obtención de la historia psiquiátrica para descartar otros desórdenes psiquiátricos o establecer comorbilidad con otros trastornos (e. g. problemas de aprendizaje, ansiedad o abuso de sustancias, principalmente marihuana).
6. Obtención de la historia psiquiátrica familiar, especialmente lo que concierna a problemas de aprendizaje, de atención o de comportamiento; TDAH; y tics. Indagar sobre todo acerca de los parientes en primer grado: padres, hermanos e hijos).
7. examen de desempeño físico, para descartar posibles causas médicas de los síntomas, como lesiones cerebrales, problemas cardíacos, de tiroides o contraindicaciones a la terapia con fármacos (e. g. glaucoma, hipertensión).

4.2 Intervención Médica

El primer paso para usar medicación psicotrópica es tener un diagnóstico positivo y una adecuada información sobre la presencia de otros trastornos psiquiátricos, deben ser especificados los síntomas que se pretende modificar, ya que el medicamento no tratará a todos los problemas por igual y es necesario determinar la dosis adecuada para cada caso; por ejemplo: algunos de los efectos secundarios de la medicación pueden ser la pérdida de apetito

(afectando el proceso de crecimiento en algunos casos), cefálea, insomnio, alteraciones del estado de ánimo; en general, estos efectos biológicos pueden controlarse al ajustar la dosis diaria de medicamento, aunque aún existe la necesidad de más estudios acerca de esto, lo cierto es que la supresión del tratamiento hará reaparecer los síntomas hiperactivos (Barkley, 1990; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Según Barkley (1987), el factor principal para decidirse por un tratamiento farmacológico es la severidad de los síntomas y el grado de incomodidad que experimentan el niño, los padres y los profesores (citado en Solloa, 2001).

Algunas de las razones para mantener a los niños impulsivos continuamente en medicación y no en forma intermitente son las siguientes: de tipo cognitivo, puesto que el niño impulsivo que responde al estimulante aprende mejor cuando está recibiendo el medicamento; de tipo interpersonal, puesto que el niño impulsivo que antagoniza y tiene problemas en las relaciones con hermanos y compañeros e irrita a los adultos, sufre inevitablemente los efectos de las actitudes adversas que su impulsividad ha generado; y de relaciones interpersonales, puesto que en esta forma son positivas y aumentan la confianza en sí mismo (Kinsbourne & Caplan, 1979, citado en Calderón, 1999). La afirmación anterior apoya la idea de que el tratamiento farmacológico no solo es necesario sino que debe usarse regularmente en niños impulsivos.

En cuanto al temor de que el niño o el adolescente se vuelvan dependientes de la medicación, en el caso del TDAH, se sabe, porque se ha investigado de forma exhaustiva, que los pacientes que toman psicoestimulantes no se vuelven adictos a ellos (Lynskey et al., 2001; citados por Stern et al., 2002; Gratch, 2001) y cuando logran mejorías sorprendentes no suelen considerar que sus logros se deben a la medicación sino que se atribuyen a ellos mismos los avances, consideran que la medicación sirvió para que ellos pudieran sacar mejor

provecho de sus capacidades (Treuting y Hinshaw, 2001). Si esto no ocurriera de manera espontánea, le corresponde al psicoterapeuta hacer recaer los méritos del tratamiento en el mejor uso de las potencialidades del paciente y no en la medicación por sí misma. Entonces, las mejorías conseguidas mediante el tratamiento no serán atribuidas al medicamento sino a las capacidades personales mejor instrumentadas (Gratch, 2001).

Según Gratch (2001), con relación al riesgo de adicción, existen estudios de seguimiento de pacientes adolescentes y adultos con TDAH, que demostraron que no consumían drogas aún cuando fueron medicados durante la niñez (el autor no cita a los autores de esos estudios). Gratch (2001), afirma que en realidad se ha visto lo contrario: que los sujetos con TDAH que no recibieron tratamiento psicofarmacológico, al probar drogas, lo que es probable en la adolescencia debido a su impulsividad intensa, ven mejorado en niveles que nunca antes habían obtenido su rendimiento intelectual y su capacidad de concentración, lo que sucede es que, la droga aumenta la vivencia mágica de solución (la creencia de que con la droga se ha solucionado el problema) y favorece de esa manera el apego a ella; La drogadicción se convierte entonces en una forma velada de automedicación (v. 2.3.3 Adolescencia).

De acuerdo con Gratch (2001), cuando el médico especialista opta por alguno de los psicofármacos que se pueden utilizar con determinado paciente debe tomar en cuenta (como ya se dijo antes) dos aspectos fundamentales: el diagnóstico y los principales síntomas que aquejan al paciente.

La hiperactividad es un síntoma que puede deberse a diversos cuadros psicopatológicos, por lo que es necesario realizar un diagnóstico cuidadoso antes de administrar cualquier tipo de tratamiento. Además se debe evaluar el costo-beneficio, es decir si los efectos beneficiosos de los psicofármacos superan a los riesgos y a los efectos secundarios derivados de su utilización (Gratch, 2001).

Los psicofármacos siguen siendo la primera línea de elección en el tratamiento farmacológico del TDAH, tanto en niños como en adultos y además son los que más se han experimentado en psiquiatría infantil. Debido a que las dificultades de aprendizaje son el motivo más frecuente de consulta en la edad escolar, la experiencia acumulada en el uso de psicoestimulantes en los últimos años es enorme. Anteriormente, los psicoestimulantes se utilizaban casi solo en niños entre 6 y 12 años de edad y sobre todo en casos en que se observaba una marcada hiperquinesia. Actualmente también se usan en el caso del TDAH (predominantemente inatento) y en los adolescentes y adultos (tipo residual). Entre los psicoestimulantes más conocidos y utilizados se encuentra el metilfenidato (Ritalina) (Gratch, 2001). Últimamente se han realizado estudios con otros medicamentos cuyos efectos son iguales a los del metilfenidato en niños y adolescentes, pero que también, al igual que el metilfenidato pueden agravar los tics y además presentan riesgo de provocar convulsiones y rash (sarpullido, erupción cutánea. *Advanced English Dictionary Vox*, 1998), dichos medicamentos son: bupropion (Wellbutrin[®], Odranal[®]).

Los antidepresivos tricíclicos constituyen una segunda línea de medicación cuando los psicoestimulantes están contraindicados o cuando la respuesta terapéutica a éstos en el tratamiento del ADHD no ha sido suficientemente exitosa. Entre los antidepresivos tricíclicos más conocidos y utilizados esta la Imipramina (Tofranil[®]) (Gratch, 2001), la desipramina (Nebрил[®]) y la nortriptilina (Ateben[®]) (Heydl y De Quiroz en Joselevich, 2000). Dentro de la segunda línea de medicación se incluyen también: inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), que, no obstante, no son muy usados debido a la necesidad de estrictas restricciones en la dieta para evitar crisis hipertensivas (Heydl y De Quiroz en Joselevich, 2000), antihipertensivos y otros antidepresivos: inhibidores de la recaptura de la serotonina (ISRS).

Una tercera línea de medicación la constituyen los antipsicóticos, comúnmente son conocidos como neurolépticos o tranquilizantes mayores, los neurolépticos deben utilizarse como último recurso luego de probar con las líneas anteriores de medicación, cuando los síntomas son muy intensos o combinados con psicoestimulantes cuando no se obtiene una buena respuesta a estos últimos. Entre los neurolépticos más utilizados en el ADHD se encuentran el Haloperidol y la Tioridazina (Gratch, 2001).

De acuerdo con Silver (1994) los medicamentos más comúnmente usados son:

- Tabletas de Ritalín (metilfenidato), tabletas de acción rápida y administración oral, dosis individual, acción entre los 15 y 20 minutos y dura entre 3 y 4 horas, mejora la concentración, la memoria y el control de la frustración y la ira, efectos secundarios: disminución moderada del apetito, trastornos ligeros de sueño, pérdida de peso transitoria, irritabilidad.
- Ritalín SR 20 (metilfenidato de acción prolongada), tabletas de acción prolongada y administración oral, dosis individual, tiempo de acción individual, regularmente dura entre 6 y 8 horas, efectos iguales al Ritalín, incluyendo los secundarios.
- Spansules de Dexedrina (dextroanfetamina), tabletas de acción prolongada y administración oral, dosis individual, promedio de 5 a 20 mg, tiempo de acción individual, duración entre 6 y 8 horas, pero puede variar en algunos individuos y durar hasta un día completo, efectos iguales al Ritalín, incluyendo los secundarios.
- Dexedrina (dextroanfetamina), tabletas de acción corta y administración oral, dosis individual, promedio de 1 a 2 tabletas en cada dosis (cada tableta es de 5mg), tiempo de acción de 20 a 30 minutos y con duración de 4 horas, efectos iguales al Ritalín, incluyendo los secundarios.

- Cylert (pemolina), tabletas de acción prolongada y administración oral, dosis individual, tiempo de acción lento que generalmente se prolonga de 6 a 8 horas, efectos iguales al Ritalín, incluyendo los secundarios, debe agregarse que deben controlarse los efectos sobre el funcionamiento del hígado.
- Tofranil y Norpramina (imipramina y desipramina), tabletas de administración oral de 50 y 100mg, dosis individual, tiempo de acción variable, con frecuencia se prolongan hasta 24 horas, efectos: dosis más bajas pueden mejorar los síntomas de TDAH durante varios días, sin embargo, puede tomar entre 1 y 3 semanas para lograr el efecto completo, dosis más altas pueden aliviar la depresión y los cambios repentinos de estado de ánimo, efectos secundarios: nerviosismo, fatiga, trastornos de sueño, taquicardia, mareos, malestar estomacal, sequedad en la boca, puede provocar arritmia cardiaca y, en casos aislados, afectar el conteo sanguíneo, debe agregarse que el tratamiento con este medicamento no debe ser suspendido abruptamente.
- Cataprés (clonidina), parches aplicados detrás del hombro o tabletas de administración oral, dosis individual, duración de los efectos: los parches pueden causar efectos que se prolongan hasta 6 días, las tabletas tienen una duración de 4 a 6 horas, efectos: con frecuencia pueden mejorar los síntomas del TDAH, disminuyen los síntomas del síndrome de la Tourette, con frecuencia tiene efectos positivos sobre la conducta desafiante y ayuda a controlar la ira, efectos secundarios: fatiga (aunque esta desaparece con el tiempo), mareos incremento de la actividad, sequedad en la boca, irritabilidad y/o problemas conductuales, debe agregarse que debe consultarse al médico antes de interrumpir el tratamiento, para evitar efectos de rebote.

Otros medicamentos son: el Rubifén® (metilfenidato), el Tamlán® (pemolina magnésica) y el Adderall® (una combinación de medicamentos estimulantes) (Swanson, 1998; citado por Heydl y De Quiroz en Joselevich, 2000; Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Debido a un mayor metabolismo hepático y a una filtración glomerular más eficiente, los niños requieren de dosis mayores que los adultos generalmente, sobre una base mg/kg de peso corporal. El nivel de desarrollo en el sistema nervioso central dará un curso diferente en el impacto del tratamiento farmacológico, tanto en los beneficios como en los efectos adversos, por lo que no puede omitirse el estudio de la información proveniente de las investigaciones con adultos y con poblaciones en distinta etapa de desarrollo (Heydl y De Quiroz en Joselevich, 2000), además, es importante llevar un seguimiento del tratamiento, ya que la misma dosis puede afectar de manera diferente a diferentes individuos y, mientras que beneficia al sujeto en cuanto determinados síntomas, puede afectar aparte a otras conductas (Wicks-Nelson & Israel, 2001). Campbell y Cueva (1995) así como Klorman et al. (1990) (citados por Wicks-Nelson & Israel, 2001) enfatizan que solo desde que se notó que el TDAH no se “curaba” con la edad, se empezó a tratar a los adolescentes con medicamentos, logrando la reducción de la inatención, la impulsividad y la desobediencia, así como mejoras en el funcionamiento cognitivo. Los padres, como responsables del cuidado de los niños, son los principales colaboradores en el tratamiento con medicamentos, es importante que estén en contacto con los profesionales para obtener información acerca del medicamento, establecer expectativas realistas y promover la formación de un óptimo equipo terapéutico (Heydl y De Quiroz en Joselevich, 2000).

En el caso de los adultos con TDAH, también se incluye la medicación como la principal forma de intervención ya que ha demostrado sus beneficios a corto término, aunque no se ha comprobado su eficacia a largo plazo (Pelham et al., 1998; citado por Stern et al., 2002). El

uso de estimulantes, metilfenidato, anfetaminas y pemolina ha sido el más popular. Las dosis de metilfenidato de acuerdo al peso del paciente han demostrado un 74% de eficacia, de manera similar al caso de los niños (Spencer et al., 1995; citado por Stern et al., 2002); el tratamiento con dispramina, un antidepresivo tricíclico, ha demostrado un 68% de eficacia y podría ser una buena alternativa para los adultos que no toleran estimulantes o que los tienen contraindicados (Wilens et al., 1995; Wilens et al., 1995; citados por Stern et al., 2002).

4.3 Formas de Intervención Psicológica

4.3.1 Psicoterapia

Los objetivos de la psicoterapia para el TDAH, no son la modificación de los trastornos neuroquímicos sino de algunas de sus expresiones sintomáticas y la repercusión que éstas pueden tener en la vida afectiva del individuo con TDAH. La recomendación de un tratamiento psicoterapéutico debe ser realizada casi como parte imprescindible del tratamiento en los niños, adolescentes y adultos con TDAH. Las alteraciones en el carácter que este trastorno produce, las dificultades en las relaciones interpersonales, los riesgos que supone en la vida de una persona la impulsividad y el daño en la autoestima debido al reiterado fracaso en la consecución de sus logros, son obstáculos que difícilmente pueden ser superados sin la ayuda que proporciona un tratamiento psicoterapéutico. La actividad académica es una de las principales variables en las que se construye la autoestima de un individuo, como el rendimiento intelectual en la etapa escolar, por lo que experimentar crónicamente la sensación de fracaso en este rubro puede dañar gravemente la autoestima. A esto se suma el sentimiento de culpa al percibir la frustración de los padres frente a los problemas que implica criar a un hijo con dificultades escolares y/o sociales a causa del TDAH. Con frecuencia en el consultorio el psicoterapeuta escucha relatos de personas que

desde niños se fueron convenciendo de que no estaban dotados para las tareas intelectuales y que, con los años, terminan excluyéndose ellos mismos de cualquier proyecto de este tipo. Las respuestas más comunes de quienes no pueden alcanzar las metas que se proponen a pesar de ser inteligentes, son vocaciones postergadas y proyectos intelectuales eliminados antes de intentar ser llevados a cabo. Aunque tener TDAH no condiciona necesariamente el fracaso de una persona en el área social e intelectual, es muy probable que sus logros se encuentren muy por debajo de sus potencialidades, con el consecuente daño en la autoestima. Un cuadro psicológico que comúnmente acompaña al TDAH es la depresión, cuyas características son: excitación o inhibición psicomotriz, tristeza, pesimismo, autoreproches, etc. La psicoterapia es la indicación específica para abordar y resolver los trastornos de conducta y de la autoestima secundarios al TDAH. El tratamiento psicoterapéutico se propone además, evitar que los síntomas primarios derivados del sustrato neuroquímico como la impulsividad, terminen transformándose en rasgos del carácter de estos sujetos. Un abordaje psicoterapéutico temprano permitirá evitar o minimizar que el individuo incorpore la impulsividad como manera de lidiar o de resolver todo incremento pulsional, así como que la utilice para evitar o resolver la tensión psíquica proveniente de cualquier situación conflictiva con la que la vida le confronte. Entre más temprano se realice el diagnóstico, más posibilidades habrá de evitar o minimizar las dificultades del aprendizaje que derivan de la inatención (Gratch, 2001).

4.3.2 Tratamiento Cognitivo-Conductual

En la actualidad, la intervención psicológica en casos de TDAH supone la aplicación de programas multicomponentes que constan de diversas técnicas llevadas a la práctica en el medio natural (Moreno, 1996; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Dentro

de estas técnicas se encuentran aquellas que van dirigidas a los niños y adolescentes y las que van orientadas hacia los padres y profesores; estas técnicas de intervención se basan en el análisis conductual aplicado y en la teoría del aprendizaje social. El conjunto de técnicas que se menciona consta de las propias de la modificación de conducta como por ejemplo: economía de fichas, programas de refuerzo, coste de respuesta, etc., y las llamadas cognoscitivo-conductuales: terapia de solución de problemas, métodos de autocontrol, etc. (Abikoff y Klein, 1992; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) y entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum & Goodman, 1971; citados por Pichardo en Arco & Fernández, 2004; Abikoff y Klein, 1992; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). El niño con TDAH padece dos tipos principales de problemas a) la incapacidad de enfocar y sostener la atención durante la solución de problemas y b) una escasa inhibición de respuesta (impulsividad) en situaciones tanto escolares como sociales de solución de problemas; sin embargo, existen otras dos características menos visibles pero que pueden ubicarse dentro de los factores causales de los dos problemas ya descritos, son niveles de excitación mal regulados y una aparente ausencia de respuestas normales a los reforzamientos. En los mecanismos que controlan la atención, la impulsividad y la excitación, el lenguaje o habla interna desempeña un papel primordial, con el adecuado tratamiento el sujeto con TDAH puede usar su habla interna para reducir la impulsividad y aumentar su concentración (Kirby y Grimley, 1992). Dentro de las técnicas utilizadas para este fin, y mencionadas anteriormente, se encuentran las siguientes (Kirby y Grimley, 1992):

- Entrenamiento en Autoinstrucciones Verbales (AIV), su objetivo es ayudar al niño con TDAH a idear y usar estrategias deliberadas para enfrentar las exigencias de las situaciones escolares y sociales de solución de problemas, por medio de su habla interna, a manera de instrucciones autodirigidas, que se construyen paso a paso: selección de la

tarea; modelamiento, con ayuda del clínico, de una solución cognoscitiva para la tarea; después el clínico guía al sujeto paso a paso, de acuerdo con la solución planteada, para que realice la tarea; después se va entrenando al sujeto en la murmuración de los pasos mientras resuelve otra vez la tarea hasta que éste es capaz de autodirigirse en la misma.

- Costo de Respuestas, Meichenbaum (1977; citado por Kirby y Grimley, 1992) recomienda complementar el AIV con este procedimiento operativo, que consiste en entregar, al inicio de cada sesión, una cantidad de fichas al niño, se le indica que si sigue todas las reglas de la sesión no perderá ninguna ficha y al final podrá canjearlas por algún premio, si por el contrario el niño falla a algunas reglas, perderá una ficha por cada falla y el premio que alcanzará al final de la sesión será menor.
- Entrenamiento en Habilidades de Solución de Problemas Interpersonales y Sociales, los problemas interpersonales y las deficiencias en habilidades sociales en los sujetos que padecen TDAH están tan presentes como los problemas de impulsividad, inatención e hiperactividad; con el paso del tiempo estos síntomas llevan al desarrollo de otras características que dificultan aún más el ajuste social del sujeto: obstinación, negativismo, testarudez, carácter dominante, labilidad emocional aumentada, abuso de los otros, baja tolerancia a la frustración, explosiones de ira, baja autoestima, falta de disciplina. Es importante tratar estas características secundarias junto con los síntomas primarios del trastorno durante el tratamiento, entrenando al sujeto en las tres áreas principales del autocontrol: autovigilancia, autoevaluación y autorecompensa, así como en las cinco áreas que conforman las habilidades de la solución cognoscitiva de problemas interpersonales: sensibilidad a problemas, razonamiento alternativo, pensamiento por medios y fines, razonamiento de consecuencias y pensamiento causal; estas cinco áreas conforman el área de comprensión social.

Es importante que el terapeuta se mantenga en contacto constante con los padres para poder seguir más detalladamente el tratamiento, es, de igual manera, esencial que el terapeuta este actualizado y sea capaz de explicar a los padres el trastorno, sus manifestaciones, los detalles de la medicación, y entrenarlos en algunas técnicas de manejo conductual para que puedan enfrentar las contingencias que se presenten, finalmente, en casos que lo requieran, referirlos a centros de terapia familiar o de pareja (Solloa, 2001).

El tratamiento para los adultos con TDAH incluye intervención psicosocial, la principal forma de terapia es la cognitivo-comportamental. Esta forma de intervención incluye estrategias para solucionar problemas, automonitoreo, autoreforzamiento y entrenamiento en habilidades; el objetivo de estas terapias es mejorar el autocontrol (Stern et al., 2002). También son utilizadas técnicas de modificación de conducta como el “Entrenamiento de padres en el manejo de contingencias” de Barkley (1981, 1987; citado por Pichardo en Arco & Fernández, 2004) que consta de 10 pasos: 1) información sobre TDAH, 2) causas del comportamiento inconformista, 3) desarrollo y acentuación de la atención de los padres, 4) atender a la conformidad de los niños, 5) establecimiento de una organización del hogar, 6) realizar exclusiones por desobediencia, 7) aumento del castigo tras comportamientos desobedientes, 8) controlar la desobediencia en lugares públicos, 9) controlar las malas conductas futuras y 10) sesión de repaso/repeticón al mes. Dentro de las técnicas de modificación de conducta también encontramos el programa “Helping the noncompliant child” de Forchand & McMahon (1981; citados por Arco & Fernández, 2004), que es un procedimiento sistemático para instruir a padres en técnicas de modificación de conducta en 9 sesiones: 1) revisión del concepto de hiperactividad, 2) revisión de las interacciones padres-hijos, 3) desarrollo y énfasis de la atención de los padres en la conducta del niño, 4) desarrollo de la obediencia, 5) utilización de tiempo fuera para conductas desobedientes, 6)

ampliación del tiempo fuera a otras conductas desobedientes, 7) control de la desobediencia en público, 8) control de conductas negativas futuras y 9) sesión de reforzamiento.

4.3.3 Intervención Psicopedagógica

En el caso de los estudiantes con TDAH, la mayor parte de su actividad, desde la perspectiva educacional, tiene que ver con la forma en que los síntomas del trastorno afectan sus habilidades de aprendizaje (Rothstein, 1995; Yell, 1998; citados por Schwiebert, V., Sealander, K. & Dennison, J., 2002). Los consejeros escolares están en la posición de trabajar no solo con los estudiantes sino también con padres, profesores, psicólogos escolares y otros profesionales en la asistencia a estudiantes con TDAH. Ellos juegan un papel clave cuando trabajan con estudiantes con ADHD, de acuerdo con Bowen y Glenn (1998; citados por Schwiebert et al., 2002), deben asumir una posición proactiva alentando al personal escolar a establecer e implementar programas que ayuden a estos estudiantes, a arreglar las dificultades psicosociales para crear un entorno de apoyo (Schwiebert et al., 2002). Litner (2003) enfatiza la importancia de establecer las relaciones con el adolescente a manera de que sienta que es tomado en cuenta respecto de las decisiones que le afectan directamente, dice que el cuestionamiento de la autoridad que hacen los adolescentes es peor en el caso de los que padecen TDAH, por lo que es importante hacerlos sentir que tienen cierto control sobre sus vidas.

El tratamiento psicopedagógico es imprescindible para resolver los problemas del aprendizaje que suelen acompañar al TDAH. Éste, junto con una enseñanza particularizada para poder llenar las lagunas en el conocimiento que en muchos casos se han ido produciendo a lo largo de los años como consecuencia del déficit crónico de la atención, son necesarios para resolver los déficits en el aprendizaje. El aporte de los especialistas en psicopedagogía,

especialmente durante el proceso diagnóstico, es muy importante. Ellos hacen una evaluación exhaustiva y precisa para medir la inteligencia del paciente, su grado de evolución y cómo la utiliza. Para una persona con TDAH, que probablemente se encuentra convencida de que es poco inteligente, la opinión contraria y bien fundamentada de un especialista puede ser el punto de partida de un proceso de revisión de sus opiniones respecto de sí mismo (Gratch, 2001).

Rose (1999) dice que no hay reglas concretas a aplicar cuando se trata con niños con TDAH, sin embargo, sugiere algunos lineamientos para hacer más fácil y productiva la vida para el estudiante con TDAH y quien lo educa:

1. Lea los reportes médicos del sujeto para saber que es lo que debe esperar de él,
2. verifique el calendario de medicación del sujeto, sobre todo si es el responsable de administrar el medicamento, trate de tener siempre completa y lista la dosis y fuera del alcance de los demás,
3. considere la seguridad de los demás estudiantes, si trata con un sujeto potencialmente violento, haga un plan de emergencia de acuerdo con el personal de la institución y practíquelo, para asegurarse de que cada cual sabe lo que debe hacer en ese caso,
4. sostenga una plática con la gente que deberá tratar con el sujeto, explique su perfil y establezcan normas, expectativas y consecuencias de sus conductas,
5. dé al chico alguna responsabilidad adicional como anotar en el pizarrón las tareas para el día siguiente, eso la hará sentir mejor consigo mismo,
6. ayude al sujeto a ser organizado, bríndele una carpeta con divisiones que deberá usar para guardar sus tareas pendientes y las ya realizadas en sus respectivas secciones,
7. trate de darle un poco más de tiempo para las clases y tareas, en la medida de lo posible, recuerde que lo necesita,

8. tome las cosas con sentido del humor, y
9. bríndele afecto y cariño extras, hágalo sentir a gusto en clase manifestando que esta contento de tenerlo en su salón.

4.3.4 Biofeedback Electroencefalográfico

Se sabe que, la actividad del sistema nervioso central produce ondas eléctricas cuyas variaciones pueden ser registradas mediante un trazado llamado electroencefalograma (EEG). Este permite efectuar algunos diagnósticos de alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central. El cerebro produce distintos tipos de ondas en diferentes regiones. De la misma manera, la vigilia, la actividad intelectual, etc., también producen diferentes tipos de trazados electroencefalográficos. Los que apoyan este tratamiento para el TDAH parten de la hipótesis de que, al observar en una pantalla los distintos tipos de trazados, el sujeto puede entrenarse para producir voluntariamente ondas diferentes relacionadas con la atención y la concentración, y disminuir las ondas vinculadas con la distracción y la inatención. Por medio de programas de computadora se transforma el trazado electroencefalográfico en una señal visual y sonora determinada, entonces la producción de determinadas ondas cerebrales va acompañada de un puntaje en un videojuego. Los que proponen este tratamiento suponen que los individuos con TDAH pueden ser entrenados para incrementar las ondas necesarias para mejorar la atención y concentración (entrenamiento de los bajos niveles de excitación de la corteza frontal del cerebro), y para ello aseguran mejoras en un periodo de 40 a 80 sesiones de 40 minutos cada una. Hasta el momento no se han realizado estudios estadísticos serios que comprueben la eficacia de éste método. No se sabe si existen mejoras reales en los individuos tratados con biofeedback o no, y no se ha descartado si estas se deben a efectos placebo de esta sofisticada metodología o no (Gratch, 2001).

4.4 Intervención Interdisciplinaria

Por el momento no existen tratamientos capaces de proporcionar una cura para el TDAH, por lo que los tratamientos más efectivos están enfocados a reducir o mejorar los síntomas. Existe evidencia de que la terapia multimodal por períodos prolongados reduce el riesgo de un pronóstico negativo en la adolescencia y en la edad adulta (Brown et al., 1985. Citado por Solloa, 2001).

El tratamiento recomendado incluye medicación, particularmente estimulantes, así como intervenciones psicosociales y educativas (Wolraich et al., 1996; Greenhill et al., 2002; American Academy of Pediatrics, 2001 [108]; citados por Stern et al., 2002). En la actualidad nadie debe recibir los beneficios de un tratamiento parcial, es decir, privarse de los probados beneficios de la psicofarmacoterapia; así como tampoco renunciar a las ventajas de un tratamiento psicoterapéutico adecuado, como son la autocomprensión, el insight, y las mejoras en el estado de ánimo y la autoestima (Gratch, 2001). Ya que la etiología de este trastorno consiste en un desbalance neuroquímico, se considera que es necesario ingerir una sustancia que intervenga a nivel de neurotransmisores para poder resolver éste problema. Sin embargo, la solución anterior no será útil para resolver el daño crónico en la autoestima, ni los conflictos familiares o interpersonales del individuo que sí se verán beneficiados por la psicoterapia. De la misma manera los trastornos de aprendizaje requieren la participación de quienes saben y manejan el diagnóstico y tratamiento de dificultades en ese campo, la psicopedagogía. Por lo tanto, es fundamental que todos estos enfoques sean considerados complementarios y no excluyentes (Gratch, 2001).

La administración de técnicas conductivo-conductuales junto con psicofármacos es poco frecuente durante la infancia salvo en los casos de hiperactividad. Existen diversas razones para mezclar diferentes técnicas en un tratamiento de TDAH: a) la preocupación generalizada

por la eficacia y limitaciones de los tratamientos, b) la expansión y desarrollo experimentado por la perspectiva cognitivo-conductual hacia nuevos trastornos y áreas de aplicación, c) la necesidad de establecer los efectos positivos de las terapias farmacológicas en el ámbito infantil, sus limitaciones terapéuticas y los riesgos que conlleva su prescripción, d) la comorbilidad entre los trastornos infantiles, y e) la necesidad de optimizar la puesta en práctica de las terapias tradicionales, reducir los costos del tratamiento y aumentar sus resultados a largo plazo (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Desde hace años se ha venido probando la administración de estos tratamientos mixtos, que incluyen la intervención farmacológica, la psicopedagógica, la psicológica y el entrenamiento a padres y profesores, para tratar de asegurar resultados óptimos, que se mantengan y sean más generalizados (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Anastopoulos (en Ammerman & Hersen, 1997) afirma que las intervenciones multimodales deben incluir además de la medicación, atención educativa especial y orientación individual, terapia de familia, entrenamiento para padres, y/u otros tratamientos necesitados por el individuo; dice que estos tratamientos combinados, continuados por un período de varios años, pueden producir mejoría en el ajuste social del niño con TDAH, en su índice de comportamiento antisocial y en su aprovechamiento académico.

En México han existido programas de atención para niños como los Programas de Acciones Sociales y Médicas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (PASM), y otros promovidos por la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud de manera conjunta, además, también existe el “Proyecto DAH” de la Fundación Cultural Federico Hóth, que se dedica a formar grupos de instrucción para padres y familiares de personas con TDAH (www.proyectodah.org).

El tratamiento multimodal o interdisciplinario parece ser el que a corto y largo plazo proporciona mayores beneficios para el individuo con TDAH, a corto plazo le ayuda a controlar los problemas de inatención, impulsividad e hiperactividad y a largo plazo le ayuda a mantener un mejor nivel de autoestima, a evitar o disminuir problemas como fracaso escolar y deserción escolar. La primera línea de control para los síntomas del TDAH es el tratamiento con fármacos, sin embargo, la ayuda psicopedagógica y la psicoterapia son importantes para atender los efectos de los síntomas del síndrome como los problemas de aprendizaje y los de conducta. El TDAH puede presentarse en diferentes niveles en diferentes personas, lo cual ha llevado a considerar diferentes niveles en cuanto a la medicación que van desde los psicoestimulantes hasta los antipsicóticos, aunque falta todavía mucho que conocer acerca de este trastorno y de sus manifestaciones en diferentes tipos de individuos.

5. Modelos Teóricos

Existen tres modelos teóricos dentro de los cuales se ubican las principales hipótesis con el fin de encontrar y explicar las causas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

5.1 Conceptualizaciones Biológicas

Actualmente dentro del campo de estudio del TDAH existe consenso respecto a que los desbalances neuroquímicos juegan un papel central en la etiología de este trastorno. Es decir, que puede haber anormalidades en uno o más de los sistemas monoaminérgicos, involucrando alguno de los mecanismos de la dopamina o de la norepinefrina (Zametkin & Rapoport, 1986; citados en Anastopoulos, 1999). Existen hoy en día datos que indican una disminución de dopamina en el líquido cefalorraquídeo y en los análisis de metabolitos en el plasma sanguíneo de los niños con TDAH (Zametkin y Rapoport, 1987; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Más recientemente se han incorporado a la serotonina y a la noradrenalina, sin embargo, aún la evidencia es insuficiente y no se excluye la posibilidad de una relación inversa a la descrita aquí, entre la hiperactividad y estos déficits en neurotransmisores (Taylor, 1994; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001).

La localización de la disfunción implica una posición dentro de las áreas límbica-prefrontal del cerebro. Para la mayoría de niños con TDAH estas circunstancias neurológicas surgen de factores biológicos innatos, incluyendo transmisión genética y complicaciones durante el embarazo y el nacimiento. Para un número relativamente menor de niños con TDAH, puede ser adquirida después del nacimiento ya sea por trauma craneocefálico, enfermedad neurológica, niveles elevados de plomo en la sangre y otras complicaciones

biológicas (Biederman et al., 1987; Deutsch, 1987; Edelbrock, 1995; Lou Henriksen, Bruhn, Burner & Nielsen, 1989; Ross & Ross, 1982; Streissguth et al., 1984; citados en Anastopoulos, 1999). De acuerdo con Wolraich, et al. (1994, citado en Anastopoulos, 1999; Barkley, 1990; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), existe poco apoyo a los argumentos de Feingold y otros (1975), de que la ingesta de azúcar y varias otras sustancias alimenticias como colorantes y conservantes causen directamente el TDAH, aunque en el caso del plomo se sabe que niveles elevados del mismo en la sangre, pueden provocar daños a nivel cognitivo en todas las personas. También el consumo de alcohol y tabaco y las infecciones y enfermedades con afectación cerebral aumentan el riesgo de padecer hiperactividad, sin embargo, menos del 5% de los niños con este diagnóstico presenta algún tipo de daño en el cerebro que pueda ser detectado por los actuales métodos de exploración (Rutter, 1983; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Existen además otras hipótesis que se refieren a una posible sobreactivación o a una infractivación cortical (Manga, Fournier y Navarredonda, 1995; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), respecto de estas hipótesis, la que se refiere a una infractivación es la que ha tenido mayor aceptación, aunque en realidad solo en una minoría de casos de TDAH se ha encontrado evidencia de patrones EEG y otras medidas electrofisiológicas que sugiere un retraso madurativo y niveles de activación por debajo de la media (Taylor, 1994; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). El uso de fármacos en niños con TDAH y sus efectos beneficiosos parecieran confirmar esta hipótesis, pero también en niños normales surten efectos positivos, por lo que dicha confirmación se vuelve relativa (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Estudios llevados a cabo en torno al funcionamiento cerebral, han centrado parte de la atención de los estudiosos en los lóbulos frontales, estructuras que, están implicadas en la regulación del lenguaje en sus aspectos semántico y sintáctico; se considera

que existe menos irrigación sanguínea en las regiones prefrontales orbitales y núcleo estriado, además de una reducción en la actividad bioeléctrica en estas mismas zonas y en su conexión límbica (Lou et al., 1989; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Estas zonas mantienen relación directa con procesos atencionales, de inhibición conductual y de sensibilidad a los reforzadores, además de ser ricas en dopamina (en condiciones normales, sin TDAH) (Zametkin y Rapoport, 1987; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), Shue y Douglas (1992; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) han encontrado, asimismo, peores niveles de rendimiento en niños con TDAH cuando aplican tests neuropsicológicos relacionados con los lóbulos frontales. Como ya se dijo antes, la hipótesis genética es otra posible causa del TDAH, los resultados de un estudio llevado a cabo por Goodman y Stevenson (1989; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) indican que existe una predisposición genética a padecer el trastorno o al menos parte de su sintomatología.

5.2 Conceptualizaciones Psicológicas

A través de los años, se han propuesto numerosas teorías psicológicas para explicar la manera en que el TDAH afecta el funcionamiento psicosocial. Muchas de estas explicaciones tempranas no contaron con los encuentros etiológicos que ahora conocemos, por lo que se enfocaron casi exclusivamente en los procesos psicológicos que se creía que eran el centro de las dificultades del TDAH. Entre estas estuvieron teorías que implicaban que las deficiencias centrales estaban en la regulación de la conducta en respuesta a demandas situacionales, en instrucción autodirigida, en la autorregulación de la activación a demandas ambientales y en la conducta gobernada por reglas. Cada una de estas perspectivas, aunque diferían en el énfasis teórico, compartían la creencia de que el problema central era un pobre

funcionamiento ejecutivo (Barkley, 1981; Douglas, 1983; Kendal & Braswell, 1985; Routh, 1978; citados en Anastopoulos, 1999).

De acuerdo con Anastopoulos (1999), construyendo sobre lo que sabemos ahora acerca de la biología del TDAH, teorías más recientes han tomado una orientación neuropsicológica. Quay (1989; citado en Anastopoulos, 1999), ha propuesto que el TDAH se deriva de una incapacidad en un sistema de inhibición conductual de base neurológica. En una elaboración extensiva de este mismo tema, Barkley (1995; citado en Anastopoulos, 1999), también ha argumentado que un déficit en la inhibición conductual es central para entender los déficits sociales, conductuales y cognitivos observados dentro de la población con TDAH. Los puntos de vista teóricos de otros investigadores en el campo, aunque menos comprensivos en su alcance, también son consistentes con la noción de que los déficits en la inhibición conductual se encuentran en el centro de muchos problemas del TDAH (Schachar, Tannock y Logan, 1993; Sergeant, 1995; van der Meere, 1993; citados en Anastopoulos, 1999). Como ya se dijo, Virginia Douglas y su equipo del Instituto McGill de Canadá presentaron en 1972 los resultados de sus trabajos que revolucionaron la investigación de la hiperactividad, desplazando a un primer plano a los déficits de atención sobre la sobreactividad misma, de hecho, es entonces cuando surge la distinción entre el déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad. Douglas afirma que no es necesario que los niños con el trastorno presenten problemas de aprendizaje que pueden ser atribuidos a problemas de audición, memoria a corto plazo y otros, además, que tampoco es necesario un estímulo distractor para que el niño no pueda mantener la atención en una determinada tarea, basta con que esta le exija un rendimiento continuo y, finalmente, que en condiciones lúdicas no muestran mayor distractibilidad que otros niños normales. Agrega que con programas de refuerzo continuo e inmediato y la administración de fármacos estimulantes, el rendimiento de estos niños en

tareas de vigilancia (atención sostenida) puede mejorar mucho. Para Douglas, los niños que padecen hiperactividad parten de 4 predisposiciones básicas interrelacionadas:

1. Rechazo o poco interés en la realización de tareas complejas
2. Tendencia a la búsqueda de estimulación o gratificación inmediata, complementada por una falta de impacto de estímulos aversivos que en la mayoría de los niños producen una modificación de conducta
3. Escasa capacidad para inhibir respuestas impulsivas, las cuales son casi siempre equivocadas
4. Poca capacidad para regular la activación o los estados de alerta que requiere la solución de determinadas tareas

Estas predisposiciones pueden ser a causa de factores constitucionales del niño o ambientales, como por ejemplo el ambiente sociofamiliar (un estilo educativo inconsistente o muy directivo, ambiente familiar desordenado, refuerzo a sus conductas impulsivas o la falta de refuerzo en los intentos que hace el niño para tratar de resolver determinados problemas, etc.). Estas deficiencias cognitivas de tipo secundario se pueden agrupar en tres áreas: 1) déficit de desarrollo de esquemas complejos, ya sea en conocimientos y habilidades concretas o en estrategias cognitivas más elaboradas; 2) aquí aparece una escasa capacidad de rendimiento e interés ante tareas mínimamente complicadas que podría entenderse como una falta de motivación intrínseca (aquí el niño se establece una expectativa de fracaso), y una incapacidad para prever las consecuencias de su conducta a mediano y largo plazo; y 3) déficits metacognitivos, es decir, una falta de capacidad para analizar, aplicar y modificar las estrategias de solución de problemas, lo cual deriva en una conducta estratégica rígida y poco adaptativa. Estas deficiencias están interrelacionadas, llevan a los niños a sufrir continuas

experiencias de fracaso y estos, más o menos generalizados en los ambientes escolar y social, afectan las predisposiciones básicas del niño, cerrando una espiral de influencia. Finalmente, estas predisposiciones acaban convirtiéndose en déficits, dentro de los cuales se pueden citar la falta de esfuerzo, organización y mantenimiento de la atención (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001). Estudios recientes señalan que los déficits atencionales pueden englobarse dentro de una disfunción más general del procesamiento de la información (Leung y Connolly, 1994; Snouga-Barke, Houlberg y Hall, 1994; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001).

5.3 Conceptualizaciones Psicosociales

Aunque muy pocas teorías ambientales han sido propuestas para explicar el TDAH, estas no han recibido mucho apoyo de la literatura de investigación. Existe muy poca justificación para afirmar que haya relación causal entre el TDAH y los ambientes familiares caóticos en los que los padres realizan una labor muy pobre. Al encontrarnos con niños con TDAH que vienen de tales circunstancias familiares podemos especular razonablemente que los padres de estos niños pueden ellos mismos ser individuos con historias de niñez y adultez con TDAH. De ser así esto explicaría porque sus casas podrían ser tan caóticas y al mismo tiempo apoyaría la explicación genética para la condición de niños con TDAH. En este mismo escenario, el caos resultante en la casa podría ser visto como un factor exacerbante, en vez de estar causando la condición del TDAH innata, preexistente del niño (Block, 1977; Willis & Lovaas, 1977; citados en Anastopoulos, 1999). De acuerdo con Orjales (1998), la influencia ambiental se ha observado determinante. Los modelos de padres y los patrones educativos pueden condicionar positiva o negativamente el curso de la sintomatología. Barkley (1990), y de manera independiente Haenlein y Caul (1987) (ambos citados por

Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), cuestionan a la atención como síntoma principal de la hiperactividad, y trasladan esta condición a un déficit de respuesta del individuo frente a los estímulos ambientales, es decir reforzadores positivos y estímulos aversivos que afectan el comportamiento de los niños normales, muestran efectos muy débiles en los casos de hiperactividad. Esta hipótesis se basa en el modelo del análisis funcional de la conducta. Desde el punto de vista motivacional, se puede citar a Skinner (1953; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), quien hizo un análisis de la atención, la impulsividad y el autocontrol (desde el punto de vista del control de estímulos); de acuerdo con él, la atención puede definirse como la relación entre un estímulo del ambiente y la conducta del sujeto que lo recibe, la impulsividad es una respuesta rápida e incorrecta frente a las demandas de un estímulo y, la falta de autocontrol es una incapacidad para postergar el recibimiento de reforzadores. Barkley (1990; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) toma esto como punto de partida pero con un enfoque diferente, considera que aunque las conductas hiperactivas pueden ser representadas como fallos en la relación entre los estímulos del ambiente y la conducta del niño, deben considerarse como un problema correlacional y no tratar de establecer en alguno de estos elementos un único factor causal. Un análisis funcional del trastorno debe indicar el tipo de estímulos que resultan más problemáticos para los niños con TDAH, y que tipo de consecuencias se da para que ellos no puedan mantener un nivel adecuado de respuesta y esfuerzo. Barkley retoma el concepto de “conducta gobernada por reglas” de Skinner, para definir un tipo de situación que desencadena de modo sistemático las dificultades del niño hiperactivo. Respecto de las causas por las que ciertas reglas o estímulos ambientales relevantes no desencadenan las respuestas deseadas en algunos niños, Barkley (1990; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) entiende que pueden ser resumidas en seis:

1. La existencia de un problema de percepción sensorial
2. Una discapacidad física o motora que impide que el niño ejecute la respuesta deseada
3. Una historia de condicionamiento inadecuado (el niño no ha sido entrenado correctamente en los conocimientos y habilidades implicados en la respuesta)
4. Un déficit en el efecto de los reforzadores (no presentan la eficacia observada regularmente)
5. Un efecto inusualmente rápido de habituación o saciación de los reforzadores
6. Un déficit en la manera habitual con la que los programas de refuerzo mantienen la conducta a largo tiempo

De acuerdo con Barkley (1990; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001), de entre todas estas causas, la quinta y la sexta son las que tienen más influencia en el caso concreto de los niños hiperactivos, fundamentalmente porque han recibido más apoyo experimental a través de investigaciones neuropsicofisiológicas. Zentall (1985; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) encontró datos acerca de los umbrales de activación por estimulación en niños hiperactivos, descubriendo que son más elevados que los de los niños normales, por lo que, cuando decrece el nivel de estimulación ambiental, las conductas de falta de atención e hiperactividad serían un sistema de compensación. Haenlein y Caul (1987; citados por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) proponen que los umbrales de refuerzo dentro del sistema cortical pueden ser muy altos, de manera que la misma cantidad de reforzadores positivos tiene efectos más débiles en los niños hiperactivos que en los normales. Quay (1988; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) argumenta que la hiperactividad puede deberse a una disminución de los procesos cerebrales de inhibición de las conductas, por lo que el castigo o su amenaza no consiguen regular la conducta de los

niños hiperactivos como lo harían con los niños normales. Finalmente, Barkley (1997; citado por Servera et al. en Caballo & Simón, 2001) afirma que, aún cuando el trastorno tiene un origen neurológico, esto no quiere decir que los factores ambientales no puedan exacerbar o mejorar los síntomas de los niños hiperactivos, y que las diferentes técnicas y medicamentos que conforman los tratamientos multicomponente no tengan, de acuerdo a cada caso un lugar destacado sobre otras. El desarrollo actual de la teoría relaciona el déficit de la conducta gobernada por reglas que padecen los niños hiperactivos con el constructo más amplio del autocontrol, de acuerdo con el análisis funcional de su conducta.

Desde que se inició el estudio del TDAH en 1937, se ha avanzado mucho en su conceptualización. Ahora se sabe que se requiere de dos criterios: el biológico y el psicológico. No es posible atribuirle a uno solo de estos enfoques toda la comprensión del trastorno, porque si bien su etiología es neurofisiológica, sus manifestaciones conductuales y de falta de atención, así como sus repercusiones en la autoestima del individuo y en sus relaciones interpersonales, son de carácter psicológico. Estos dos modelos teóricos se complementan tanto en la detección como en el tratamiento del TDAH junto con el modelo psicosocial, que tiene en cuenta que los factores ambientales, aunque no causan el trastorno, contribuyen a agravar algunos de sus síntomas o a mantenerlos.

6. Autoestima

El interés por el estudio de la autoestima ha aumentado considerablemente, porque se ha reconocido su importancia en el bienestar de los individuos, especialmente para aquellos adolescentes que padecen TDAH, debido a que el impacto de una baja o alta autoestima, determinará su desarrollo socioemocional durante la etapa adulta.

6.1 Definición y Características

La autoestima es la valoración que el individuo hace de sí mismo. Generalmente, las personas se evalúan de acuerdo a los talentos y a los fallos que reconocen en sí mismas. El individuo modula su percepción de acuerdo con la imagen que los demás le reflejan y también de acuerdo a como interpreta esa imagen (Musitu & Cava, 2000), los adolescentes se perciben y evalúan en función de sus relaciones sociales, su bienestar físico y psicológico, su desempeño académico e incluso el funcionamiento de su familia (Vermeiren, R., Bogaerts, j., Ruchkin, V., Deboutte, D. & Schwab-Stone, M., 2004; Robin, 1998). Una buena autoestima se construye basándose en experiencias que han sido satisfactorias y en situaciones en las que se ha experimentado seguridad y un sentimiento de dominio de la realidad (Quiles y Espada, 2004). Sin embargo, las experiencias negativas también pueden dar resultados positivos ya que ayudan al individuo a adaptarse (Treuting y Hinshaw, 2001). El proceso de autoestima se inicia en la infancia y continúa a lo largo de la vida. También se le conoce como confianza en sí mismo. La confianza en sí mismo sirve de apoyo para: asumir responsabilidades, hacer frente a los conflictos, solucionar problemas, reponerse de los fracasos, encarar nuevas experiencias, ocupar un lugar en el ambiente, etc. Cuando el individuo tiene confianza en sí mismo, es más eficiente. Tener confianza en sí mismo, permite al individuo enfrentar retos y

tener éxito en sus proyectos. Cuando se es niño la autoestima es alimentada por los padres. A medida que el niño crece otras personas colaboran en la formación de su autoestima, como hermanos, abuelos, profesores, un entrenador deportivo, etc. (Sauvé, 2002). La autoestima es un concepto de carácter multidimensional, y consta de tres dimensiones: 1) un componente emocional o afectivo, que se refiere a la valoración que hace el individuo de lo que hay en sí mismo de positivo y de negativo, que genera un sentimiento de lo favorable y lo desfavorable, lo agradable y desagradable; 2) un componente mental o cognitivo, que se refiere a la opinión que tiene el individuo acerca de la propia personalidad y conducta; y 3) un componente conductual social que se refiere a la intención y decisión de actuar del individuo, al esfuerzo que éste realiza para conseguir respeto y honor, ante sí mismo y ante los demás (Oñate, 1989; Alcántara, 1990; Villa y Auzmendi, 1992; citados por Musitu & Cava, 2000; Quiles y Espada, 2004; Aguilar, 2002). Lindenfeld (1999a) opina que la autoestima es uno de los cuatro componentes de la autoconfianza interna -que es la que proporciona al individuo la convicción y el sentimiento de estar bien con él mismo-, los otros tres componentes son: autoconocimiento, metas claras y forma de pensar positiva. Las personas con autoestima valoran sus necesidades y las colocan al mismo nivel que las de los demás, satisfacen sus necesidades sin sentirse culpables, son francos en sus peticiones y evitan la manipulación, disfrutan de dar y recibir elogios, se sienten orgullosos de su aspecto, desean tener buena salud y evitan hacer cosas que puedan sabotear sus oportunidades de éxito y felicidad o que acortarán sus vidas; por otro lado, también habla de la autoconfianza externa -que es la que permite al individuo conducirse y presentarse de manera que indique a los demás que está seguro de sí mismo-, para conseguirla, el individuo necesita desarrollar habilidades de comunicación, asertividad, presentación personal y control emocional. Para Branden (1995), la autoestima está formada por factores externos e internos, los factores

internos están creados por el individuo -ideas o creencias, prácticas o conductas- los factores externos son los mensajes verbales o no verbales que el individuo recibe de las personas significativas (padres), las organizaciones y la cultura. Para Bermúdez (2000), la autoestima tiene como principales funciones la de proteger al individuo de las situaciones del medio que le exponen a cuestionarse continuamente, y la de aportarle un poder de motivación que influye sobre su conducta de manera positiva; la autoestima permite que el sufrimiento psicológico producido por los acontecimientos negativos y estresantes como las críticas, el rechazo, las pérdidas o los fracasos, sea menor. El concepto de autoestima incluye necesariamente una valoración y expresa el concepto que el sujeto tiene de sí mismo, según unas cualidades subjetivables y valorativas (Musitu & Cava, Roman y Gracia, 1988; citados por Musitu & Cava, 2000). De esta manera, la autoestima es el producto final de un proceso de autoevaluación y puede definirse como la satisfacción personal del sujeto consigo mismo, la eficacia de su funcionamiento y una conducta de aprobación (Lila, 1995; citada por Musitu & Cava, 2000). La imagen que el niño ha empezado a crearse acerca de sí mismo en su casa, con su familia, continuará desarrollándose en el ambiente escolar, a través de sus interacciones con los profesores, sus iguales y las experiencias de éxito y fracaso académicas (Machargo, 1991; citado por Musitu & Cava, 2000). Estas experiencias de éxito y fracaso son usadas por los niños como uno de los principales índices de autovaloración, por lo que, por ejemplo, si un niño ha tenido constantes experiencias de fracaso escolar, tenderá a valorarse negativamente y su autoestima decrecerá (Gimeno, 1976; Veiga, 1995; citados por Musitu & Cava, 2000). A parte de su desempeño escolar, el niño considera la información que recibe de sus profesores, padres e iguales para complementar su percepción de sí mismo (Lila, 1991; citada por Musitu & Cava, 2000), esta información le hará forjarse una idea respecto de su capacidad, finalmente, como el niño también tiende a valorar su desempeño y capacidad a

través de la comparación con sus compañeros y las posibilidades que le brinde el ámbito del aula para destacar, el contexto será un factor importante para la manera en como se perciba y la forma en que esta imagen propia lo haga sentir (autoestima) (Musitu & Cava, 2000).

Algunos de los factores con que se relaciona la baja autoestima aumentan la posibilidad de que se inicie el problema y otros contribuyen a que se mantenga. Entre los factores que pueden dar origen al trastorno están los relacionados con el propio niño, los relacionados con las pautas educativas de los progenitores y los que se relacionan con el ambiente escolar. Entre los factores que ayudan a mantener el déficit de autoestima están: el reforzamiento positivo tanto intrínseco como extrínseco y el reforzamiento negativo del pensamiento autocrítico (Bermúdez, 2000). En los niños y adolescentes con continuos fracasos académicos, una pobre percepción de sus capacidades y un contexto desfavorable, la baja autoestima se reflejará en un escaso esfuerzo, falta de motivación y unas aspiraciones escolares mínimas; el sujeto tenderá a autoprotegerse demeritando a la escuela y a la educación misma (Musitu & Cava, Roman y Gracia, 1988; citados por Musitu & Cava, 2000). La autoestima también puede venirse abajo por otras razones como sentirse rechazado, experimentar fracasos repetidos y otras. Cuando esto ocurre, sin que se pueda evitar, se entra en un círculo vicioso difícil de romper. Por un lado falta la confianza para desarrollar comportamientos positivos y por otro, la pasividad impide al individuo recuperar la confianza (Lindenfield, 1999b). Otro factor que también se ha relacionado con la autoestima y las conductas saludables y presenta diferencias de género, es el estatus socioeconómico de los padres, sus efectos se presentan sobretudo en las mujeres, entre ellos se encuentran la obesidad y el fumar, y persisten hasta los 30 años (Huurre, T., Aro, H. & Rahkonen, O., 2002).

Algunas conductas que se relacionan con el déficit de autoestima son: ansiedad, depresión, inseguridad, soledad, dependencia, inestabilidad emocional, insomnio, pérdida del apetito, pasividad, hipersensibilidad a la crítica, destructividad y competitividad, además es un factor de riesgo para el abuso de drogas y alcohol; por otro lado, una autoestima positiva se considera asociada a un buen ajuste psicológico, estabilidad emocional, actividad, cooperativismo, seguridad, sentido del humor, pensamiento flexible, red social extendida y buenas defensas inmunológicas (Bermúdez, 2000). Respecto de las conductas antisociales, Vermeiren et al. (2004) dicen que aunque se ha hablado acerca del funcionamiento familiar, académico y social de los delincuentes adolescentes, en realidad los estudios acerca de las percepciones físicas y psicológicas de los jóvenes antisociales son muy escasas, y citando a Cole, Chan & Lytton (1989), afirman que en general no se han encontrado diferencias entre ellos y los no delincuentes salvo en que los delincuentes presentan menor autoestima. Pese a lo anterior, la baja autoestima tiene solo una modesta validez como predictor de comportamientos antisociales futuros (Heaven, 1996; citado por Vermeiren et al., 2004), Baumeister (1996; citado por Vermeiren et al., 2004) dice que la baja autoestima se relaciona con agresión en los casos en que el miedo a represalias es mínimo; finalmente, se ha establecido que la agresión sí va mano a mano con una sobrevaloración de sí mismo llamada egotismo (Baumeister et al., 1996; Buschman & Baumeister, 1998; citados por Vermeiren et al., 2004).

Durante el proceso en el cual el niño empieza a forjarse la idea de su propia identidad, los profesores y los compañeros de aula son personas muy significativas, ya que, como se dijo, el niño obtiene de ellos la información para valorar sus capacidades y su ejecución, son como los espejos en los que el niño ve reflejada una imagen de sí mismo (Musitu & Cava, 2000). Gran parte de las relaciones interpersonales que el niño establece en la escuela son

entre sus iguales, quienes son considerados así, no lo son por su edad sino por el grado madurativo y los niveles de complejidad conductual que presentan, y que son similares en el niño (Hartup, 1985; citado por Musitu & Cava, 2000). Esta interacción entre iguales evoluciona con la edad y presenta características funcionales diferentes en cada etapa del desarrollo del sujeto. Con el paso del tiempo, las interacciones del niño con sus pares dejan de ser de índole casi exclusivamente didáctica para pasar a ser más de tipo grupal, condición que requiere de una mayor competitividad comunicativa, dado que los otros dejan de ser percibidos por el niño como entidades físicas para pasar a ser entidades psicológicas, diferentes en ideas y puntos de vista de él, lo cual posibilita el uso de estrategias de comunicación e interacción más refinadas y eficientes (Musitu & Cava, 2000). Las relaciones con sus iguales durante la infancia influyen decisivamente en el desarrollo del niño y en su adaptación al medio social en que se desenvuelve (De la Morena, 1995; citada por Musitu & Cava, 2000), esta influencia es especialmente significativa en los siguientes aspectos: 1) el aprendizaje de actitudes, valores e informaciones acerca del mundo que lo rodea, 2) la adquisición y desarrollo de la habilidad para ponerse en el lugar del otro, 3) la formación de su identidad, 4) la adquisición de habilidades sociales, 5) el control de los impulsos agresivos, 6) la continuación del proceso de socialización del rol sexual (iniciado en las interacciones entre él y sus padres), 7) el uso de drogas, el abuso del alcohol y la conducta sexual, 8) su aspiración académica y sus logros escolares, y 9) la posibilidad de disponer de fuentes de apoyo en situaciones de estrés (los iguales se convierten en los habituales confidentes) (Díaz-Aguado, 1986; Reboloso, 1987; Aragonés, 1989; Erwin, 1998; citados por Musitu & Cava, 2000). En la adolescencia tiene lugar un proceso de maduración global de la personalidad, con importantes consecuencias para el resto de etapas de la vida, ya que supone el proceso de llegar a la autonomía responsable y lograr la madurez psicológica y

social. Se considera una etapa crítica. El resultado de este proceso es una nueva reorganización crítica en la manera de apreciarse, lo que supone una modificación en su autoestima. En la adolescencia se revisa y actualiza la imagen de sí mismo como consecuencia de los distintos cambios que experimenta el joven. La necesidad de una alta autoestima aumenta por los cambios bruscos a nivel físico, así como por las dudas, indecisiones, complejos e inseguridad inherentes al desarrollo (Quiles y Espada, 2004). De acuerdo con Clark, Clemen y Bean (2000), el adolescente necesita hacerse con una firme identidad, o, lo que es lo mismo, saberse un individuo distinto de los demás, conocer sus posibilidades y su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia el futuro.

Los niños y adolescentes que presentan un déficit en la autoestima, manifiestan ciertas características con mayor frecuencia que sus pares, con respecto a sí mismos: son extremadamente críticos consigo mismos, son muy perfeccionistas, manifiestan un temor excesivo a cometer errores, son muy sensibles a la crítica, necesitan la aprobación continua de los demás; con respecto a los demás: son muy exigentes y críticos con los demás, no son buenos compañeros de juego, tienen mayor dificultad para hacer amigos; con respecto a la interpretación de la realidad: se enfocan en lo negativo, descalifican las experiencias positivas, se ven como únicos culpables de los sucesos externos desagradables, tienen un pensamiento de todo o nada, sacan conclusiones absolutas a partir de un simple suceso negativo, interpretan como negativos los sucesos sin tener datos reales que así los califiquen, hacen uso frecuente de “debería...” “tendría...”, ponen etiquetas, magnifican sus errores y minimizan sus éxitos, asumen que sus sentimientos indican si la situación que viven es buena o mala (Bermúdez, 2000). Clark, Clemen y Bean (2000) consideran que un adolescente con baja autoestima no confiará en su talento, no se sentirá valorado por los demás, se sentirá impotente ante retos y dificultades, se dejará influir fácilmente, mostrará pobreza de

sentimientos y emociones, evitará las situaciones que le provoquen ansiedad, atribuirá a otros la causa de sus dificultades, se frustrará fácilmente y se pondrá a la defensiva; de la misma manera, Gratch (2001) dice que los adolescentes que además continúan experimentando los crónicos trastornos de conducta y de aprendizaje, y arrastran también el crónico daño en la autoestima y el mal concepto de las autoridades de la escuela, se ven así mismos poco inteligentes e incapaces de afrontar y sostener un proyecto a largo plazo con alguna posibilidad de éxito. Clark, Cledes y Bean (2000) opinan que la autoestima puede desarrollarse convenientemente en los adolescentes cuando experimentan cuatro condiciones: vinculación, producto de la satisfacción que recibe el adolescente al establecer vínculos que él y los demás reconocen como importantes; singularidad, producto del autoconocimiento y de la autoaceptación; poder, producto de la capacidad que el adolescente experimenta para dirigir su vida; pautas o modelos, que son los referentes que el adolescente ocupa para establecer sus propios valores y para plantear sus metas. Branden (1995), en cuanto a las fuentes interiores de la autoestima, opina que lo que determina el nivel de autoestima es lo que la persona hace, por lo que propone seis prácticas para mantener la autoestima: la práctica de vivir conscientemente, la práctica de aceptarse a sí mismo, la práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo, la práctica de la autoafirmación, la práctica de vivir con propósito y la práctica de la integridad personal. Para tratar el déficit de autoestima Bermúdez (2000) recomienda ayudar al niño y al adolescente a desarrollar habilidades y a utilizar estrategias (como enseñarle a pensar en forma racional) para afrontar los diferentes conflictos con que puede enfrentarse en su vida diaria, esto facilitará la capacidad de enfrentarse a estas situaciones con mayor probabilidad de tener éxito o, por lo menos, evitará el sufrimiento psicológico que se produce cuando se percibe la realidad de forma distorsionada a través de pensamientos irracionales. Esto le ayudará a incrementar la

seguridad en sí mismo y a que se perciba cada vez más competente, lo que influirá positivamente en su autoestima. Determinadas actitudes y comportamientos de los padres hacia sus hijos previenen el déficit de autoestima. La evaluación que los padres hacen de la conducta del hijo, ya sea de forma explícita o implícita, será un refuerzo positivo o negativo para la imagen del hijo (Bermúdez, 2000). Un estudio llevado a cabo por Coopersmith (1967, citado en Bermúdez, 2000) mostró que el desarrollo de una autoestima positiva en el ambiente familiar está asociado a un ambiente familiar en donde se dé prioridad a la calidad e intensidad del afecto más que a la cantidad, y a una conducta de los padres basada en la democracia y el respeto, que haga posible el desarrollo responsable de una independencia que promueva la búsqueda continua de alternativas personales. De acuerdo con su modelo de “la casa de la autoestima”, Aguilar (2002) propone que se deben desarrollar determinadas habilidades tanto en los padres como en los hijos que son: el manejo de la autocrítica, el manejo de las fallas y limitaciones, el manejo del éxito, la autoconfianza, el entendimiento, el sentido del valor, la aceptación incondicional, la empatía, el perdón, el autorespeto, el optimismo, la seguridad en sí mismo, el sentirse bien consigo mismo; así como entender sus derechos y necesidades; tener pensamientos racionales, desarrollar sus propias habilidades, concientizarse de sus capacidades y, finalmente, tener una visión humana de sí mismo y de los demás. Para llevar a cabo una evaluación del déficit de autoestima adecuada, en el sentido de que no solo nos ayude a hacer un diagnóstico sino que también nos permita planificar la intervención, hay que tomar en cuenta tanto a las conductas observables como las no observables (los pensamientos negativos) que aparecen ante una situación determinada.

6.2 Evaluación y Estrategias para Fomentar la Autoestima

Existen diferentes técnicas que pueden auxiliar a la hora de evaluar si una persona tiene o no un déficit en la autoestima tales como: técnicas de autoinformes (cuestionarios) estructurados o no estructurados (Bermúdez, 2000); técnicas de observación, que pueden ser auto-observación u observación por parte de terceras personas (Clark, Clemen y Bean, 2000); entrevista, que puede ser con el niño o adolescente o con terceras personas (Bermúdez, 2000). Ejemplos de cuestionarios para evaluar la autoestima son: SEI Inventario de autoestima (Coopersmith, 1967) de 10 a 16 años; SES Escala de autoestima (Rosemberg, 1965) para adolescentes y adultos (citados en Bermúdez, 2000); Escala de Autoestima para Adolescentes (Quiles y Espada, 2004).

Para tratar el déficit de autoestima, Bermúdez (2000) sugiere estrategias que favorecen las conductas de autocontrol (enseñar al niño a marcarse metas u objetivos, práctica en auto-observación, práctica en autoevaluación, práctica en autoreforzamiento o autocastigo); estrategias que facilitan el aprendizaje de las habilidades para solucionar problemas (orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica de la solución y verificación); estrategias que facilitan el aprendizaje de habilidades sociales (enseñar al niño a hacer amigos, proveer oportunidades de interacción con otros niños, fomentar la relación con varios grupos de amigos, fomentar actividades familiares, no exigir determinadas respuestas en situaciones sociales, no poner etiquetas).

Una técnica muy utilizada para favorecer la autoestima es el entrenamiento asertivo, que consiste en enseñar al individuo a responder de manera asertiva en vez de emitir respuestas pasivas o agresivas. De acuerdo con Aguilar (1987), la asertividad es la capacidad de transmitir y recibir mensajes acerca de los sentimientos, las creencias o las opiniones de uno

mismo y de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y además tiene como meta principal lograr una comunicación satisfactoria, hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario. Este tipo de entrenamiento enseña al sujeto a expresar sus deseos y opiniones y a defender sus derechos respetando los de los demás.

El entrenamiento asertivo puede ocupar diferentes técnicas como son las de reestructuración cognoscitiva, las técnicas de reducción de la ansiedad y el entrenamiento en habilidades sociales. Las técnicas de reestructuración cognoscitiva consisten en: concientizarse de la importancia que tienen las propias creencias, hacer concientes los pensamientos que va teniendo la persona a lo largo de un tiempo establecido cada vez que se siente mal, analizar estos pensamientos para detectar a que idea irracional corresponden, elegir pensamientos alternativos a los irracionales, llevar a la práctica los argumentos racionales elegidos. El segundo tipo de técnicas se centra en la reducción de la ansiedad: la relajación. Por medio de esta técnica se aprende a identificar los músculos que están más tensos y a distinguir entre sensación de tensión y relajación profunda. Esta técnica aunque parece sencilla, requiere de mucha práctica. La respiración es una técnica que está estrechamente ligada a la relajación, existen muchos tipos de ejercicios respiratorios, desde ejercicios que ayudan a concentrarse y sentir cómo el aire entra y sale de los pulmones, hasta ejercicios más complejos en donde se va respirando alternando una fosa nasal con la otra. Las técnicas de reconstrucción cognoscitiva y de reducción de la ansiedad se implementan juntas, requieren práctica diaria, entrenamiento y supervisión especializada (Flores y Díaz-Loving, 2002). El entrenamiento en habilidades sociales está enfocado exclusivamente a desarrollar las deficiencias verbales en la comunicación durante las relaciones interpersonales. Estas técnicas permiten desarrollar la asertividad en los individuos, manejando asertivamente la crítica y la manipulación (Smith, 1983; Castanyer, 1997; citados

en Flores & Díaz- Loving, 2002). De acuerdo con Smith (2001), las técnicas verbales son las siguientes: Para sostenerse en el punto de vista personal, El disco rayado: Técnica que mediante la repetición serena, una y otra vez, de las palabras que expresan los deseos del sujeto, enseña la virtud de la persistencia, sin tener que ensayar argumentos o sentimientos de ira de antemano, con el objeto de “calentarse” con miras al enfrentamiento con los demás. Efectos clínicos: Esta técnica permite sentirse a sus anchas e ignorar las trampas verbales y manipulativas, los cebos dialécticos, la lógica irrelevante, sin apartarse del punto de vista en el que se desea insistir. Para aquellos casos cuando lo critiquen, Banco de niebla (cuando la crítica es con razón): Técnica que enseña a aceptar las críticas manipulativas reconociendo serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que por ello abdicemos a nuestro derecho a ser nuestros únicos jueces. Efectos clínicos: Esta técnica permite recibir las críticas sin sentirse violentos ni adoptar actitudes ansiosas o defensivas, y sin ceder un ápice frente a los que emplean críticas manipulativas. Aserción negativa: (cuándo la crítica es por un error que usted cometió de buena fe). Técnica que enseña al sujeto a aceptar sus errores y faltas (sin tener que excusarse por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, hostiles o constructivas, que se formulan a propósito de sus cualidades negativas. Efectos clínicos: Permite al sujeto sentirse a sus anchas aún reconociendo los aspectos negativos de su comportamiento o de su personalidad, sin tener que adoptar actitudes defensivas o ansiosas, ni verse obligado a negar un error real, consiguiendo al mismo tiempo reducir la ira o la hostilidad de sus críticos. Interrogación negativa: (cuando usan la crítica para ocultarle algo o manipularlo). Técnica que enseña al sujeto a suscitar las críticas sinceras por parte de los demás, con el fin de sacar provecho de la información (si son útiles) o de agotarlas (si son manipulativas), inclinando al mismo tiempo a los críticos a mostrarse más asertivos y a no hacer un uso tan intensivo de

los trucos manipulativos. Efectos clínicos: Permite provocar con serenidad las críticas contra el sujeto mismo en el seno de las relaciones íntimas, induciendo al mismo tiempo a la otra persona a expresar honradamente sus sentimientos negativos y consiguiendo así mejorar la comunicación. Compromiso viable: (cuando se pretende llegar a un acuerdo). Cuando se emplean las técnicas asertivas verbales, es muy práctico, siempre que se comprenda que no está en juego el respeto que se debe el sujeto a sí mismo, ofrecer a la otra parte un compromiso viable. Siempre se puede regatear, cuando se trata de los propios objetivos materiales, a menos que el compromiso afecte a sentimientos personales de dignidad. Sin embargo, cuando el objetivo final entraña algo que afecta a la propia dignidad, no caben compromisos de ninguna clase. Para lograr una conversación honesta, Libre información: Técnica que nos enseña a identificar los simples indicios que nos da otra persona en el curso de la vida cotidiana y que permiten reconocer qué es lo interesante o importante para esa persona. Efectos clínicos: Esta técnica nos permite vencer nuestra timidez y entrar en conversación social con los demás, y, al mismo tiempo, induce a éstos a hablarnos con mayor libertad de sí mismos. Autorevelación: Técnica que enseña a aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos de la propia personalidad, el comportamiento, estilo de vida e inteligencia, con objeto de fomentar y favorecer la comunicación social y reducir la manipulación. Efectos clínicos: Permite revelar aspectos del propio sujeto que anteriormente le provocaban sentimientos de ignorancia, ansiedad o culpabilidad.

A diferencia de Aguilar (1987), Flores y Díaz-Loving (2002), proponen no solamente una definición de asertividad, sino que proponen una serie de técnicas para lograr reducir la ansiedad y para redefinir las situaciones que nos provocan conflictos, es decir, una técnica de reconstrucción cognoscitiva, lo que los hace pasar de un plano meramente teórico a uno pragmático. Por otra parte, las técnicas de desarrollo de habilidades sociales propuestas por

Flores y Díaz-Loving (2002) están acotadas claramente para mejorar las habilidades verbales en la comunicación interpersonal. Smith (2001; citado por Flores y Díaz-Loving, 2002), por su parte, desarrolla técnicas específicas para el desarrollo de la asertividad que, de acuerdo con Flores y Díaz-Loving (2002), constituye un conjunto de estrategias destinadas a enfrentar eficazmente la crítica y la manipulación: Smith (2001; citado por Flores y Díaz-Loving, 2002) expone técnicas como “el disco rayado” que permite que el individuo mantenga su punto de vista frente a determinadas situaciones en que otros pretendan manipularlo, puede decirse que mientras Aguilar (1987) define la asertividad, Flores y Díaz-Loving (2002) proponen que deben establecerse estrategias para conseguir desarrollarla en el individuo, y, finalmente, Smith (2001; citado por Flores y Díaz-Loving, 2002) propone técnicas concretas.

En el ambiente escolar, Musitu & Cava (2000) y Rose (1999) recomiendan las siguientes estrategias basadas en un estilo de enseñanza individualizada: aceptar a los niños por lo que son, tratarlos como individuos, usar sus nombres frecuentemente, respetarlos junto con sus particularidades culturales y su familia, reconocer que hay muchas formas de talento a parte de un CI alto, ser observador del niño (él dice cosas a través de su conducta), reconocer su capacidad y favorecer un entorno en donde pueda tener éxito, animarlos a ser independientes aceptando responsabilidades y llevando al final todas sus tareas, fijar reglas claras y expectativas de conducta, ser justo y coherente, seguir una agenda y unas rutinas (así los niños sabrán que esperar), darles oportunidad para desahogar su energía y emociones (juegos al aire libre o ejercicios), explicarles que puede ser positivo cometer errores ya que se puede aprender de ellos, no usar etiquetas, valorar su creatividad y originalidad, animarlos a resolver problemas, estar disponible para ellos cuando lo necesiten, enseñarlos a ser optimistas y mantener el sentido del humor, celebrar sus logros, ayudarlos a fijarse metas y experimentar más tarde la recompensa. Además de esto, el ambiente debe ser configurado a

manera de fomentar en ellos su desarrollo cognitivo y social, proporcionándoles posibilidades de independencia, rincones para explorar según sus intereses, proporcionarles una agenda de actividades grupales y los materiales, aprovechando los diferentes estilos de aprendizaje, dejar la puerta abierta para dar la bienvenida a los familiares, impulsar un sentido de comunidad y ayudarles a sentirse aceptados (Musitu & Cava, 2000).

6.3 Autoestima y TDAH

De acuerdo con el *DSM- IV* son muchos los trastornos de la infancia y adolescencia que aparecen asociados con un déficit de autoestima, ya sea como causa o como consecuencia: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es uno de los que se encuentran vinculados a un déficit en la autoestima (Bermúdez, 2000). Los niños con TDAH tienen una autoestima más baja que sus pares sin TDAH, y dentro de su mismo grupo, aquellos con TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo tienen más baja autoestima que aquellos con TDAH predominantemente inatento, además, si existe comorbilidad con agresión, la autoestima es aún menor, la distribución de los síntomas depresivos en estos grupos se da de la misma manera, e impacta negativamente a la autoestima (Treuting y Hinshaw, 2001; Kyuman et al., 2001). Un estudio llevado a cabo por Krueger, M. & Kendall, J. (2001) concluye con que los niños con TDAH tienden a definirse a sí mismos en términos de los síntomas de su trastorno. Los niños cuyas características principales son problemas de atención, hiperactividad e impulsividad, se valoran a sí mismos más negativamente, con más problemas, más impopulares y menos felices que otros niños de su edad. Esta disminución de autoestima es más marcada al final de la infancia y en la adolescencia (Bermúdez, 2000). Los niños hiperactivos muestran un desarrollo emocional más inmaduro que sus pares: con mayor facilidad se sienten desmoralizados, su estado de ánimo cambia con frecuencia, tienen baja

tolerancia a la frustración, les cuesta admitir sus errores y con frecuencia culpan a otros, se les dificulta ponerse en el lugar del otro y tomar en cuenta sus sentimientos y deseos, con frecuencia son tercos y malhumorados proyectando una autoestima muy baja o falsamente inflada (Orjales, 1998), esta última se caracteriza por la presencia de un patrón conductual muy parecido al que presentan aquellos individuos que tienen alta autoestima, pero también existen conductas muy agresivas, arrogantes y fanfarronas y alguno de los problemas asociados con el déficit de autoestima (Bermúdez, 2000).

Los adolescentes tienden a preocuparse mucho por la imagen que reflejan sobre sí mismos, en los que padecen TDAH, la imagen de sí mismos se ha visto lastimada durante años, por lo que no es de extrañar que la confianza en sí mismos este deteriorada (Gratch, 2001).

La autoestima se construye básicamente en el terreno de las relaciones interpersonales: después de la familia, es el ambiente escolar en el que el niño continúa desarrollando su concepto de identidad propia, a través de las informaciones que recibe de este medio, lo que le dicen los profesores y compañeros, la manera en que percibe su desempeño en comparación con el de los demás, y el lugar que ocupa en el estatus del grupo de sus iguales. El estatus en el grupo de iguales es el grado en el que el niño es aceptado o rechazado por ellos, y es un predictor importante de su desarrollo cognitivo y socioemocional (Musitu & Cava, 2000). De acuerdo con Coie, Dodge y Kupersmidt (1990), Maag Vasa, Reid y Torrey (1995) (citados por Musitu & Cava, 2000) existen los siguientes tipos sociométricos (partiendo del estatus social en el grupo de iguales): niños populares, aquellos con altas puntuaciones positivas en materia de aprecio, valoración y preferencia de sus iguales; niños rechazados, tienen altas puntuaciones negativas y son percibidos por sus pares como agresivos, hiperactivos, peleoneros, que no acatan las normas sociales, desorganizan el grupo

y entran frecuentemente en conflicto con los maestros, en este grupo se sitúa entre el 10% y el 15% de los niños; niños ignorados, sociométricamente se caracterizan por puntuaciones bajas tanto en preferencias negativas como positivas, reciben poco interés y atención por parte de sus pares y se caracterizan por ser tímidos; niños controvertidos, reciben puntuaciones extremas, tanto positivas como negativas, es el grupo más reducido con aproximadamente el 5% de los niños, son niños que se implican activamente en interacciones positivas y negativas, son activos, con destreza intelectual, pero que violan las normas y pueden actuar agresivamente, esto último por lo general fuera del círculo de sus amigos, con quienes son altamente agradables. La estabilidad de estas características esta asociada a los comportamientos de cooperación y ayuda, que hacen populares a los sujetos. En la adolescencia, las conductas prosociales mantienen su relevancia a la vez que desplazan el interés del joven por la competencia física y social, aquellos adolescentes que en su niñez pertenecieron al tipo sociométrico de los rechazados, son más inestables y considerados en riesgo de tener futuros problemas de ajuste psicosocial (Parker y Asher, 1987; Díaz-Aguado, 1994; citados por Musitu & Cava, 2000).

Aparte de lo anterior, se han señalado posibles diferencias en habilidades cognitivas entre los niños rechazados y aquellos que no lo son, los rechazados parecen más deficientes y son percibidos como incapaces de aceptar bromas, puesto que interpretan la información recibida más negativamente; parecen procesar de forma diferente la información resolver situaciones de forma poco eficaz y hacer evaluaciones inapropiadas y sin tener en cuenta las consecuencias de las decisiones que toman (Musitu & Cava, 2000). La teoría de la atribución esta basada en los contenidos que los individuos buscan para tratar de entender las causas de los eventos y están relacionadas con afectos, motivación, cognición, y expectativas futuras (Weiner, 1986; citado por Treuting y Hinshaw, 2001). Abramson, Seligman y Teasdale

(1978; citados por Treuting y Hinshaw, 2001) se enfocaron a estudiar la sensación de desamparo que aprenden los sujetos, ellos afirmaron que esta se da en situaciones en las que el sujeto percibe una situación adversa como fuera de su control, además afirmaron que esta sensación determina la duración, severidad y consecuencias de cualquier evento desagradable. Estas atribuciones causales de los eventos agradables y desagradables influyen en la manera en que el individuo reacciona frente a situaciones similares a aquellas en las que las forjó (Dweck & Leggett, 1988; citados por Treuting y Hinshaw, 2001). Los mecanismos para construir esas atribuciones son una respuesta adaptativa de los sujetos y los llevan a enfrentarse de diferentes maneras a los eventos desagradables y agradables que se les presentan, algunas veces con más esfuerzo y otras con apatía e inseguridad (Treuting y Hinshaw, 2001). Los sujetos con TDAH están en riesgo de desarrollar patrones atribucionales maladaptativos (atribuciones depresogénicas), ya que parecen atribuirse a sí mismos sus fracasos (Dweck & Leggett, 1988; citados por Treuting y Hinshaw, 2001). Quienes atribuyen las fallas a causas externas o fuera de su control se enfrentan a esas situaciones de nuevo, con más esfuerzo y mejores expectativas (Milich, 1994; Milich & Okazaki, 1991; citados por Treuting y Hinshaw, 2001). Estos mecanismos atribucionales impactan en la autoestima del individuo al llevarlo a disminuir su motivación y esfuerzo al enfrentar retos, o a concebirse dependiente de la medicación para poder conseguir llevar a cabo tareas exitosamente (Pelham y cols., 1992; citados por Treuting y Hinshaw, 2001), sin embargo, como puede desprenderse del estudio de Treuting y Hinshaw (2001), es posible modificarlos y así conseguir mejores actitudes hacia las situaciones desagradables y elevar la autoestima de los sujetos para que las enfrenten con mayor motivación y esfuerzo. Los padres pueden ayudar a que un niño tenga una percepción de sí mismo equilibrada, es decir, adaptada a su realidad, y una autoestima positiva. Una de las tareas más difíciles que deben

abordar los adultos que conviven con un niño hiperactivo es la de destacar los aspectos en los que va mejorando y ayudarlo a aceptar sus errores. En la mayoría de los casos o bien destacamos demasiado sus comportamientos negativos (mucho más frecuentes que en otros niños), o bien tratamos de encubrirlos (Orjales 1998). Es importante enseñarles a autoevaluar su conducta correctamente ya que, a la mayoría de los niños hiperactivos le cuesta reconocer sus errores y analizan muy subjetivamente sus actuaciones y las actuaciones de los demás (Orjales, 1998). De igual manera, al enfrentar un problema el niño tiende a identificar la fuente del mismo de forma equivocada, por lo que es importante ayudarlo a recordar lo que ocurrió, interpretar su conducta y la de los demás, reflexionar acerca de las alternativas que había para resolverlo y finalmente redefinirle el problema en su verdadera magnitud y significación (Gratch, 2001).

Para un adolescente con TDAH, los retos que le ofrece la adolescencia se suman a las dificultades de su trastorno, que muy probablemente ha venido deteriorando su autoestima desde que era niño, repetidos fracasos o sobreesfuerzos, conflictos con sus compañeros y profesores, patrones crónicos de logros y desempeño pobres y las molestias que sienten que ocasionan a las demás personas en su entorno, el rechazo o la sobreprotección que experimentan, la descalificación que reciben. Será sumamente importante ayudar al adolescente con TDAH a fortalecer su autoestima para un mejor pronóstico, una autoestima adecuada, construida sobre una base ética y en el terreno de las relaciones interpersonales, les proporciona una sensación de identidad propia, seguridad, competencia y les ayuda a encontrar expectativas plausibles (Sauvé, 2002; Joselevich, 2003). Para un adolescente con TDAH es fundamental afirmar estos aspectos, ya que le ayudarán a adquirir valores y actitudes positivas con la familia y demás personas en su entorno, asimismo favorecerán sus

relaciones en la escuela y posteriormente en otros estudios y el trabajo, con los amigos y sus relaciones íntimas (Joselevich, 2003).

6.4 Modelo Esquemático del Déficit de Autoestima y Dinámica de la Intervención

Para representar esquemáticamente el déficit de autoestima en los adolescentes con TDAH se desarrolló un modelo de tipo *causal* complejo multivariado con variables intervinientes que se muestra en la figura 1 (El término *causal* es utilizado como “influye en”. Hernández et al., 2003).

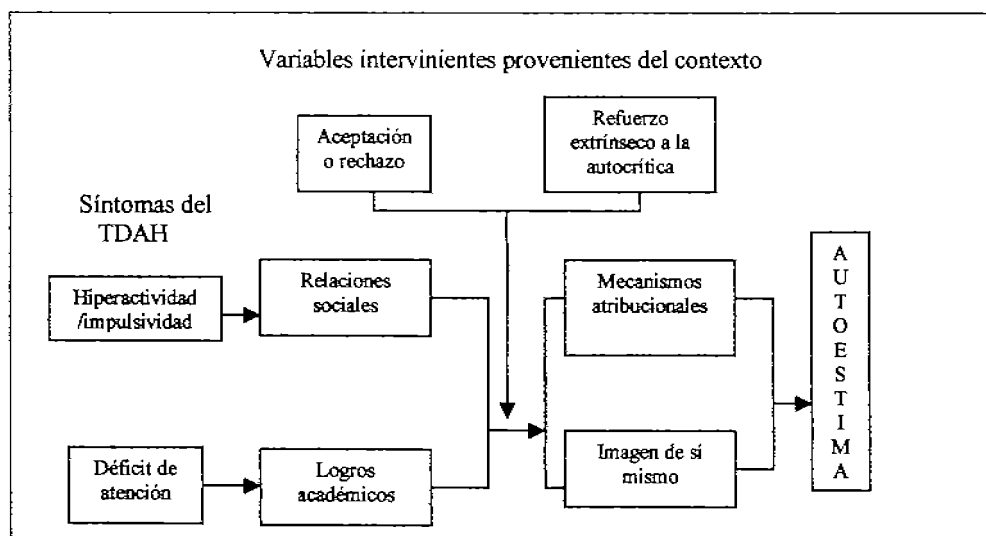


Figura 1. Modelo esquemático del proceso de formación de la autoestima.

El mejoramiento de la autoestima en los adolescentes con TDAH aquí propuesto se logra a través del siguiente ciclo de intervención:

1. Se interviene directamente en el proceso de construcción de atribuciones causales del adolescente y de la imagen de sí mismo.
2. El entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y técnicas de control de la ansiedad, influyen indirectamente en las variables intervinientes provenientes del contexto disminuyendo el rechazo y aumentando la aceptación.
3. Sobre la base de los logros sociales obtenidos, el adolescente se hace una auto-crítica más positiva que será reforzada por el mismo contexto, lo que coadyuva a la construcción de atribuciones causales más positivas para él.
4. El resultado de este proceso es un adolescente con una autoestima más alta, además, el refuerzo contextual de sus interacciones sociales positivas constituye la retroalimentación del ciclo de intervención del taller, que lo estimula a mantener el empleo de las habilidades aprendidas y a tratar de aumentar sus logros en otras áreas como la académica (v. 4.3.3 Intervención psicopedagógica).

Actualmente, el TDAH está considerado como un trastorno del desarrollo con una etiología biológica, se presenta con una fuerte tendencia hereditaria y fuertes consecuencias negativas en el terreno del aprendizaje y la conducta del individuo, el efecto secundario de esto es un fuerte daño en la autoestima, cuyo grado de afectación depende de la historia personal y familiar del individuo y del tipo de crianza que haya tenido. Es importante entender que ningún sujeto es responsable por los trastornos que el TDAH produce, pero sí lo es de ocuparse por intentar resolverlos por los medios de que ahora disponen los profesionales médicos, psicólogos y pedagogos, ya que sus efectos secundarios en la autoestima, conducta y vida en general del sujeto son numerosos.

7. Método

7.1 Preguntas de Investigación

¿Cómo se relacionan el TDAH y el déficit de autoestima en los adolescentes?

¿Qué factores afectan negativamente la autoestima de los adolescentes con TDAH?

¿Cómo se correlacionan esos factores en el proceso de disminución de la autoestima en los adolescentes con TDAH?

¿De qué manera se puede influir en el proceso para contrarrestar o minimizar el efecto negativo de dichos factores en la autoestima de los adolescentes con TDAH?

¿Pueden manipularse directamente estas variables en el proceso?

¿Qué estrategias concretas deben adoptarse para incrementar la autoestima de los adolescentes con TDAH?

7.2 Objetivo General

Diseñar un taller de intervención psicoeducativa que ayude a mejorar la autoestima en los adolescentes con TDAH.

7.3 Objetivos Específicos

- Discernir los factores que intervienen en el proceso de formación de la autoestima en los adolescentes.
- Identificar los factores que afectan negativamente la autoestima en los adolescentes con TDAH.

- Construir un modelo que represente la correlación entre las variables que intervienen en el proceso de disminución de la autoestima en los adolescentes con TDAH.
- Analizar la posible forma de intervención (directa o a través del contexto) para cada variable del proceso.
- Diseñar un conjunto de estrategias para mejorar la autoestima de los sujetos por cada variable que la afecta negativamente en el proceso, para posteriormente integrarlas en un taller de intervención general.

7.4 Procedimiento

7.4.1 Diseño del Taller de Intervención Psicoeducativa

- Entre los factores que intervienen en el proceso de formación de la autoestima están los relacionados con el propio niño, los relacionados con las pautas educativas de los progenitores y los que se relacionan con el ambiente escolar, así como el reforzamiento, tanto intrínseco como extrínseco, del pensamiento autocrítico (Bermúdez, 2000); además, en los adolescentes con TDAH la autoestima depende en gran medida de los logros académicos, sociales, artísticos o deportivos, ámbitos en los que suelen fracasar, por lo que experimentan sentimientos de desamparo y síntomas depresivos (González Barrón, 2000; Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

Las áreas principales en que estos factores afectan la autoestima del adolescente son:

- *Valoración de sí mismo.* En la adolescencia tiene lugar un proceso de maduración global de la personalidad, se revisa y actualiza la imagen de sí mismo como consecuencia de los distintos cambios que experimenta el joven, el resultado de este proceso es una

reorganización crítica en la manera de apreciarse, lo que supone una modificación en su autoestima (Quiles y Espada, 2004): el adolescente necesita hacerse con una firme identidad, saberse un individuo distinto de los demás, conocer sus posibilidades y su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia el futuro (Clark, Clemen y Bean, 2000). Los adolescentes que experimentan trastornos de conducta y de aprendizaje arrastran el crónico daño en la autoestima, se ven a sí mismos poco inteligentes e incapaces de afrontar y sostener un proyecto a largo plazo con alguna posibilidad de éxito Gratch (2001).

- *Relaciones sociales.* Los adolescentes consideran la información que reciben de sus profesores, padres e iguales para complementar su percepción de sí mismos (Lila, 1991; citada por Musitu & Cava, 2000), por ejemplo: la evaluación que los padres hacen de la conducta del hijo, ya sea de forma explícita o implícita, será un refuerzo positivo o negativo para la imagen del hijo (Bermúdez, 2000). Para los adolescentes con TDAH, los conflictos con sus compañeros y profesores, las molestias que sienten que ocasionan a las demás personas en su entorno, el rechazo que experimentan y la descalificación que reciben afectan negativamente la autoestima. Una autoestima adecuada les proporciona una sensación de identidad propia, seguridad, competencia y les ayuda a encontrar expectativas plausibles (Sauvé, 2002; Joselevich, 2003), afirmar estos aspectos le ayudará a adquirir valores y actitudes positivas con la familia y demás personas en su entorno, asimismo, favorecerá sus relaciones en la escuela y posteriormente en otros estudios y el trabajo, con los amigos y sus relaciones íntimas (Joselevich, 2003).
- *Aceptación por parte de sus iguales.* La autoestima se construye básicamente en el terreno de las relaciones interpersonales: después de la familia, es el ambiente escolar en el que el niño continúa desarrollando su concepto de identidad propia, a través de las

informaciones que recibe de este medio, lo que le dicen los profesores y compañeros, la manera en que percibe su desempeño en comparación con el de los demás, y el lugar que ocupa en el estatus del grupo de sus iguales. El estatus en el grupo de iguales es el grado en el que el niño es aceptado o rechazado por ellos, y es un predictor importante de su desarrollo cognitivo y socioemocional (Musitu & Cava, 2000). La autoestima puede venirse abajo por sentirse rechazado (Lindenfield, 1999b), los rechazados parecen más deficientes y son percibidos como incapaces de aceptar bromas, puesto que interpretan la información recibida más negativamente; parecen procesar de forma diferente la información resolver situaciones de forma poco eficaz y hacer evaluaciones inapropiadas sin tener en cuenta las consecuencias de las decisiones que toman (Musitu & Cava, 2000).

- *Mecanismos atribucionales.* Son mecanismos que los individuos emplean para tratar de entender las causas de los eventos que viven, y están relacionados con afectos, motivación, cognición, y expectativas futuras (Weiner, 1986; citado por Treuting y Hinshaw, 2001). Los sujetos con TDAH están en riesgo de desarrollar patrones atribucionales maladaptativos (atribuciones depresogénicas) (Dweck & Leggett, 1988; citados por Treuting y Hinshaw, 2001) que impactan en su autoestima llevándolo a disminuir su motivación y esfuerzo al enfrentar retos o a concebirse dependiente de la medicación para poder conseguir llevar a cabo tareas exitosamente (Pelham y cols., 1992; citados por Treuting y Hinshaw, 2001).
- *Logros académicos.* Las experiencias de éxito y fracaso son usadas por los individuos como uno de los principales índices de autovaloración, por lo que, por ejemplo, si un adolescente ha tenido constantes experiencias de fracaso escolar, tenderá a valorarse negativamente y su autoestima decrecerá (Gimeno, 1976; Veiga, 1995; citados por Musitu & Cava, 2000), esto se refleja en un escaso esfuerzo, falta de motivación y unas

aspiraciones escolares mínimas (Musitu & Cava, Roman y Gracia, 1988; Gimeno, 1976; Veiga, 1995; citados por Musitu & Cava, 2000).

Con fundamento en lo anterior, y de acuerdo con Barkley & Robin (1995) y Teeter & Stewart (1997; citados por Litner, 2003) quienes afirman que es importante diseñar intervenciones que ayuden a desarrollar en los adolescentes con TDAH la autoconciencia y la autodirección, capacidades de solución de problemas e incrementar su habilidad para hacerse responsables de sus elecciones y acciones, el taller de mejoramiento de la autoestima en los adolescentes con TDAH se basó en un concepto multidimensional de la autoestima (Oñate, 1989; Alcántara, 1990; Villa y Auzmendi, 1992; citados por Musitu & Cava, 2000; Quiles y Espada, 2004; Aguilar, 2002), que implica fomentar el desarrollo de habilidades personales en los planos conductual, cognitivo y afectivo del individuo, enfatizando los siguientes aspectos: el autoconocimiento, la aceptación de sí mismo, la adecuada resolución de problemas, el pensamiento positivo y la evitación de pensamientos irracionales, además del fomento a las actividades agradables en grupo con el objeto de que los sujetos desarrollen sus habilidades sociales.

Lo anterior se logrará por medio de actividades que:

- 1) faciliten el aprendizaje de las habilidades para solucionar problemas (orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica de la solución y verificación); estrategias que faciliten el aprendizaje de habilidades sociales (enseñar al niño a hacer amigos, proveer oportunidades de interacción con otros niños, fomentar la relación con varios grupos de amigos, fomentar actividades familiares, no exigir determinadas respuestas en situaciones sociales, no poner etiquetas. Bermúdez, 2000);

- 2) entrenen a los individuos en el manejo de la ansiedad por medio de ejercicios respiratorios y actividades de relajación (Quiles y Espada, 2004);
- 3) proporcionen un entrenamiento en asertividad, es decir, la capacidad de transmitir y recibir mensajes acerca de los sentimientos, las creencias o las opiniones de uno mismo y de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y que además tiene como meta principal lograr una comunicación satisfactoria (Aguilar, 1987); Smith, (1983) y Castanyer (1997) (citados en Flores & Díaz-Loving, 2002) recomiendan las técnicas de reconstrucción cognoscitiva, estas técnicas permiten desarrollar la asertividad en los individuos manejando asertivamente la crítica y la manipulación;
- 4) hagan que los adolescentes experimenten vinculación, producto de la satisfacción que reciban al establecer vínculos que ellos y los demás reconozcan como importantes; así como singularidad, producto del autoconocimiento y de la autoaceptación (Clark, Clemen y Bean, 2000).

7.4.2 Contenido del Taller

Las secciones que componen el taller se estructuraron de la siguiente manera:

7.4.2.1 Sección 1. Evaluación de sí mismo.

Objetivo específico: los participantes desarrollarán la aptitud para examinar sus cualidades personales de manera objetiva y realista.

En el desarrollo de la autoestima de un individuo lo más importante es la imagen que este tenga de sí mismo, de ello dependerá en gran medida si dicha autoestima es positiva o negativa. Todos los individuos tienden a autoevaluarse en función de como interpretan las actitudes que los demás toman hacia ellos, es decir, en función de como creen que los demás

los conciben. Al adolescente es importante entrenarlo para que realice una autoevaluación más real y que le ayude a aceptarse en sus cualidades y deficiencias con miras a corregir estas últimas, no sugestionándose en exceso por la forma en que los demás le perciben y limitarse a la resignación frente a ello, para que logre desarrollar una autoestima más positiva. Las actividades de esta sección ayudarán al adolescente a analizar sus cualidades y limitaciones, valorar sus logros, y otros aspectos de sí mismo (Quiles y Espada, 2004).

7.4.2.2 Sección 2. Interpretación de la realidad.

Objetivo específico: los participantes aprenderán a ver la vida de forma positiva por medio del desarrollo de atribuciones causales adecuadas para las diferentes situaciones que viven.

El estado de ánimo está regulado por la forma en que se interpreta lo que se vive, pero la manera en que se ven las cosas no siempre corresponde con la realidad. Los adolescentes y, en general, las personas con una autoestima baja, tienden a percibirse como las causas de todo aquello que ocurre mal a su alrededor, por lo que es importante desarrollar las habilidades necesarias para interpretar la realidad de una manera más objetiva. La forma en que se evalúa algún suceso o a alguna persona, regularmente se basa en juicios previos a la experiencia de la situación o a la predisposición que se tiene hacia dicha persona, es importante tener en cuenta que la manera en que se está evaluando no es la única posible, que existen otras alternativas, y tener en cuenta la mayor parte de ellas para poder interpretar esa realidad de una forma más adecuada que fortalezca la autoestima (Quiles y Espada, 2004). En esta sección se entrenará al adolescente para percibir mejor la realidad y comprender que el estado de ánimo no se da en función de lo que ocurre alrededor, sino de la forma en como es interpretado.

7.4.2.3 Sección 3. Control de la ansiedad.

Objetivo específico: los participantes aprenderán diferentes técnicas de control de la ansiedad que los ayudarán a adaptarse a las diferentes situaciones de su vida diaria.

La ansiedad se caracteriza por activaciones del individuo a varios niveles, en el nivel físico se presenta sudoración aumento en la frecuencia cardiaca, rigidez muscular, etc.; en el nivel cognitivo surgen ideas acerca de sucesos que van a ocurrir, miedo de sufrir algún daño, pensamientos sobre amenaza, etc.; en el nivel conductual, se producen conductas de escape. La ansiedad es una respuesta del organismo a ciertos estímulos que considera de riesgo, cumple fundamentalmente una función adaptativa y de sobrevivencia, pero cuando se activa de manera excesiva deja de ser adaptativa y provoca problemas en el individuo. Un control de la ansiedad deficiente repercute en el desempeño del individuo, las consecuencias suelen ser negativas y por lo tanto la autoestima del sujeto se deteriora. Las actividades de esta sección ofrecen técnicas de relajación que permiten controlar la ansiedad, para poder actuar de manera óptima y adaptativa frente a cualquier situación (Quiles y Espada, 2004).

7.4.2.4 Sección 4. Habilidades sociales.

Objetivo específico: mejorar la eficacia del adolescente con TDAH para relacionarse con otras personas por medio de actividades que le ayuden a conocer formas adecuadas de comunicación.

Las habilidades sociales se adquieren de la misma manera que otras habilidades, por medio de la observación y su experimentación; no son un rasgo general de personalidad sino un conjunto de conductas que se ejecutan en contextos específicos. El poseer habilidades sociales esta en relación directa con la obtención de refuerzos para las conductas positivas. El desarrollo de habilidades sociales satisface tres condiciones: se logra el objetivo planteado, se

mejora la relación con la otra u otras personas y se mantiene la autosatisfacción. En general se pueden distinguir tres grupos de habilidades sociales: las que contribuyen a mejorar las relaciones sociales, las que se llevan a cabo en un contexto específico o en una situación concreta sin esperar establecer una relación con alguna persona (enfrentar una agresión o hacer una entrevista de trabajo), y aquellas que contribuyen a la defensa de los derechos personales por medio de la asertividad. Como se dijo, las habilidades sociales se aprenden y desarrollan básicamente por medio de la observación y práctica, puede ser que el individuo no tenga un modelo de comportamiento adecuado y, por lo tanto, es tarea del educador ayudarlo a desarrollar estas habilidades; puede ocurrir también que el sujeto tenga las habilidades pero que, debido a ciertas condiciones personales (presencia de figuras de autoridad o del sexo opuesto) o situacionales no pueda ponerlas en práctica, esto se debe a la presencia de pensamientos irracionales anticipatorios de la realidad que deben ser reestructurados. En esta sección hay actividades orientadas a la adquisición y desarrollo de habilidades sociales (Quiles y Espada, 2004).

7.4.2.5 Sección 5. Asertividad.

Objetivo específico: los participantes aprenderán a reconocer y defender los derechos propios respetando los de los demás, por medio de ejercicios que les ayudarán a reconocer las ventajas de la comunicación asertiva y como utilizarla.

Si se puede defender los derechos propios sin lesionar los de los demás, entonces se puede decir que se es asertivo. La asertividad puede ser de dos formas: la que incluye como enfrentar y oponerse a peticiones o demandas poco razonables de parte de otras personas (oposición asertiva) y aquella que se refiere a la manera de expresar elogios, estimular la comunicación personal y la reciprocidad positiva (afirmación asertiva). Hay dos variantes

más en el comportamiento de las personas: el pasivo, que se refiere a aquellas personas que no se atreven o no saben como defender sus derechos frente a los demás y que, en muchas ocasiones sí no lo hacen es por miedo a que les retiren el afecto o se enfaden con ellas; y el agresivo, que representa el extremo opuesto, es decir, es aquel que para defender sus derechos pasa por encima de los de los demás. Como puede apreciarse estos dos extremos son negativos, uno lo es por defecto y el otro por exceso, el punto medio es la asertividad. La autoestima de un individuo esta relacionada con la asertividad pues esta última permite al individuo relacionarse en términos de igualdad con los demás, lo que redundará en una mejor percepción de sí mismo. Dado que la asertividad es una habilidad social, se puede aprender, mejorar y reforzar. Las siguientes actividades tienen el objeto de ayudar al adolescente a aprender como emitir una crítica de manera adecuada, como reaccionar frente a situaciones incómodas para él, etc. (Quiles y Espada, 2004).

7.4.2.6 Sección 6. Solución de problemas.

Objetivo específico: los participantes aprenderán una estrategia de resolución de problemas en cinco pasos, desarrollada en 1971 por D'Zurilla y Goldfried (Quiles y Espada, 2004).

A lo largo de la vida las personas se encuentran enfrentando constantemente problemas, los cuales, al ser resueltos de manera efectiva, refuerzan la sensación de ser competitivos. Sin embargo, cuando se resuelven esas situaciones de manera precipitada y sin pensar en las consecuencias, es probable que se tenga que enfrentar más tarde alguna mala experiencia, lo que afectará la autoestima al alterar la percepción de valía personal. Para el caso del adolescente, es muy importante reforzar su repertorio de habilidades para resolver problemas. Se considera problema a la situación que obstaculiza la consecución de un objetivo o frustra las expectativas del individuo, es importante recalcar que la situación no es el problema en sí,

el verdadero problema es que el individuo no ha encontrado la manera de solucionarlo adecuadamente. La solución fallida de un problema va acompañada de ansiedad y estrés, así como de una sensación de malestar que provocan problemas de tipo psicológico que desembocan en un deterioro de la autoestima. En esta sección se presenta una estrategia de resolución de problemas basada en que la definición de un problema debe hacerse en función de la respuesta que se da para tratar de resolverlo (Quiles y Espada, 2004).

7.4.2.7 Sección 7. Percepción de sí mismo.

Objetivo específico: los participantes aprenderán a valorar sus cualidades, habilidades y a quererse a sí mismos, adoptando una postura más positiva frente a la vida.

Además de las habilidades sociales en las que se ha estado entrenando al adolescente en las secciones anteriores, es importante ayudarlo a construir una imagen positiva de sí mismo y de la vida, esto se puede llevar a cabo de manera individual o por medio de una dinámica de grupo (Quiles y Espada, 2004).

7.5 Instrumentos

- Evaluación de Autoestima para Adolescentes (Quiles y Espada, 2004).

Esta prueba fue desarrollada para identificar las áreas en que el adolescente presenta una autoestima más baja, quien o quienes conduzcan el taller deben usarla solo como una valoración orientativa, los autores advierten que no esta diseñada para establecer un diagnóstico.

- ADHD Rating Scale-IV: Versión para casa en Español (Anastopoulos, Du Paul, Power, Reid, 1998).

La Escala de Evaluación IV de ADHD Versión para casa en Español, es un cuestionario de conducta basado en los criterios diagnósticos del DSM- IV. Este cuestionario es el resultado de la revisión de la ADHD Rating Scale de Du Paul, publicada en 1991. Esta versión esta designada para ser completada independientemente por el niño o adolescente o por los padres, puede ser aplicada a sujetos de 5 a 18 años. El cuestionario consta de dos subescalas: Inatención (nueve ítems) que se obtiene al sumar los ítems impares, e Hiperactividad- Impulsividad (nueve ítems) que se obtiene al sumar los ítems pares. Los puntajes brutos se convierten en percentiles usando la hoja de perfil según el sexo y edad. La normalización y estandarización de la escala se realizaron usando una muestra de 2000 niños de ambos sexos, de edades entre 4 y 20 años, de kinder a tercero de preparatoria y de diferentes grupos étnicos. Los análisis de validez y confiabilidad de esta escala muestran que tiene propiedades psicométricas adecuadas para su utilización como instrumento para detectar, diagnosticar y medir resultados de tratamiento.

Ver en Anexos:

- ADHD RATING SCALE- IV: HOME VERSIÓN (Spanish) (ADHD Escala de Evaluación IV: Versión para casa en Español)
- ADHD RATING SCALE- IV: HOME VERSIÓN (Spanish) SCORING SHEET FOR BOYS (ADHD Escala de Evaluación IV: Versión para casa en Español. Hoja de puntuación para muchachos)
- ADHD RATING SCALE- IV: HOME VERSIÓN (Spanish) SCORING SHEET FOR GIRLS (ADHD Escala de Evaluación IV: Versión para casa en Español. Hoja de puntuación para muchachas)
- EVALUACION DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES

Conclusiones

La baja autoestima en los adolescentes con TDAH esta asociada a un aumento de problemas sociales y de conducta (Kyuman et al., 2001): aproximadamente un 30% de los adolescentes con TDAH y déficit de autoestima abandona los estudios, y los que continúan, fracasan en conseguir un título universitario (Joselevich, 2000; Solloa, 2001); estos adolescentes tienen más intentos de suicidio que otros jóvenes de su edad (Bender, 1949; citado por De Quiroz en Joselevich, 2000; González, 2000; Ávila y Polaino-Lorente, 2002; Kyuman et al., 2001; Treuting y Hinshaw, 2001); además, un 25% aproximado de ellos incurre en abuso del alcohol y/o la adicción a cualquier otra droga (Fisher et al., 1993; Slomkowski et al., 1995; citados por Ingram et al., 1999; Miranda et al., 2000; Orjales, 1998). Dependiendo de si recibieron algún tratamiento o no, y de la efectividad del mismo, el desgaste y la desmoralización que los adolescentes con TDAH sufren, lleva a un incremento de los trastornos del estado anímico (Bender, 1949; citado por De Quiroz en Joselevich, 2000), la sensación de fracaso se generaliza y la autoestima se hace cada vez más negativa (González, 2000; Ávila y Polaino-Lorente, 2002). Considerando las estadísticas de prevalencia del trastorno, que indican que: entre un 3% y un 5% de los niños menores de 10 años padecen TDAH (Orjales, 1998; Calderón, 1999), entre el 70% y el 80% de ellos manifiestan la mayor parte de los síntomas hasta la adolescencia (Barkley, Fisher, Edelbrock & Smallish, 1990; Barkley, Anastopolous, Guevremont & Fletcher, 1991; citados por Kyuman et al., 2001), y entre el 50% y el 70% de los niños con TDAH probablemente sufren un TDAH residual durante la edad adulta (Weiss & Hechtman, 1993; Wenwei, 1996; citados por Kyuman et al., 2001; Gratch, 2001), se comprende que el impacto de la baja autoestima en los adolescentes con TDAH es un fenómeno que debe atenderse. Si bien es

cierto que esta noción es compartida por mucha gente, también es cierto que ponerlo en practica es algo muy distinto, porque la autoestima es un concepto muy complejo (Pope, A., McHale, S. & Craighead, W., 1988). El tratamiento del TDAH con fármacos, principalmente metilfenidato, ha demostrado eficacia en la reducción de los síntomas del trastorno: en un estudio llevado a cabo por Biederman, Quinn, Weiss, Markabi, Weidenman, Edson, et al. (2003), el medicamento redujo estos síntomas en un 69.8% de los sujetos. Sin embargo, ningún tipo de intervención unidisciplinario ha resultado absolutamente efectivo para todos los dominios o áreas en que impacta el TDAH, que incluyen: relaciones con sus pares, relaciones familiares, logros académicos y autoestima (Hazelwood, E., Bovingdon, T. & Tiemens, K., 2002). Pelham y sus colegas (Pelham et al., 1998; citado por Hazelwood et al., 2002) dicen que siempre resulta un tanto necesario considerar otros tratamientos aún si la medicación resultara suficiente, ya que es costosa, afirma que la combinación entre una intervención comportamental y la medicación es el tratamiento preferido. Además, como ninguna intervención unidisciplinaria resulta máximamente efectiva, la literatura respalda el tratamiento multimodal (Carlson et al., 1992; Ialongo et al., 1993; Richters et al., 1995; Arnoldo et al., 1997; Tan & Schneider, 1997; Pelham et al., 1998; citados por Hazelwood et al., 2002; Stern et al., 2002). Hasta ahora el tratamiento más efectivo para el TDAH es una combinación de tratamientos: psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicopedagógico así como el entrenamiento de padres y profesores de niños con TDAH (Servera et al. en Caballo & Simón, 2001; Gratch, 2001).

El taller de intervención psicoeducativa es resultado de una exhaustiva investigación documental realizada con el objeto de conocer el proceso de formación de la autoestima en los adolescentes y el impacto de la baja autoestima en los adolescentes con TDAH. Una vez identificadas las áreas en que los adolescentes con TDAH presentan autoestima más baja, se

procedió a la selección de estrategias destinadas a fortalecer las cogniciones, emociones y conductas asociadas a ellas. Dichas estrategias se basaron en técnicas cognitivo-comportamentales que han sido usadas previamente para ayudar a niños, adolescentes y adultos a cambiar la manera en que piensan, sienten y actúan (e. g. Pope et al., 1988; Musitu & Cava, 2000; Quiles y Espada, 2004). Las secciones que componen el taller están organizadas coherentemente, las habilidades cognitivas, emocionales y comportamentales que se adquieren son interdependientes: aquellas que se adquieren en una sección son aprovechadas para incrementar el desempeño en la siguiente y así sucesivamente, por lo que se recomienda la aplicación del taller completo y en el orden en que aparece. A pesar de lo anterior, es posible aplicar secciones de manera independiente, por ejemplo la sección 6, referente a la estrategia de solución de problemas, o la sección 3, referente al control de la ansiedad.

El desarrollo de tratamientos multimodales para el TDAH es un área en la que se precisa de más investigación, el uso conjunto de las técnicas cognitivo-comportamentales, fármacos y el entrenamiento de padres y maestros puede proporcionar mejores expectativas de vida para los individuos con TDAH y favorecer el aprovechamiento de su potencial productivo dentro de la sociedad.

Recomendaciones

Se recomienda la aplicación del taller de acuerdo con un diseño preexperimental de preprueba-posprueba con un solo grupo (Campbell y Stanley, 1966; citados por Hernández et al., 2003), el diagrama se muestra en la figura 2. El grupo se forma en relación con la variable independiente “presencia de TDAH” en los participantes, para esto, se sugiere utilizar la ADHD RATING SCALE-IV: HOME VERSIÓN (*Escala-IV de valoración de TDAH*,

Anastopoulos, Du Paul, Power & Reid, 1998) contenida en el Anexo 1. La preprueba proporciona un punto de referencia inicial acerca del nivel de la variable dependiente antes del tratamiento experimental (taller), se sugiere el uso de la EVALUACION DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES de Quiles y Espada (2004) contenida en el Anexo 3, que también será la posprueba. Si bien es cierto que el diseño tiene la desventaja de carecer de un grupo de comparación y de que dificulta el control de la acción de otras variables como la historia y la maduración, se considera apropiado para el caso de la aplicación del taller por el respaldo que tiene en la literatura, además puede ser útil para establecer hipótesis de investigación futuras acerca de la acción específica de los elementos del tratamiento experimental sobre las variables independientes provenientes del contexto y la variable dependiente (autoestima), y para el desarrollo de otras formas de intervención.

0 Adhd Rating Scale-IV

(se aplica para formar el grupo por emparejamiento en relación con la variable independiente "presencia de TDAH")

G Grupo de sujetos

0₁ Preprueba (Evaluación de Autoestima para Adolescentes)

X Tratamiento experimental (Taller de Intervención Psicoeducativa)

0₂ Posprueba (Evaluación de Autoestima para Adolescentes)

G 0₁ X 0₂

Figura 2. Diseño preexperimental de preprueba-posprueba con un solo grupo.

Se recomienda formar un grupo con un mínimo de seis integrantes y un máximo de 20, esto favorece la operatividad del mismo, después de esta cantidad se hace prácticamente imposible para los participantes compartir toda la riqueza de la dinámica y para el coordinador, observarla e interpretarla (David, s. f.). De 10 a 15 participantes es un número

medio sugerido para otros talleres similares como “Cómo planear mi vida” (Center for Population Options, 1990). Pope et al. (1988) dicen que existe una relación inversa proporcional entre el problema de autoestima en los sujetos y el tamaño del grupo de participantes en el taller, por lo que, en adolescentes con mayores problemas de autoestima deben formarse grupos más pequeños, de tres a cuatro miembros. Ellos recomiendan que el grupo sea consistente, sin cambios en sus miembros, para que se desarrolle una sensación de confort y confianza entre ellos; es mejor que no existan diferencias grandes en habilidades entre los miembros, aunque pequeñas diferencias pueden proveer la oportunidad de que cada participante aprenda habilidades de sus compañeros.

Se sugiere estructurar las interacciones entre los participantes del taller de forma cooperativa -Diamondstone (1991) llama a esta forma de interacción grupal “comportamiento de mantenimiento grupal y orientado hacia la tarea”-. Esto se refiere a que se establece una relación entre los participantes que los lleva a trabajar juntos, ya que para la consecución de sus objetivos es necesaria la participación de todos los sujetos por igual; al final entre todos consiguen alcanzar las metas fijadas y esto crea una relación intragrupo positiva. (Aragónés, 1989; García Bacete, 1989; Ovejero, 1990; García Alverola, 1991; citados por Musitu & Cava, 2000). En el trabajo cooperativo, cada participante se siente aceptado en el grupo, se genera un clima de confianza y camaradería por lo que los sentimientos e ideas se expresan más fácilmente y la retroalimentación es más eficaz. Por otra parte, dado que la motivación de los sujetos es intrínseca, se va perdiendo el miedo al fracaso, se mejora el rendimiento en las tareas y se desarrolla la habilidad de ponerse en el lugar del otro lo que también favorece la autoestima de los participantes (Musitu & Cava, 2000).

Las condiciones de aplicación de las actividades de aprendizaje cooperativo son fundamentales para conseguir los efectos positivos deseados, por lo que deben plantearse

como mínimo los siguientes elementos (Ovejero, 1990; Slavin, 1992; Putnam, 1993; citados por Musitu & Cava, 2000): interdependencia positiva, responsabilidad individual, enseñar directamente las habilidades sociales requeridas para el trabajo en cooperación (liderazgo, comunicación, negociación, solución de problemas), formación de grupos heterogéneos (sujetos de diferentes géneros, capacidades, habilidades, etc.), interacción cara a cara y una reflexión en grupo al final de las actividades para compartir experiencias y evaluar el funcionamiento del grupo, así como la consecución de los objetivos específicos de cada sección del taller. Por lo anterior, se sugiere aplicar las actividades de acuerdo con el modelo de la figura 3 (Lic. Piedad Aladro Lubel, comunicación personal, febrero de 2005).

El taller de intervención psicoeducativa puede ser complementado con tratamiento farmacológico, que intervendría directamente en los síntomas del TDAH (v. 4.2 Intervención médica), y con estrategias psicopedagógicas (v. 4.3.3 Intervención psicopedagógica), lo que constituiría un tratamiento multimodal (v. 4.4 Intervención multidisciplinaria).

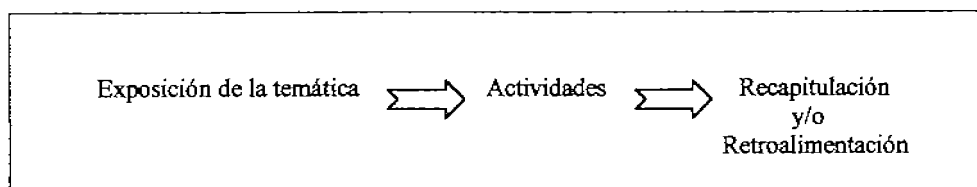


Figura 3. Modelo de aplicación de las actividades del taller.

Referencias

- Advanced English Dictionary Vox*. (1ª. ed.). (1998). España: Longman.
- Aguilar, E. (1987). *Asertividad: Sé tu mismo sin sentirte culpable*. México: Pax.
- Aguilar, E. (2002). *Familias con autoestima. Como lograr el conocimiento y la confianza en uno mismo*. (1ª. ed.). México: Árbol.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (tx. rev.). (T. de Flores, J. Toro, J. Masana, J. Treserra, E. Masana, C. Uldina, Trads.). Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 2000).
- Ammerman, R. & Hersen, M. (Eds.). (1997). *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents: Intervention in the Real World Context*. New York: Wiley & Sons Inc.
- Anastopoulos, Du Paul, Power & Reid (1998). *ADHD rating scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- Anastopoulos, A. (1999). Attention- deficit/hiperactivity disorder. En Netherton, S., Holmes, D., Walker, C. (Eds.). *Child and adolescent psychological disorders*. New York: Oxford.
- Anónimo. (2002). Gender differences in ADHD. *The exeptional parent*, 32, (10), 105. Recuperado en febrero de 2005 de base de datos ProQuest Education Journals.
- Arco, J. & Fernández, A. (2004). *Necesidades educativas especiales. Manual de evaluación e intervención psicológica*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Ávila, C. & Polaino-Lorente, A. (2002). *Niños hiperactivos. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. México: Alfaomega.
- Berger, M. (2000). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención: Un enfoque clínico y terapéutico*. (F. J. Vidarte, Trad.). España: Síntesis (Trabajo original publicado en 1999).
- Bermúdez, P. (2000). *Déficit de autoestima: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Biederman, J., Quinn, D., Weiss, M., Markabi, S., Weidenman, M., Edson, K. et al. (2003). Efficacy and Safety of Ritalin LA, a New, Once Daily, Extended-Release Dosage Form of Methylphenidate, in Children with Attention Deficit Hyperactivity

- Disorder. *Pediatric Drugs*, 5 (12): 833-841. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos Adis Data Information.
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima: Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. (1ª. ed.). (M. Arauz, Trad.). México: Paidós (Trabajo original publicado en 1992).
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima: El libro definitivo de la autoestima por el más importante especialista en la materia*. (1ª. ed.). (J. Vigil, Trad.). México: Paidós (Trabajo original publicado en 1994).
- Caballo, V. & Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del Adolescente: Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Calderón, R. (1999). *El niño con disfunción cerebral: Trastornos del lenguaje, aprendizaje y atención en el niño*. (6ª. reimpresión). México: Limusa.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. (3ª. ed.). (J. Barrientos, Trad.). México: Prentice Hall.
- Center for Population Options y Asociación Demográfica Costarricense. (1990). Washington, D.C: ICAF.
- Clark, A., Clemes, H. & Bean, R. (2000). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. (1ª. ed.). (F. Páez, Trad.). Madrid: Debate (trabajo original publicado en 1987).
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. (8ª. ed.). México: Prentice Hall.
- David, J. (s. f.). *Juegos y trabajo social*. (2ª. ed.). Buenos Aires: Hvmánitas.
- Diamondstone, J. M. (1991). *Talleres para padres y maestros: Diseño, conducción y evaluación*. (1ª. ed.). (M. Gonzáles, Trad.). México: Trillas.
- El Pequeño Larousse Ilustrado*. (1999). Colombia: Larousse.
- English, H. & English, A. (1977). *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis*. (1ª. ed., Vol. 3). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Farré, A. & Narbona, J. (1998). *EDAH: Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Manual*. (1ª. ed.). Madrid: TEA.
- Flores, M. & Díaz-Loving, R. (2002) *Asertividad: Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Miguel Ángel Porrua.
- Feldman, J. R. (2003). *Autoestima para niños. Juegos, actividades, recursos, experiencias creativas...* México: Alfaomega.

- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. (1ª. ed.). México: Siglo XXI.
- Glosario de psiquiatría*. (1989). (Dr. F. Pérez Gallardo Trad.). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- González, R. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Gratch, L. (2001). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD): Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. (1ª. reimpresión). Buenos Aires: Panamericana.
- Hazelwood, E., Bovingdon, T. & Tiemens, K. (2002). The meaning of a multimodal approach for children with ADHD: experiences of service professionals. *Child: Care, Health & Development*, 28, (4), 301– 307. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Hechtman, L. & Greenfield, B. (2003). Long-Term Use of Stimulants in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Safety, Efficacy, and Long-Term Outcome. *Pediatric Drugs*, 5 (12), 787-794. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. (3ª. ed.). México: McGraw-Hill.
- Humphreys, T. (2001). *Autoestima para niños y padres: Las claves de la educación, la salud emocional y el éxito escolar de tus hijos*. (2ª. ed.). (J. Real, Trad.). Madrid: Neo Person (Trabajo original publicado en 1993).
- Huurre, T., Aro, H. & Rahkonen, O. (2003). Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status. A follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 38, 249-255. Recuperado en marzo de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Ingram, S., Hechtman, L. & Morgenstern, G. (1999). Outcome issues in ADHD: adolescent and adult long-term outcome. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5, 243-250. Recuperado en febrero de 2005 de base de datos de PsycINFO.
- Jongsma, A., Peterson, L. & McInnis, W. (1999). *Brief Adolescent Therapy Homework Planner*. EE. UU.: John Wiley & Sons, Inc.
- Joselevich, E. (compiladora) (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños, adolescentes y adultos*. (1ª. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Joselevich, E. (2003). *AD/HD: Qué es, qué hacer*. Argentina: Paidós.
- Joselevich, E. (2004). *¿Soy un adulto con AD/HD? Comprensión y estrategias para*

- la vida cotidiana*. (1ª. ed.). Argentina: Paidós.
- Kamphaus, R. & Frick, P. (2000). *Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente*. México: Manual Moderno.
- Karp, Ch., Butler, T. & Bergstrom, S. (1998). *Activity Manual for Adolescents*. EE. UU.: Sage Publications.
- Kimmel, D. (1998). *La adolescencia: Una transición del desarrollo*. (1ª. ed.). (J. Soler Trad.). Barcelona: Ariel (Trabajo original publicado en 1995).
- Kirby, E. A & Grimley, L. K. (1992). *Trastorno por déficit de atención: estudio y tratamiento*. (1ª. ed.). (C. Ardisson, Trad.). México: Limusa.
- Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents With ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, (2), 61-72. Recuperado en marzo de 2005 de base de datos EBSCO.
- Kyuman, Chae Paul, Hyunk-Oak Jung, & Kyung-Sun Noh. (2001). Attention deficit hiperactivity disorder in Korean juvenile delinquents. *Adolescence. Roslyn Heights*, 36 (144), 707-725. Recuperado en febrero de 2005 de base de datos ProQuest Education Journals.
- Liden, C. & Associates. (2003). *Attention Deficit Disorder*. [Folleto]. Gibsonia, PA, EE. UU.: Autor.
- Lindenfield, G. (1999a). *Cómo desarrollar la autoestima en niños y adolescentes: Potenciar la personalidad y el bienestar emocional de tu hijo, ayudándole a confiar en sí mismo*. (2ª. ed.). (J. Gutiérrez, Trad.). Madrid: Neo Person (Trabajo original publicado en 1994).
- Lindenfield, G. (1999b). *Autoestima*. (1ª. ed.). (M. García, Trad.). México: Plaza & Janes (Trabajo original publicado en 1995).
- Litner, B. (2003). Teens with ADHD: The Challenge of High School. *Child & Youth Care Forum*, 32, (3). Recuperado en marzo de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Lorin, C. & Demanchy, P. (1995). *La psicología del niño y del adolescente. Diccionario práctico*. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Miranda, A., Amado, L. & Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe.
- Musitu & Cava, G. & Cava, M. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- National institutes of health consensus development conference statement: Diagnosis

- and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. (1999). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (2), 182-193. Recuperado en mayo de 2003 de base de datos PsycINFO.
- Ohan, J. & Johnston, Ch. (2002). Are the Performance Overestimates Given by Boys with ADHD Self-Protective? *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, (2), 230-241. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Organización Niños y Adultos con Bajo Nivel de Atención (CH.A.D.D.). (1994). *Datos de CH.A.D.D.* (Reimpresión). México: CH.A.D.D. (Trabajo original impreso en Florida, 1993).
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. (1997). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud décima revisión (CIE-10)*. (2ª. Reimpresión). Washington, D.C.: OPS. (Edición original en inglés Ginebra, OMS, 1992).
- Orjales, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. (5ª. ed.). Madrid: CEPE.
- Papalia, D. (2001). *Desarrollo humano*. (8ª. ed.). Bogotá: McGraw-Hill.
- Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M., Pier, D., et al. (1995). *Planeando tu vida: programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. (7ª. ed.). México: Ariel.
- Pope, A., McHale, S. & Craighead, W. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. (Goldstein, A., Krasner, L. & Garfield, S., Eds.). (1ª. ed.). Great Britain: Pergamon Press.
- Quiles, M. & Espada, J. (2004). *Educar en la autoestima: propuestas para la escuela y el tiempo libre*. Madrid, España: CCS.
- Robin, A. (1998). *ADHD in Adolescents. Diagnosis and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Rose, C. M. (2001). The difficulties & the joys. *Instructor*, 110, (8), 14-15. Recuperado en febrero de 2005 de base de datos ProQuest Education Journals.
- Roselló, J. (1998). *Psicología de la atención. Introducción al estudio del mecanismo atencional*. España: Ediciones Pirámide.
- Saurvé, C. (2002). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y superar el problema*. (L. Serra, Trad.). México: Quarzo (Trabajo original publicado en 2000).
- Schrimsher, G., Billingsley, R., Jackson, E. & Moore, B. (2002). La asimetría en el

- volumen del núcleo caudado predice la sintomatología del TDAH en niños. *Journal of child neurology*, 17, 877-884. Recuperado en 2003 de la base de datos EBSCO.
- Schwiebert, V., Sealander, K. & Dennison, J. (2002). Strategies for Counselours Working with High School Students with Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder. *Journal of Counseling & Development*, 80, 3-10. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Silver, L. (1994). *ADHD Trastorno de deficiencia en la concentración-hiperactividad e incapacidades para aprender*. New Jersey: Ciba-Geigy Corporation.
- Smith, M. (2001). *Cuando digo no, me siento culpable*. (2ª. reimpresión). (R. Hernández, Trad.). Barcelona : Mondadori (Trabajo original publicado en 1975).
- Solloa, L. (1997). *Trastornos por déficit de atención, hiperactividad*. México: Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Stern, P., Garg, A. & Stern, T. (2002). When Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Become Adults. *Southern Medical Journal*, 95, (9), 985-992. Recuperado en marzo de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Stevenson, C., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D. & Stevenson, R. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610-616. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Stevenson, C., Whitmont, S. & Stevenson, R. (2003). A Self-directed Psychosocial Intervention with Minimal Therapist Contact for Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 93-101. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Szymanski, M. & Zolotor, A. (2001). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Management. *American Family Physician*, 64, 8, Health Module, 1355. Recuperado en febrero de 2005 de la base de datos ProQuest Information and Learning.
- Treuting, J. & Hinshaw, S. (2001). Depression And Self-Esteem In Boys With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Associations With Comorbid Aggression And Explanatory Attributional Mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, (1), 23-39. Recuperado en febrero de 2005 de base de datos ProQuest Education Journals.
- Vermeiren, R., Bogaerts, J., Ruchkin, V., Deboutte, D. & Schwab-Stone, M. (2004). Subtypes of self-esteem and self-concept in adolescent violent and property offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, (2), 405- 411. Recuperado en marzo de 2005 de la base de datos EBSCO.

- Weiss, M. & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 168, (6), 715. Recuperado en marzo de 2005 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Willoughby, M. (2003). Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: a review with recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, (1), 88-106. Recuperado en marzo de 2005 de la base de datos EBSCO.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (2001). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª. ed.) México: Prentice Hall.

ANEXOS

ANEXO 1:

Escala-IV de valoración de TDAH: versión para casa y escuela

Escala-IV de valoración de TDAH (hoja de puntuación para muchachos)

Escala-IV de valoración de TDAH (hoja de puntuación para muchachas)

ESCALA IV DE VALORACION DE TDAH: VERSION PARA CASA Y ESCUELA

Edad _____ Sexo M F Grado _____ País de origen _____
 Completado por: El mismo/Ella misma _____ Madre _____ Padre _____ Otro _____

Escoja el número que mejor describa la conducta del individuo en los últimos 6 meses.

	Nunca o raramente	Algunas veces	A menudo	Muy frecuente
1. No logra prestar atención a detalles o es descuidado con su trabajo escolar	0	1	2	3
2. Continuamente mueve sus manos o sus pies o se tuerce en el asiento	0	1	2	3
3. Tiene dificultad en mantener la atención en las tareas o actividades de juego	0	1	2	3
4. No permanece en su asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las cuales se requiere que se mantenga sentado	0	1	2	3
5. No parece escuchar cuando se le habla directamente	0	1	2	3
6. Corre y se encarama en forma excesiva en situaciones en las cuales esta conducta no es apropiada	0	1	2	3
7. No sigue instrucciones y no logra terminar su trabajo	0	1	2	3
8. Tiene dificultad jugando o envolviéndose calladamente en actividades recreativas o de descanso	0	1	2	3
9. Tiene dificultad para organizar sus tareas o actividades	0	1	2	3
10. Esta siempre de prisa o actúa como si estuviera activado por un motor	0	1	2	3
11. Evita tareas (trabajo de la escuela) que requieran su esfuerzo mental continuo	0	1	2	3
12. Habla excesivamente	0	1	2	3
13. Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades	0	1	2	3
14. Responde impulsivamente antes de que se le termine de preguntar	0	1	2	3
15. Se distrae fácilmente	0	1	2	3
16. Tiene dificultad en esperar su turno	0	1	2	3
17. Es olvidadizo con sus actividades diarias	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete sin la autorización de otros	0	1	2	3

Rating Scale-IV: Checklists, Norms and Clinical Interpretation: George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos and Robert Reid. Copyright 1998 by the authors. Translated by Amelia López and Romilia Ramírez. ADHD criteria are adapted by permission from DSM-IV. Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.

ESCALA-IV DE VALORACION DE TDAH: VERSION PARA CASA Y ESCUELA

HOJA DE PUNTUACION PARA MUCHACHOS

Nombre _____ Fecha _____ Edad _____

%ile	HI 5-7	HI 8-10	HI 11- 13	HI 14- 18	IA 5-7	IA 8-10	IA 11- 13	IA 14- 18	Total 5-7	Total 8-10	Total 11- 13	Total 14- 18	%ile
99+	27	27	27	25	27	27	27	27	52	54	54	52	99+
99	27	27	27	25	27	27	27	27	51	53	53	51	99
98	27	27	25	21	26	27	27	27	51	53	49	44	98
97	27	26	23	21	24	26	27	25	50	51	44	43	97
96	25	26	21	21	24	26	25	24	48	50	42	39	96
95	24	26	20	20	23	25	25	23	46	50	40	39	95
94	23	25	18	19	23	25	24	22	44	48	39	35	94
93	22	25	18	17	22	25	24	21	41	46	38	34	93
92	21	24	18	16	22	24	23	21	40	45	37	33	92
91	21	23	17	14	21	24	23	20	40	45	36	32	91
90	20	22	17	13	21	24	23	20	39	44	36	31	90
89	20	21	16	12	20	24	22	19	38	42	34	30	89
88	19	21	16	12	20	24	21	18	38	41	33	29	88
87	18	20	16	12	19	23	20	18	37	41	33	28	87
86	18	19	15	11	18	22	20	18	37	40	32	28	86
85	17	19	14	10	18	22	19	17	35	39	32	27	85
84	17	18	14	10	17	21	19	17	34	38	31	26	84
80	16	16	12	8	16	19	17	15	30	34	28	23	80
75	14	13	10	7	15	17	16	12	28	30	25	20	75
50	6	5	3	1	7	9	8	7	13	15	12	9	50
25	1	2	1	0	2	2	2	2	4	5	3	2	25
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Nota. HI, Hiperactividad-Impulsividad; IA, Inatención.

Rating Scale-IV: Checklists, Norms and Clinical Interpretation; George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos and Robert Reid. Copyright 1998 by the authors.

ESCALA-IV DE VALORACION DE TDAH: VERSION PARA CASA Y ESCUELA

HOJA DE PUNTUACION PARA MUCHACHAS

Nombre _____ Fecha _____ Edad _____

%ile	HI 5-7	HI 8-10	HI 11-13	HI 14-18	IA 5-7	IA 8-10	IA 11-13	IA 14-18	Total 5-7	Total 8-10	Total 11-13	Total 14-18	%ile
99+	27	27	26	16	26	27	27	22	49	52	50	34	99+
99	26	27	25	15	25	27	27	21	48	51	49	33	99
98	26	25	24	13	24	26	24	18	47	50	42	28	98
97	25	25	22	11	23	25	23	18	45	48	41	27	97
96	25	22	20	11	23	25	22	17	44	44	40	26	96
95	23	20	17	10	21	24	21	16	44	38	39	25	95
94	22	18	17	9	21	22	20	16	41	36	35	22	94
93	21	17	15	9	21	21	19	15	40	35	31	22	93
92	21	14	12	9	20	20	18	14	38	33	30	20	92
91	20	12	12	8	20	20	18	13	37	32	30	20	91
90	19	12	11	8	19	19	17	13	36	30	27	18	90
89	18	12	10	8	19	18	17	12	35	29	25	18	89
88	16	10	10	5	17	16	16	11	33	28	23	17	88
87	15	10	9	5	17	15	15	11	32	26	22	17	87
86	14	9	8	5	16	14	15	10	31	25	21	16	86
85	13	9	8	4	16	14	14	10	29	20	21	14	85
84	13	8	7	4	16	13	13	10	28	20	21	14	84
80	11	6	6	3	13	10	11	8	23	16	17	11	80
75	9	5	5	2	11	9	9	7	20	14	14	9	75
50	2	1	1	0	4	3	4	2	7	4	5	3	50
25	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	25
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Nota. HI, Hiperactividad-Impulsividad; IA, Inatención.

Rating Scale-IV: Checklists, Norms and Clinical Interpretation; George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos and Robert Reid. Copyright 1998 by the authors.

ANEXO 2:

Carta descriptiva

Carta descriptiva

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
EVALUACION DE SI MISMO	valorar las capacidades del sujeto así como evaluar la autopercepción del mismo.	la ficha de la actividad y un bolígrafo	Lo que se hace bien	15-20 minutos	Visual	No verbal
EVALUACION DE SI MISMO	Evaluar los aspectos positivos y negativos de sí mismos y la manera en que se autoevalúa el grupo.	Ficha de la actividad y un lápiz.	Mi forma de ser	15-20 minutos	Visual	No verbal
EVALUACION DE SI MISMO	Reconocer los cambios positivos en uno mismo y en los demás y felicitarse por ellos	Ficha de la actividad y lápices	Lo que ha cambiado en mí	30 minutos	Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIA	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
EVALUACION DE SI MISMO	Reconocer las características propias que han cambiado con el paso del tiempo	Hojas y lápices	Yo: antes y ahora	30 minutos	Visual	No verbal
EVALUACION DE SI MISMO	Identificar los cambios positivos propios y de los demás y felicitarse por ellos	Ficha de la actividad y un lápiz	Al paso del tiempo	10-15 minutos	Visual	No verbal
EVALUACION DE SI MISMO	Reflexionar sobre las propias cualidades y defectos con el fin de promover la propia aceptación	Lápices, fotocopias de folletos publicitarios	Que cambiaría de mi personalidad	10 minutos	Visual	Verbal
EVALUACION DE SI MISMO	El participante evaluará algunas de sus cualidades	La ficha de actividad y lápices	Cualidades propias	5 minutos (ind) 10 minutos (gpo)	Kinestésica Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
EVALUACION DE SI MISMO	Rebatir las creencias negativas de sí mismo y reflexionar sobre las relaciones interpersonales	Ficha de actividad y lápices	Actos positivos reforzados	10 minutos	Visual	No verbal
EVALUACION DE SI MISMO	Identificar aquellos rasgos de la personalidad deseados y no deseados con el fin de conocerse mejor	Carta de la actividad y lápices	Queridos Santos Reyes	5 minutos	Visual	No verbal
EVALUACION DE SI MISMO	Identificar rasgos de la personalidad que se pueden cambiar para mejorar las relaciones sociales y la autopercepción	Hojas y lápices	El genio de la lámpara	45-60 minutos	Visual	No verbal
EVALUACION DE SI MISMO	Los participantes conocerán la manera en que expresan sus sentimientos usando el lenguaje corporal	Ninguno	El escultor	30 minutos	Kinestésica Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Diferenciar los hechos y las interpretaciones sobre ellos y plantear interpretaciones alternativas para aquellos en que se tengan ideas negativas	Ficha de la actividad y bolígrafo	Pensar bien para acertar	50-60 minutos	Kinestésica Visual	Verbal
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Aprenderán que es más fácil acceder a un objetivo paso a paso consiguiendo superar la idea frustrante de la imposibilidad de alcanzar sus metas.	Ficha de la actividad y lápices	Ascendiendo hacia el triunfo	5-10 minutos	Visual	No verbal
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Reflexionar acerca de como nos formamos una imagen de los demás y los etiquetamos	Ficha de la actividad y lápices	Percepción de los demás	60 minutos	Kinestésica Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Analizar la forma en que administramos el tiempo y elaborar estrategias para hacerlo mejor	Ficha de la actividad y plumines	Manejo de mi tiempo	20 minutos	Kinestésica	No verbal
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Comprobar que a partir de un mismo acontecimiento surgen diferentes apreciaciones, que una interpretación no siempre corresponde con la realidad y plantear interpretaciones alternativas	Ficha de la actividad y plumines	El león no es como lo pintan	10-15 minutos	Auditiva Kinestésica	No verbal
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Analizar nuestras concepciones y darnos cuenta de que nos pueden disponer en contra de alguien de forma injustificada	Ficha de la actividad y lápices	Reconsiderando	10-15 minutos	Kinestésica	Verbal
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Aprender a buscar varias interpretaciones para una misma realidad y entender que las inferencias	Ficha de la actividad y plumines de colores	Buscando la verdad	10 minutos	Kinestésica	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
	que hacemos para ella no pueden asumirse como ciertas totalmente					
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Aprender a interpretar la realidad en términos de grado juicios bipolares bien-mal, aprender a reconocer los lados positivos de cada situación	Ficha de la actividad y lápices	El lado bueno	10 minutos	Kinestésica	Verbal
INTERPRETACION DE LA REALIDAD	Comprender que la forma de actuar no solo depende de como se siente sino también de como se interpreta un suceso y que un mismo evento se puede interpretar de varias formas	Ficha de la actividad y lápices	Cuestión de perspectivas	10 minutos	Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
CONTROL DE LA ANSIEDAD	Disminuyendo el nivel de activación psíquica y física, aprender a actuar de manera más reflexionada y menos impulsiva	Narración para el educador, reproductor de música, cintas con música ambiental	Un viaje en tren	10-20 minutos	Auditiva	No verbal
CONTROL DE LA ANSIEDAD	Aprender a relajarse y así controlar la ansiedad y disminuir la activación física y psíquica	Narración para el educador, reproductor de música, cintas con música ambiental	Transformarse en un objeto	10 minutos	Auditiva	No verbal
CONTROL DE LA ANSIEDAD	Controlar la ansiedad por medio de la imaginación	Narración para el educador, reproductor de música, cintas con música ambiental	Los colores y la relajación	10-20 minutos	Auditiva	No verbal
CONTROL DE LA ANSIEDAD	Reflexionar acerca de nosotros mismos, conocernos mejor y reducir la activación	Guía de relajación para el participante y lápices (opcional)	Andando solo el camino	Una mañana o una tarde	Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
CONTROL DE LA ANSIEDAD	Los participantes alcanzarán un estado de relajación y eliminación de sentimientos negativos	Ropa cómoda	Marionetas	10 minutos	Kinestésica	No verbal
HABILIDADES SOCIALES	Obtener un panorama de sus habilidades para escuchar mejor dichas habilidades	Ficha de la actividad y lápices	¿Quieres probar tu empatía?	15-20 minutos	Verbal	No verbal
HABILIDADES SOCIALES	Reforzar las acciones positivas de otras personas a través del aprendizaje para hacer elogios y cumplidos, mejorar su habilidad de comunicación positiva	Ficha de la actividad y lápices	Elogios y cumplidos	10-15 minutos	Visual	No verbal
HABILIDADES SOCIALES	Aprender a aceptar las críticas e interpretarlas positivamente, extrayendo lo útil de cada una	Ficha de la actividad y lápices	Como tomar una crítica	10-15 minutos	Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
HABILIDADES SOCIALES	Superar los déficits en conductas sociales por medio del fomento a la competencia social	Ficha de la actividad, lápices y 4 barajas españolas (9, zota, caballo, rey, as)	Una corrida española	Se establecen plazos variables	Kinestésica	No verbal
HABILIDADES SOCIALES	Aprender a analizar situaciones sociales difíciles y plantear alternativas de solución	Ficha de la actividad y lápices	Veni, vidi, vici	60-120 minutos	Visual	Verbal
HABILIDADES SOCIALES	Incrementar la frecuencia de conductas sociales positivas y experimentando satisfacción	Reforzadores para las conductas positivas (opcional)	Conductas positivas en relaciones sociales	Se establece un plazo variable	kinestésica Auditiva	Verbal
HABILIDADES SOCIALES	los participantes sentirán los efectos del trabajo cooperativo	Ropa cómoda	Navegando	15 minutos	Kinestésica	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
HABILIDADES SOCIALES	Los participantes practicarán el trabajo cooperativo desarrollando habilidades de comunicación, liderazgo y ayuda mutua	Los que precise cada actuación	La función	60-120 minutos	Kinestésica Visual Auditiva	No verbal/Verbal
HABILIDADES SOCIALES	Los participantes lograrán una mejor integración al grupo y potenciarán el desarrollo de habilidades sociales	Ropa cómoda	Robots de control remoto	45 minutos	Kinestésica Auditiva Visual	No verbal/Verbal
HABILIDADES SOCIALES	Propiciar la participación de todos los participantes para mejorar el ambiente en el grupo y fortalecer las relaciones sociales	Ropa cómoda	Nudo Gordiano	30 minutos	Kinestésica Auditiva Visual	No verbal/Verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
ASERTIVIDAD	aprender a distinguir los rasgos de la agresividad, pasividad y asertividad comprobando la manera en que diferentes personas perciben los mismos estímulos visuales.	5 imágenes de personas, de preferencia llevando a cabo una actividad, procedentes de anuncios, revistas o noticias.	Percepción visual de la agresividad, la asertividad y la pasividad	20 minutos	Visual	Verbal
ASERTIVIDAD	identificar situaciones difíciles en las que cuesta ser asertivos, reflexionar sobre las razones de esas dificultades favoreciendo la práctica asertiva.	Ficha de la actividad y lápices	Consigne tus metas cada día	15-20 minutos	Visual	No verbal
ASERTIVIDAD	Aprender las diferentes formas de emitir opiniones personales y su impacto en los demás	Ficha de la actividad y lápices	Opiniones personales	40 minutos	Visual	Verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
ASERTIVIDAD	Conocer los estilos de conducta social y prepararse para actuar asertivamente	Ficha de la actividad y lápices	Como ser asertivo	15-20 minutos	Visual	No verbal
ASERTIVIDAD	Conocer los elementos de la conducta social y los diferentes estilos de esta	Ficha de la actividad y lápices	Estilos de conducta social	20 minutos	Visual	No verbal
ASERTIVIDAD	Reconocer las críticas destructivas, como afrontarlas y reconocer los propios fallos	Ficha de la actividad y lápices	Afrontando las críticas	10-15 minutos	Visual	Verbal
ASERTIVIDAD	Aprender a ser asertivo con los demás, evaluar las habilidades	Ficha/carta de la actividad y lápices	Carta asertiva	30-35 minutos	Visual Kinestésica	Verbal
TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
ASERTIVIDAD	Los participantes aprenderán a asumir el rol del otro y aplicarán técnicas asertivas para interactuar con sus familiares	Papel y lápices, y lo que precise la escenificación	Interacción familiar	60 minutos	Kinestésica Visual Auditiva	No verbal/Verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
ASERTIVIDAD	Los participantes aprenderán a asumir el rol del otro y aplicarán técnicas asertivas para interactuar con sus familiares	Papel y lápices, y lo que precise la escenificación	Interacción familiar	60 minutos	Kinestésica Visual Auditiva	No verbal/Verbal
SOLUCION DE PROBLEMAS	Reflexionar acerca de los objetivos a largo y corto plazo que conforman su proyecto de vida y lo reestructurará	Lápices, plumines y copias de la ficha de la actividad	Destinos de mi vida	30 minutos	Kinestésica	Verbal
SOLUCION DE PROBLEMAS	Aprender el primer paso de un proceso secuencial para resolver un problema	Papel, sobres y lápices	¿Qué es un problema?	30-35 minutos	Visual	No verbal
SOLUCION DE PROBLEMAS	aprender a resolver un problema planteando diversas alternativas para una mejor solución	Papel y lápices	De que otra forma hacer las cosas	25-30 minutos	Visual	Verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIA	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
SOLUCION DE PROBLEMAS	Aprender a analizar paso por paso las consecuencias de una acción	Ficha/guía de la actividad y lápices	Posibles consecuencias	10-15 minutos	Auditiva	No verbal
SOLUCION DE PROBLEMAS	Aprender que es importante estar conciente de las consecuencias de las decisiones tomadas	Ficha de la actividad y lápices	Tomando una decisión	10-15 minutos	Visual	Verbal
SOLUCION DE PROBLEMAS	Aprender a trabajar en equipo y a llegar a acuerdos fomentando la negociación	Instrucciones, premios y un reproductor de cintas	Apretar y aflojar	50-60 minutos	Visual	Verbal
PERCEPCION DE SI MISMO	Valorar a las personas y eventos de nuestra vida más queridos y reflexionar sobre todo aquello que valoramos	Ficha de la actividad y lápices	Vamos a brindar	15 minutos	Kinestésica	Verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
PERCEPCION DE SI MISMO	Mejorar la percepción de sí mismos consiguiendo con ello elevar su autoestima.	Reproductor de audio o video	Reportaje sobre sí mismo	El plazo depende de cada participante	Auditiva Visual	No verbal
PERCEPCION DE SI MISMO	Reconocer las habilidades para una actividad específica, hacerlo públicamente con el fin de aumentar la autoestima	Ninguno	Promoción personal	El plazo depende de cada participante	Auditiva	Verbal
PERCEPCION DE SI MISMO	Incrementar la autoestima y mejorar las relaciones sociales	Ficha de la actividad y lápices	El observador oculto	El plazo se establece en la sesión	Visual	Verbal
PERCEPCION DE SI MISMO	Aprender a apreciar las cualidades personales así como los éxitos	Una PC, o cartulina y papel, etc. Depende de la modalidad elegida por el participante	Una página de presentación personal	El plazo depende de cada participante	Auditiva Visual	No verbal

TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	ACTIVIDADES	TIEMPO	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
PERCEPCION DE SI MISMO	Recordar momentos agradables, reflexionar sobre ellos y uno mismo, la amistad, etc. y compartirlo con los demás participantes	Fotografías de los participantes	Fotos personales	Tiempo variable	Visual	No verbal

ANEXO 3:

Evaluación de autoestima para adolescentes
Hoja de evaluación

EVALUACION DE AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES

Nombre y apellidos _____

Fecha _____ P. D. _____

A continuación se presenta una serie de situaciones, puede que algunas de ellas te ocurran frecuentemente, otras, por el contrario, pueden ser situaciones que no tengan nada que ver contigo. Señala a continuación, honestamente, que tanto te describe cada una marcando la casilla correspondiente:

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Casi nunca
4. Nunca

	1	2	3	4
1 Me resulta difícil expresar lo que siento frente a los demás				
2 Mis amigos confían en mí				
3 Soy divertido				
4 Me enoja fácilmente				
5 Mis amigos me aceptan como soy				
6 Me siento culpable de lo que ocurre a mi alrededor				
7 Mi familia me comprende				
8 Soy fácil de convencer				
9 Si me fuera posible cambiaría muchas cosas de mí				
10 Me siento feliz casi siempre				
11 Usualmente tengo buenas ideas				
12 Me considero una persona buena				
13 Creo que seré un triunfador en la vida				
14 No me gusta trabajar en clase				
15 Me siento más feo que los demás				
16 No me gusta dar mis opiniones, pueden resultar tontas				
17 Es difícil que alguien se fije en mí				
18 Mis padres respetan mis ideas y sentimientos				
19 Casi siempre consigo lo que me propongo				
20 Me desanima mucho hacer algo mal				
21 Se me dificulta solucionar lo que me sale mal				
22 Me gusta como soy				

Quiles y Espada (2004)

HOJA DE EVALUACION

Se comparan las respuestas del sujeto con las puntuaciones de esta tabla, sumándose la cifra que aparece en la casilla correspondiente a cada ítem.

	1	2	3	4
1 Me resulta difícil expresar lo que siento frente a los demás				
2 Mis amigos confían en mí				
3 Soy divertido				
4 Me enoja fácilmente				
5 Mis amigos me aceptan como soy				
6 Me siento culpable de lo que ocurre a mi alrededor				
7 Mi familia me comprende				
8 Soy fácil de convencer				
9 Si me fuera posible cambiaría muchas cosas de mí				
10 Me siento feliz casi siempre				
11 Usualmente tengo buenas ideas				
12 Me considero una persona buena				
13 Creo que seré un triunfador en la vida				
14 No me gusta trabajar en clase				
15 Me siento más feo que los demás				
16 No me gusta dar mis opiniones, pueden resultar tontas				
17 Es difícil que alguien se fije en mí				
18 Mis padres respetan mis ideas y sentimientos				
19 Casi siempre consigo lo que me propongo				
20 Me desanima mucho hacer algo mal				
21 Se me dificulta solucionar lo que me sale mal				
22 Me gusta como soy				

BAREMOS DE CORRECCION

Las puntuaciones oscilan entre 0 y 88

- 0-20 Autoestima muy baja
- 21-30 autoestima media baja
- 31-50 Autoestima media
- 51-70 Autoestima alta
- 71-88 Autoestima muy alta

ANEXO 4:**Actividades****Sección 1. Evaluación de sí mismo**

Lo que sé hacer bien
Mi forma de ser
Lo que ha cambiado de mí
Yo: antes y ahora
Al paso del tiempo
Que cambiaría de mi personalidad
Cualidades propias
Actos positivos reforzados
Queridos Santos Reyes
El genio de la lámpara
El escultor

Sección 2. Interpretación de la realidad

Pensar bien para acertar
Ascendiendo hacia el triunfo
Percepción de los demás
Manejo de mi tiempo
El león no es como lo pintan
Reconsiderando
Buscando la verdad
El lado bueno
Cuestión de perspectivas

Sección 3. Control de la ansiedad

Un viaje en tren
Transformarse en un objeto
Los colores y la relajación
Andando solo el camino
Marionetas

Sección 4. Habilidades sociales

¿Quieres probar tu empatía?
Elogios y cumplidos
Como tomar una crítica
Una corrida española
Veni, vidi, vici
Conductas positivas en relaciones sociales
Navegando
La función
Robots de control remoto
Nudo gordiano

Sección 5. Asertividad

Percepción visual de la agresividad, la asertividad y la pasividad

Consigue tus metas cada día

Opiniones personales

Como ser asertivo

Estilos de conducta social

Afrontando las críticas

Carta asertiva

Interacción familiar

Sección 6. Solución de problemas

Destinos de mi vida

¿Qué es un problema?

De que otra forma hacer las cosas

Posibles consecuencias

Tomando una decisión

Apretar y aflojar

Sección 7. Percepción de sí mismo

Vamos a brindar

Reportaje sobre sí mismo

Promoción personal

El observador oculto

Una página de presentación personal

Fotos personales

ACTIVIDADES**SECCION 1. EVALUACION DE SI MISMO****LO QUE SE HACER BIEN**
(Quiles & Espada, 2004)**Descripción**

Los participantes leerán una lista de actividades y las clasificarán de acuerdo a como se creen capaces de realizarlas.

Objetivo

El objetivo de la actividad es valorar las capacidades del sujeto así como evaluar la autopercepción del mismo.

Material

El material consiste en la ficha de la actividad y un bolígrafo.

Desarrollo

El primer paso de la actividad es la lectura de la lista de actividades que aparece en la ficha, de manera que el sujeto las clasifique de acuerdo con su capacidad para poder realizarlas, en la flecha que señala hacia arriba deben anotar las actividades que son capaces de realizar bien y en la que señala hacia abajo, aquellas no pueden realizar.

Cada participante observa las flechas y se hace una puesta en común por parejas.

Posibles variaciones

Se elaboran tarjetas con los resultados de cada participante y se distribuyen aleatoriamente en el grupo, de manera que cada uno evalúa las capacidades de otro compañero.

Si existe confianza entre los elementos del grupo la evaluación puede hacerse en voz alta, también tiene que ver el tamaño del grupo; se señalará en las flechas de abajo que actividades quieren lo sujetos aprender a realizar y se programará la forma de aprender a hacerlo. También se elaborará una ficha con todas las cosas que el sujeto puede realizar bien.

Observación

El listado de actividades debe adaptarse a la edad de los sujetos, el que se presenta a continuación se presenta uno pensado para un rango de edad de 12 a 14 años.

MI FORMA DE SER (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

A través de la apreciación de un dibujo, los participantes decidirán cuales son los aspectos positivos y negativos de su personalidad.

Objetivo

Evaluar los aspectos positivos y negativos de sí mismos y la manera en que se autoevalúa el grupo.

Material

Ficha de la actividad y un lápiz.

Desarrollo

La ficha de la actividad esta compuesta por 3 columnas, en la columna central se encuentran 5 dibujos referentes a diferentes áreas personales tales como el aspecto físico, las relaciones sociales, etc., los participantes deberán observar cada dibujo y reflexionar acerca de los aspectos positivos de su persona en esa área, estos serán anotados en la columna de la izquierda; en lo que se refiere a los aspectos negativos, se escribirán en la columna de la derecha.




Posteriormente se comentarán en el grupo las respuestas escritas.

Variantes



Pueden añadirse dibujos a la ficha que correspondan con áreas reales del grupo de participantes, como por ejemplo adaptar los dibujos para un grupo de ejecutivos considerando áreas propias de dicho grupo.

Considerando el conocimiento entre los participantes, se pueden discutir las respuestas y contrastar las opiniones de los participantes.

FICHA DE ACTIVIDAD

Positivo	Area personal	Negativo
		
		
		

Hoja 2

Positivo	Area personal	Negativo
	<p data-bbox="481 465 571 812">Mi apariencia</p> 	
		

Como me consideran los demás

LO QUE HA CAMBIADO EN MI
(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en reconocer aspectos del individuo que han mejorado con el paso del tiempo.

Objetivo

Reconocer los cambios positivos en uno mismo y en los demás y felicitarlos por ellos.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

Los participantes deben recordar como eran hace tiempo y, en la ficha de actividad, anotar algún aspecto que haya cambiado favorablemente. La ficha tiene tres columnas: en la primera se escribirá el nombre del participante, en la segunda la forma en que se recuerda hace tiempo, y en la tercera la manera en que cambió el aspecto mencionado.

Variante

Es posible añadir una columna en la que algún participante haga sugerencias a otro acerca de como podría mejorar aún más en el aspecto señalado.

Es importante añadir que la actividad esta diseñada para grupos con cierta trayectoria, ya que es importante que exista confianza entre ellos para no herir susceptibilidades a la hora de hacer los comentarios.

Ejemplo de ficha de actividad:

PARTICIPANTE	ANTES (algo que no me gustaba)	AHORA (como ha mejorado)
Fabiola		
César		
Arturo		
Sandra		
Felipe		
Yo		

YO: ANTES Y AHORA
(Karp, Butler & Bergstrom, 1998)

Descripción

Los participantes harán un dibujo de ellos mismos resaltando las características que tenían antes, posteriormente, harán otro dibujo enfatizando las características que reconocen tener actualmente.

Objetivo

Reconocer las características propias que han cambiado con el paso del tiempo.

Material

Hojas y lápices.

Desarrollo

El coordinador del taller pedirá a los participantes que hagan un dibujo de ellos mismos en el que enfaticen las características que tenían hace tiempo, luego pedirá que hagan otro en el que enfaticen las características que los distinguen ahora y, finalmente, promoverá una discusión en grupo acerca de los dibujos.

Variante

En la elaboración de dibujos se puede pedir la colaboración de otros participantes o parientes que describan al sujeto como era antes, puede ser un trabajo para llevar a cabo en casa.

Descripción

A través de la simulación de una tienda que vende rasgos de personalidad, los participantes reflexionan acerca de aquellos aspectos de sí mismos que quisieran cambiar.

Objetivo

Pensar acerca de las cualidades y limitaciones propias; promover la autoaceptación y la de los demás.

Material

Copias de las fichas de actividad y lápices.

Desarrollo

Los participantes serán invitados a comprar rasgos de personalidad que crean que necesitan renovar, esto se hará a través de unos volantes publicitarios. Posteriormente, se les repartirán las hojas de pedido para que las llenen y, finalmente, se les hará entrega sorpresivamente de un aviso legal.

Al final de la actividad se puede platicar en grupo acerca de la experiencia.

Ejemplo de fichas de actividad:

AHORA Y POR SOLO UNOS DIAS LLEGA HASTA USTED..

LA TIENDA DE LA PERSONALIDAD

Donde podrá encontrar todo aquello que necesita su persona para resultar más atractiva y exitosa

Aproveche, tenemos un amplio surtido en simpatía, carisma, constancia, habilidades sociales, belleza física y... en fin, todo lo que usted pueda necesitar!!

HAGA SU PEDIDO AHORA MISMO, NO SE ARREPENTIRA

CONTAMOS CON JUGOSOS DESCUENTOS Y OFERTAS ESPECIALES

HOJA DE PEDIDO "TIENDA DE LA PERSONALIDAD"	
RASGOS DE PERSONALIDAD QUE SOLICITO:	CANTIDAD QUE DESEO COMPRAR (en gramos, de 100g a 1000g)

	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000
Simpatía										
Autoconfianza										
Serenidad										
Perseverancia										
Belleza física										
Independencia										
Capacidad de esfuerzo										
Inteligencia										
Autoestima										
Prudencia										
Otros rasgos:										

CUIDADO!!!

La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial

**A través de la Subsecretaría para la Detección de Fraudes
hace un llamado a la ciudadanía:**

Por medio de este

AVISO

se hace de su conocimiento que la llamada "Tienda de la personalidad" es un auténtico fraude, le recomendamos mejor hablar acerca de su personalidad con su compañero de junto, seguramente le será más útil.

Y... por favor ya empiece a hablar con él!!!

LAS CUALIDADES PERSONALES

(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en evaluar las propias cualidades, llenando la ficha de actividad en la que se encuentran tres imágenes, referentes a cada tipo de cualidad.

Objetivo

Los participantes evaluarán sus propias cualidades en tres áreas distintas.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

De acuerdo con lo que se pide en la ficha de actividad, el participante llenará la casilla correspondiente a cada tipo de cualidad que se le pide.

	<p>Escriba aquí las habilidades manuales que posea</p>
	<p>Escriba aquí las habilidades intelectuales que posea</p>
	<p>Escriba aquí los sentimientos que le gusten de usted</p>

RECORDANDO LO BUENO

(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes recordarán episodios en los cuales hayan recibido un reconocimiento social.

Objetivo

Reflexionar sobre las relaciones interpersonales, rebatir las creencias negativas acerca de uno mismo, reflexionar acerca de las veces en que se ha actuado positivamente y se ha recibido un reconocimiento social.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

La actividad consiste en recordar eventos en los cuales los participantes hayan actuado positivamente y hayan sido reconocidos, la ficha de actividad da algunos ejemplos de ese tipo de momentos, sin embargo, cada participante puede poner en ella los sucesos que prefiera.

Variante

Es posible que, en lugar de que cada participante hable de sí mismo, otro compañero sea quien escriba en su ficha, esto proporcionará la posibilidad de volver a reforzar las acciones positivas de cada quien.

Recuerda un día en que...	Describe con detalle lo que pasó
Alguien te felicitó por algo que hiciste	
Hiciste una propuesta que todos los presentes apoyaron	
Alguien te tomó en cuenta para resolver un problema	
Alguien te lanzó un piropo pues lucías bien	
Alguien te agradeció por un favor que le hiciste	
Te ofrecieron una disculpa por algo que no te agradó	
Le pediste perdón a alguien por haberlo/a ofendido	
Otros recuerdos...	

QUERIDOS SANTOS REYES (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en escribir una carta a los Reyes Magos para pedirles que traigan algunos cambios en la personalidad que cada sujeto cree necesitar.

Objetivo

Evaluar los diferentes aspectos de la personalidad para reconocer los que son deseados y los que no, identificar que aspectos se quisieran cambiar.

Material

Copia de la "Carta a los Reyes Magos" y lápices.

Desarrollo

La actividad comienza cuando el educador dice a los participantes que se imaginen que es el mes de enero, que los Reyes están a punto de llegar y que es preciso escribirles una carta con aquello que les quieran pedir.

La condición para las peticiones es que no deben pedirse cosas materiales y además, los beneficios serán para sí mismo.

Se sugiere una Carta de ejemplo, pero cada participante puede redactar la suya propia.

Al final se puede discutir acerca del contenido de las cartas entre todo el grupo o en parejas.

Ejemplo de carta:

<p>Queridos Reyes Magos: Este año me he portado muy bien, por eso espero que me traigan lo que les voy a pedir. Primero, me gustaría renovar un aspecto de mi personalidad que no me gusta y que es _____, creo que si me ayudan yo podría hacer _____ para mejorarlo. También me he dado cuenta de que soy muy _____, y creo que me gustaría cambiar, además cuando voy a la escuela creo que fallo en _____. Yo puedo apoyarlos haciendo _____ para que sea más fácil el cambio. Mis mejores amigos son: _____ y, aunque los respeto y aprecio, a veces soy _____ con ellos y quisiera cambiarlo, tal vez si me propusiera _____ lo lograría. Con mi familia yo quisiera estar mejor, siento que _____ esta fallando en nuestras relaciones, pero si me propongo _____ creo que podré mejorarlas. Bueno, gracias por atender mi carta, espero que me traigan mis regalos. Atte. _____</p>

EL GENIO DE LA LAMPARA

(Karp, Butler & Bergstrom, 1998; Jongasma, Peterson & McInnis, 1999)

Descripción

A través de esta actividad, los participantes imaginarán encontrar una lámpara maravillosa a cuyo genio podrán pedir tres deseos acerca de como mejorar su personalidad.

Objetivo

Identificar aspectos de la propia personalidad que es necesario modificar para mejorar la percepción de sí mismo y las relaciones sociales.

Material

Hojas y lápices.

Desarrollo

El coordinador del taller pedirá a los participantes que imaginen que acaban de encontrar una lámpara mágica, al frotarla sale de ella un genio que les dice que es capaz de cumplirles tres deseos acerca de aspectos de su personalidad que quieran cambiar. Tras reflexionar un poco, ellos deberán elegir los deseos que pedirán. Finalmente, se discutirá en grupo acerca de los deseos de cada quien y de las razones que tuvieron para pedirlos y el coordinador les explicará que los cambios que se pretenden son posibles y que no es necesaria la magia para conseguirlos.

Variante

También se puede jugar a tratar de cambiar aspectos de la personalidad de otro participante, con lo que los participantes podrán darse cuenta de la imagen que proyectan a los demás y de los aspectos que pueden modificar para mejorar sus relaciones sociales.

Observación

Es importante puntualizar la importancia de que al usar la variante, no deben utilizarse etiquetas que puedan lastimar a los participantes, el coordinador debe ser cuidadoso de que la actividad se lleve a cabo con respeto y, de preferencia con sentido del humor. Los aspectos a cambiar a través de los deseos deben ser referentes a la forma de ser de los participantes y no a defectos físicos.

EL ESCULTOR (Musitu & Cava, 2000)

Descripción

Esta actividad consiste en un juego mediante el cual los participantes adoptan los roles de estatuas y escultores de manera alternada.

Objetivo

Los participantes conocerán la manera en que expresan sus sentimientos usando el lenguaje corporal, a la vez de que reflexionarán acerca de lo que transmiten sus gestos y movimientos corporales.

Material

Ropa cómoda.

Desarrollo

Se le pedirá a los participantes que se coloquen en parejas. Un miembro de cada pareja, elegido al azar, hará de escultor y el otro será la arcilla. La tarea del escultor será moldear su arcilla a manera de que exprese lo que él está sintiendo en el momento o algún otro estado de ánimo. Posteriormente, las estatuas dirán a los escultores que estado de ánimo creen ellos que el escultor trató de moldear. Al final se intercambian los papeles y se repite la dinámica.

Observación

Es importante contar con una sala amplia, además, esta actividad puede ser aplicada a sujetos de cualquier edad sin necesidad de adaptaciones.

SECCION 2. INTERPRETACION DE LA REALIDAD

PENSAR BIEN PARA ACERTAR

(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Esta actividad consiste en el análisis e interpretación de los acontecimientos de la vida del sujeto llevados a cabo por el mismo.

Objetivo

Diferenciar los hechos y las interpretaciones sobre ellos y plantear interpretaciones alternativas para aquellos en que se tengan ideas negativas.

Material

Ficha de la actividad y bolígrafo.

Desarrollo

Se pide a los participantes que hagan una lista de experiencias negativas, se pueden sugerir algunas como las de la lista adjunta.

A continuación se lee la primera situación y se escribe lo primero que se piense respecto de ella; como esta interpretación no puede ser afirmada como cierta dado que no le hemos pedido al sujeto que nos la explique, plantearemos interpretaciones alternas para la experiencia.

Se hace una puesta en común de las interpretaciones de cada experiencia de los sujetos y se procede a discutir las posibles alternativas positivas de dicha experiencia, con el objeto de evaluar la veracidad de ellas.

Finalmente se dialoga con los sujetos acerca de las implicaciones de hacer interpretaciones de las cuales no podemos estar seguros y porque se asume ese riesgo.

Ejemplo:

Situación	Pensamiento sobre la situación	
	Primera interpretación	Alternativas
Llamé a mi novia para ir al cine y me dijo que no porque le dolía la cabeza	Seguramente tiene cita con otro muchacho	<ul style="list-style-type: none"> • Realmente se siente mal • Realmente tiene otra cita • Tal vez tiene otras actividades urgentes • Tal vez tiene algún problema

ASCENDIENDO HACIA EL TRIUNFO (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes son instruidos para hacer una escalera en la que cada peldaño representa un logro personal, ellos graduarán sus éxitos escalón por escalón hasta llegar a un objetivo final.

Objetivo

Aprenderán a pensar que los éxitos se dan de manera gradual y desterrarán la idea tradicional de éxito-fracaso; además aprenderán que es más fácil acceder a un objetivo paso a paso consiguiendo superar la idea frustrante de la imposibilidad de alcanzar sus metas.

Material

Ficha de la actividad y lápices.

Desarrollo

En la ficha de la actividad aparece una escalera, los participantes deberán escribir en el peldaño superior un objetivo que se hayan planteado.

A continuación deberán escribir en los demás peldaños, empezando desde el inferior, los pasos que deben seguir para alcanzar gradualmente el objetivo planteado.

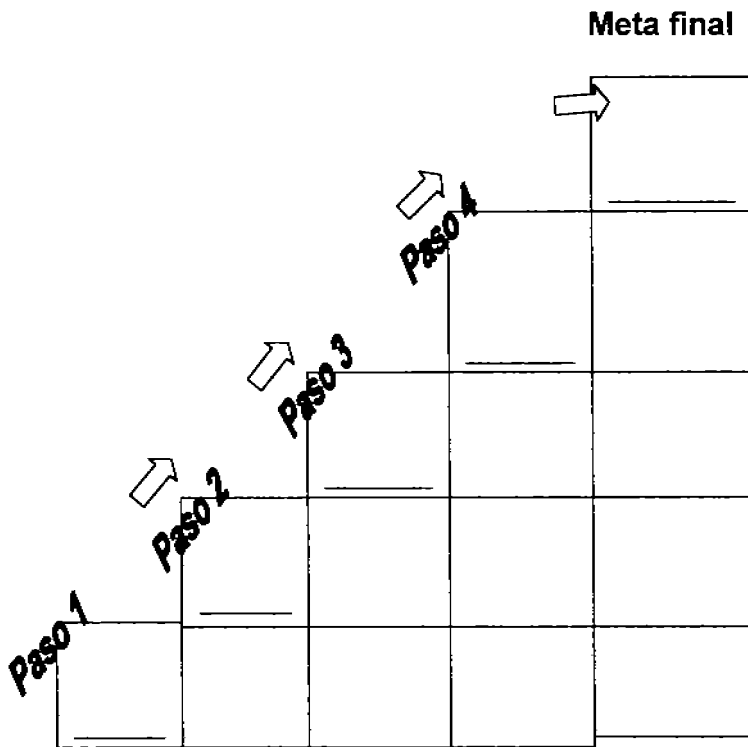
Ejemplo:

Juan quiere ingresar al equipo de atletismo de su escuela (objetivo final), para ello el deberá:

1. empezar a llevar una dieta balanceada
2. hacerse un chequeo médico para saber si es físicamente apto
3. empezar a hacer ejercicios aeróbicos
4. realizar las pruebas de aptitud en el equipo
5. seguir un entrenamiento metódico dirigido por el entrenador del equipo

Es posible establecer un plazo para cumplir cada meta parcial o escalón y así poder evaluar el propio desempeño.

FICHA DE ACTIVIDAD



PERCEPCION DE LOS DEMAS (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Cada participante reflexiona acerca de las etiquetas que tiene cada uno de los compañeros del grupo, tratando de determinar que tanto tienen de acertadas.

Objetivo

Reflexionar acerca de la manera en que concebimos a los demás; evitar el uso de etiquetas que encasillen a los demás.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

En ocasiones la gente lleva etiquetas que la acompañan mucho tiempo, en esta actividad los participantes asumirán una etiqueta entre las que se sugieren en la ficha de actividad.

En la primera columna de la ficha debe anotarse el nombre del participante al cual se le ha asignado determinada etiqueta; en segundo lugar los demás participantes deben mencionar tres eventos en los cuales crean que el sujeto etiquetado ha dado muestras de ser quien se ha pensado. Las tres evidencias deben haber sido vistas directamente por alguno de los participantes.

FICHA DE ACTIVIDAD

El miembro del grupo es...	Nombre	Evidencias que lo demuestran
Quejumbroso		1
		2
		3
Gracioso		1
		2
		3
Pesimista		1
		2
		3
Vago/a		1
		2
		3
Listo/a		1
		2
		3
Trabajador/a		1
		2
		3
Sabido/a		1
		2
		3

MANEJO DE MI TIEMPO (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Cada participante registra las horas que dedica a cada actividad en el día, para finalmente proponer una mejor administración del tiempo.

Objetivo

Los participantes reflexionaran acerca del uso que hacen de su tiempo y acerca de la mejor manera de emplearlo en el futuro.

Material

Ficha de actividad y plumines.

Desarrollo

Se siguen las indicaciones de la ficha de actividad.

FICHA DE ACTIVIDAD

Piense en las actividades que realiza al día o a la semana, en la siguiente tabla registre por hora dichas actividades.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8 h							
9 h							
10 h							
11 h							
12 h							
13 h							
14 h							
16 h							
16 h							
17 h							
18 h							
19 h							
20 h							
21 h							
22 h							
23 h							
0 h							
1 h							
2 h							
3 h							
4 h							
5 h							
6 h							

En esta tabla haz un recuento de las horas dedicadas a cada tarea, haz también una evaluación del tiempo que dedicas a cada una en las columnas marcadas para ello.

ACTIVIDAD	HORAS QUE DEDICO A LA SEMANA	EVALUACION			COMO PUEDO OPTIMIZAR MI TIEMPO
CLASES		POCO	OK	MUCHO	
ESTUDIAR		POCO	OK	MUCHO	
DORMIR		POCO	OK	MUCHO	
ESCUCHAR MUSICA		POCO	OK	MUCHO	
HACER DEPORTE		POCO	OK	MUCHO	
VER TELEVISION		POCO	OK	MUCHO	
SALIR CON AMIGOS		POCO	OK	MUCHO	
COMER, CENAR...		POCO	OK	MUCHO	
LEER		POCO	OK	MUCHO	
OTROS...		POCO	OK	MUCHO	
		POCO	OK	MUCHO	
		POCO	OK	MUCHO	

EL LEON NO ES COMO LO PINTAN (Quiñes & Espada, 2004)

Descripción

Se narra un texto y después se escucha la percepción que cada participante tiene de él.

Objetivo

Apreciar como es posible que diferentes personas tengan una percepción diferente de un mismo hecho objetivo, corroborar que una apreciación de un evento no siempre corresponde con la realidad, finalmente, entender que debe contarse con evidencias cuando se hace una interpretación de la realidad.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

El educador narra la siguiente historia:

En la oficina el empleado García se levanta de su silla. Lleva en la mano unos papeles con muchos números y operaciones. García se acerca a la mesa del jefe de sección y se los entrega. Este los lee inmediatamente. Su rostro va cambiando lentamente desde una expresión neutra, pasando a la sorpresa, luego a la extrañeza, hasta que, finalmente, con los ojos desorbitados, se levanta de su silla y rompe enérgicamente el fajo de papeles. García vuelve abatido a su mesa, dejando ver en su rostro un indudable malestar.

A continuación se escribe la forma en que cada participante ha interpretado el suceso narrado.

Posteriormente se compara la interpretación del hecho con estas otras alternativas:

1. **El jefe tiene mal genio.** García ha presentado un buen trabajo, pero algún detalle que ha salido mal, ha provocado que su jefe lo destroce, junto con las muchas horas de trabajo de García.
2. **El trabajo no fue bien elaborado.** Como el trabajo presentado tenía tantos errores, el jefe no tuvo más remedio que romperlo, para enseñarle a García que no podía presentarle trabajos tan imperfectos.
3. **El jefe no estuvo contento con el resultado.** El jefe no se contentó con los resultados del trabajo ya que reflejan que su departamento no ha funcionado bien, como él espera un ascenso esos resultados le perjudican y por ello rompió las hojas.

Finalmente, lee la historia y trata de determinar que hechos son seguros y cuales no lo son, es decir, que se basan solo en suposiciones.

HECHOS SEGUROS

HECHOS SUPUESTOS

RECONSIDERANDO

(Quiñes & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes analizarán sus opiniones y creencias acerca de determinadas situaciones tratando de ver si existen realmente evidencias que las sustenten.

Objetivo

Aprender que a veces la predisposición que tenemos hacia ciertas cosas, personas o situaciones nos lleva a tener una visión equivocada de ellos; además los participantes aprenderán a cuestionar sus propias creencias.

Material

Ficha de la actividad y lápices.

Desarrollo

Deben seguirse los pasos indicados en la ficha de actividad:

1. Anotar las ideas positivas y negativas acerca de los personajes que se plantean.

Políticos

Positivos	Negativos
<ul style="list-style-type: none"> Protegen a la ciudadanía Administran los impuestos Cuidan los recursos ecológicos 	<ul style="list-style-type: none"> Abusan de los recursos económicos Promueven y fomentan la corrupción

2. Escribir los datos que confirmen dichas opiniones.

<ul style="list-style-type: none"> Realmente dedican mucho tiempo a su trabajo Se exponen mucho cuando toman decisiones importantes Sus familias pasan muy poco tiempo con ellos 	<ul style="list-style-type: none"> Nunca hay recursos suficientes para las obras públicas necesarias Siempre resultan socios o dueños de grandes empresas al final de sus períodos
---	--

3. Se discute en grupo acerca de lo escrito.

Observación

Se inicia la actividad escribiendo acerca de personas conocidas o cercanas a los miembros del grupo.

FICHA DE ACTIVIDAD**Profesores**

Positivos	Negativos
Datos que lo confirman	Datos que lo confirman

Sacerdotes

Positivos	Negativos
Datos que lo confirman	Datos que lo confirman

Deportistas

Positivos	Negativos
Datos que lo confirman	Datos que lo confirman

Enfermeras

Positivos	Negativos
Datos que lo confirman	Datos que lo confirman

Cantantes

Positivos	Negativos
Datos que lo confirman	Datos que lo confirman

BUSCANDO LA VERDAD (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Se buscan alternativas explicaciones para los sucesos que nos ocurren y se estima la probabilidad de su certeza.

Objetivo

Aprender que las interpretaciones acerca de un suceso no necesariamente son ciertas y que se deben explorar explicaciones alternativas; también se aprenderá a ser más positivo en cuanto a la interpretación de los sucesos cotidianos e importantes.

Material

Ficha de la actividad y plumines de colores.

Desarrollo

Seguir las indicaciones de la ficha de actividad.

FICHA DE ACTIVIDAD

En base a una misma situación pueden darse diferentes interpretaciones, por ejemplo:

Daniel esta en la biblioteca de la escuela y su mejor amiga pasa junto a él, pero ella no le contesta el saludo. Daniel piensa que tal vez esta enojada por algo que él le hizo pero no sabe que pueda ser, esto lo predispone en contra de ella y piensa “pobre niñita, no sabe el amigo que se pierde”. Sin embargo, lo que Daniel no sabe es que ella amaneció con un terrible dolor de muelas que no le permite pensar en otra cosa más que en algún medicamento que la cure y no ha saludado a nadie en el día.

Como se puede ver, Daniel interpretó mal el hecho de que su amiga no le saludara, además esto llevó a que se perjudicara la relación entre ambos.

A continuación se plantearán algunas interpretaciones alternativas:

1. Su amiga tuvo un gran pleito con su hermana y estaba distraída y triste
2. Su amiga realmente estaba enojada con él por alguna broma pesada
3. Su amiga estaba muy preocupada por algún trabajo escolar y un libro que no encontraba en la biblioteca

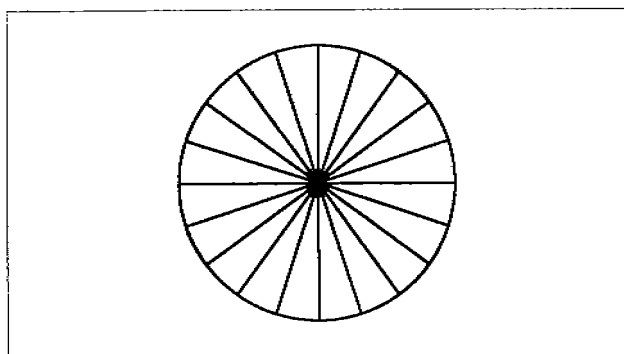
No todas la interpretaciones alternativas del hecho son igual de probables, por lo que se hará una estimación de dicha probabilidad. A cada interpretación se le asignará un color y después, en una gráfica circular se le representará con la probabilidad que se le asigne.

Interpretación 1: _____ % color _____

Interpretación 2: _____ % color _____

Interpretación 3: _____ % color _____

Finalmente se colorea en el gráfico el porcentaje de probabilidad de cada interpretación.



A continuación los participantes pensarán en alguna situación que hayan vivido y llevarán a cabo las interpretaciones posibles para ella, asignarán posteriormente un porcentaje de probabilidad para cada una y colorearán un gráfico como en el ejemplo.

Situación: _____

Interpretación 1: _____

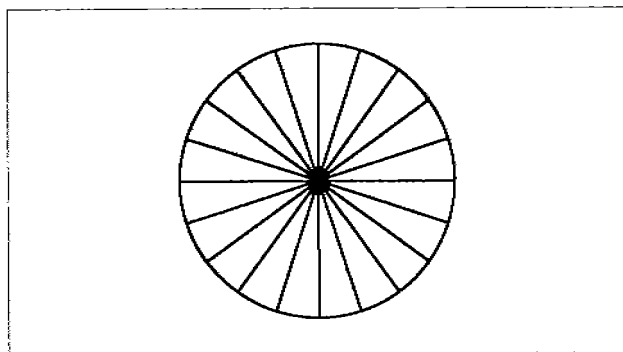
Interpretación 2: _____

Interpretación 3: _____

Interpretación 1 _____ % color _____

Interpretación 2: _____ % color _____

Interpretación 3: _____ % color _____



EL LADO BUENO (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en tratar de encontrarle el lado positivo a situaciones en apariencia totalmente negativas.

Objetivo

Valorar las experiencias reales en términos de grado en lugar de hacerlo con juicios bipolares (bueno o malo); evaluar las situaciones actuales que afectan a los participantes; aprender que existen aspectos negativos en la vida y aceptar tal situación, valorando también los aspectos positivos.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

La actividad comienza pidiendo a los participantes que recuerden alguna situación en la que hayan sentido que todo iba mal, por ejemplo:

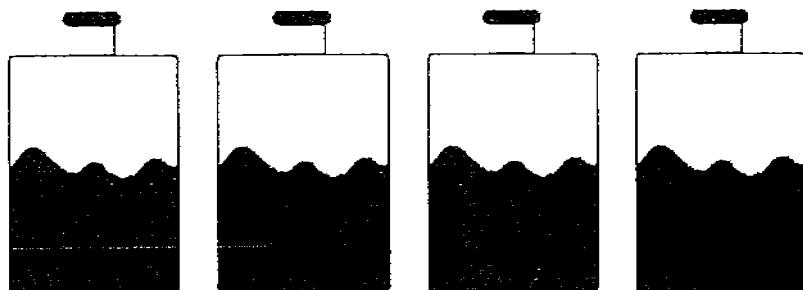
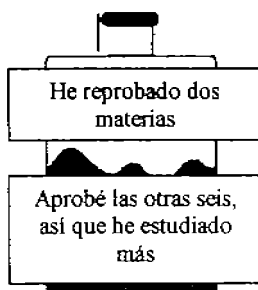
- Reprobé tres materias este semestre
- El equipo de fútbol de la escuela perdió uno de los partidos
- Un pariente cercano ha sido diagnosticado como diabético
- Me castigaron por haber llegado tarde a casa y no podré ir a la fiesta de fin de cursos
- He roto mi relación con mi novia/o

A continuación se pide a los participantes que describan brevemente las situaciones sugeridas en las botellas que aparecen en la ficha de actividad, en la parte medio vacía deben escribir la situación negativa, y en la parte medio llena de la botella escribirán los aspectos positivos que se pueden rescatar de la experiencia.

Observación

Es importante insistir en que la actividad no pretende fomentar el conformismo, si no que pretende que se aprenda a apreciar los aspectos positivos de todas las situaciones que se viven aunque estas no sean perfectas.

FICHA DE ACTIVIDAD



Ahora haz lo mismo con las otras situaciones que ha pensado en las botellas que sobran.

CUESTION DE PERSPECTIVAS (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en narrar una historia y después percatarse de las distintas interpretaciones del mismo suceso por parte de los personajes.

Objetivo

Comprobar que pueden existir diferentes interpretaciones acerca de un mismo evento y que estas influyen en los sentimientos y predisposiciones posteriores de cada sujeto, finalmente, evaluar el propio estilo de interpretación de la realidad.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

Se sugiere primero narrar la historia y posteriormente responder a los cuestionarios referentes a cada personaje, esto último para apreciar la perspectiva de cada uno.

Variante

Se pueden incluir otros personajes con distinta personalidad y evaluar también su perspectiva frente a los hechos.

Observación

Al final de la actividad se puede incluir a los participantes para que den su punto de vista de la situación narrada, así como de a que personaje creen parecerse más o de que depende el estado de ánimo de cada personaje.

FICHA DE ACTIVIDAD

Un chico muy alegre esta llamando a varios amigos para pasar juntos el fin de semana, sin embargo, cada uno de ellos tenía ya un plan y él tendría que pasarlo solo. Esto fue lo que le pretextaron sus amigos: Jorge se iría a un campamento con los scouts, Leticia se quedaría en casa estudiando para un examen, Raúl prefería salir al cine con su nueva novia y Felipe se iba a la fiesta de cumpleaños de su primo favorito.

Ahora póngase en el lugar de cada uno de los siguientes personajes y, atendiendo al tipo de personalidad de cada uno responda las preguntas siguientes.

1. Enojenio Malacara, siempre esta de malas por todo,

- ¿Qué pensaría Enojenio de la situación?
- ¿Qué pensaría Enojenio de sus amigos?
- ¿Como se sentiría con lo sucedido?
- ¿Qué pensaría de si mismo?
- ¿Cómo cree que reaccionaría Enojenio?

2. Paty Optim Ista, siempre ve todo positivamente,

- ¿Cómo tomaría Paty la situación?
- ¿Qué opinaría acerca de sus amigos?
- ¿Cómo se sentiría?
- ¿Qué pensaría de sí misma?
- ¿Cómo reaccionaría?

3. La Cenicienta, siempre se siente culpable,

- ¿Cómo tomaría la situación?
- ¿Qué pensaría acerca de sus amigos?
- ¿Cómo se sentiría?
- ¿Qué pensaría acerca de sí misma?
- ¿Qué reacción tendría?

CIERTO O FALSO

(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

En esta actividad se escenificará una situación similar a la descrita en la actividad “El león no es como lo pintan”, los participantes plantearán sus interpretaciones y se discutirá en grupo al final.

Objetivo

Mediante la actuación de una situación, los participantes reconocerán las diferentes perspectivas desde las que se puede interpretar un evento, y comprenderán que no necesariamente es válida la propia interpretación, sino que hay que tener en cuenta las versiones de los diferentes protagonistas.

Material

El que precise la escenificación.

Desarrollo

El conductor de la actividad dividirá el grupo en dos partes, de forma separada dará a cada subgrupo un guión a escenificar que corresponderá a una determinada situación. El primer grupo hará su actuación y, los que quedaron como espectadores plantearán sus alternativas de interpretación de la situación, de acuerdo con las estrategias aprendidas en esta sección y con la ayuda del conductor. Se hará una discusión final en el grupo. Terminando, será el segundo grupo el que actúe y el resto repetirá la dinámica de interpretación de la situación.

Observación

Es importante que todos los espectadores participen en la interpretación de la escena por igual, incluso, puede sugerirse que cada quien observe un personaje y al final reconstruir entre todos la escena, esto optimizaría los efectos positivos en el grupo ya que se trabajaría de una manera más cooperativa. Esta actividad no solo proporciona estrategias de interpretación de la realidad a los participantes, también, dada la interacción cooperativa entre los miembros del grupo, tiene efectos socioafectivos positivos y proporciona una estrategia de aprendizaje útil.

SECCION 3. CONTROL DE LA ANSIEDAD

UN VIAJE EN TREN (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Este ejercicio de relajación se basa en visualización de imágenes y respiración abdominal.

Objetivo

Relajar al sujeto para que pueda actuar más reflexionadamente por medio de la reducción de la activación física y psíquica y con ello reducir la impulsividad.

Material

Se requiere una guía con la narración para el educador y de manera opcional música ambiental.

Desarrollo

El lugar en donde se desarrollará el ejercicio debe ser preparado con iluminación suave, casi en penumbra; debe estar aislado de ruidos para evitar distracciones; la temperatura debe oscilar entre los 20 y 22 grados celsius para que resulte agradable y, finalmente, si es posible tender alfombras en el piso retirando previamente el mobiliario excesivo.

Al principio se pide a los participantes que adopten una postura cómoda, el monitor dará las instrucciones necesarias e irá narrando una historia que hará de hilo conductor, esta narración se hará de manera pausada dando un espacio entre cada frase, con voz suave y monótona tratando de transmitir serenidad.

Se explica a los participantes que van a realizar un ejercicio de relajación, deberán cerrar los ojos e ir imaginando todas las situaciones de la narración.

Antes de iniciar deberán practicar una respiración profunda durante algunos minutos guiados por el monitor: se toma el aire por la nariz, se contiene la respiración por unos cuatro segundos y después se expulsa por la boca; esta operación se repite durante varias veces hasta que los participantes dominan la respiración profunda.

Variantes

Es posible añadir situaciones a la historia: personas conocidas que se encuentra en el tren, paisajes diferentes, etc.

Observaciones

La duración de esta actividad puede ir de los 10 a los 20 minutos. Puede utilizarse música suave o sonido de trenes, siempre y cuando sea con un volumen moderado.

NARRACION:

Te vas de viaje. Abordas el tren, viajas solo. Tu asiento esta junto a una de las ventanas, puedes observar todo el paisaje. Es un tren antiguo pero esta en muy buenas condiciones y es muy cómodo. Tu asiento es suave y con una textura agradable, la temperatura es la ideal, ni frío ni calor. Fijate en todo lo que te rodea en el vagón: los carteles, las cortinitas de las otras ventanas, el equipaje que se encuentra en lo alto... continúa respirando profundamente uno... dos... tres... cuatro permite que tus pulmones se llenen de aire para después sacarlo de una vez, uno... dos... tres... cuatro...

El tren ha empezado su marcha lentamente, puedes sentirlo, no necesitas ningún equipaje, respiras tranquilo. Al principio estuviste un poco nervioso pero ahora estas muy a gusto. Respiras pausadamente aspirando el aire lentamente por tu nariz para después dejarlo escapar lentamente por tu boca... el tren empieza a tomar velocidad.

El paisaje: casas en construcción, edificios grises, montones de fábricas; no resulta muy bonito, sin embargo a ti te da una sensación de tranquilidad. El movimiento del tren y su música suave te arrullan llevándote a un estado de somnolencia. Fijate en el paisaje, fijate en todos los detalles a tu alrededor... Mientras tanto respira lentamente, aspira por tu nariz y suelta el aire por la boca, profundamente...

Poco a poco van quedando menos vías, empiezas a dejar el paisaje de la ciudad para adentrarte en el campo, donde predominan los tonos verdes... hay riachuelos y grandes zonas repletas de árboles que agita el viento al paso del tren. Sigue respirando, hazlo profundamente siente el aire puro llenando tus pulmones y llegando a todos los rincones de tu cuerpo.

Ahora el paisaje ofrece tonos dorados... campos de trigo, algunos árboles salpicando ese océano dorado. Te acercas al mar, el paisaje es más abrupto. Hacia donde mires te encuentras con ese mar de tonos ocre y amarillos, la brisa mueve las espigas y eso te da una sensación de tranquilidad... continuas respirando profundamente aspiras por la nariz y expulsas por la boca, lentamente...

Un túnel, lo atraviesa el tren y se aproxima a la costa, el paisaje aqui es más abrupto, pero la visión del mar merece la pena. El sol se refleja en el mar ofreciéndote destellos dorados... continuas respirando tranquilamente, aspirando el aire cada vez... El clima es espléndido, observas a la gente bañándose en el mar, recostada en la arena, cerca del mar donde éste rompe en las rocas en una fina espuma.

Recuerdas otras veces que has estado en el mar, sintiendo los rayos del sol sobre tu piel, completamente relajado, sintiendo que el tiempo transcurre sin prisa... esto te resulta muy agradable, continuas respirando profundamente.

El tren se aproxima a su destino, una estación muy agradable, esta limpia, muy cerca de donde estamos ahora. Hay otros trenes esperando su hora para partir, hay restaurantes, gente que viene y va... ve moviendo tus brazos, cuello, piernas, manos... ya puedes abrir los ojos.

TRANSFORMARSE EN UN OBJETO

(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes llevarán a cabo este ejercicio de relajación imaginando que se transforman en objetos.

Objetivo

Los participantes aprenderán a relajarse, reducir su nivel de activación y a controlar la ansiedad y la ira.

Material

Guía para el monitor y, de preferencia música ambiental suave.

Desarrollo

Lo primero es establecer un entorno agradable para los participantes, quienes ya sea sentados o acostados iniciarán la actividad.

La narración consta de 4 escenas en las que el participante será incitado a imaginar que se convierte en diversos objetos.

Los objetos tienen como característica común que, tanto sus entornos y/o sus movimientos sugieren una sensación de tranquilidad.

El monitor deberá leer cada escena de manera pausada y con voz suave y utilizar la música ambiental, también suavemente, si se dispone de ella.

NARRACION:

Arbol

Eres un árbol, frondoso, grande con un follaje hermosamente verde. Piensa en tu cuerpo empezando por tus pies, que son tus raíces; sigue por tus piernas y abdomen que son tu tronco; finalmente, tu torso y tu cabeza, junto con tus brazos son la copa, ramas y hojas, frutos. Obsérvate bien, detalladamente, por las mañanas tus hojas están bañadas por el rocío... el viento mueve tus ramas, siéntelo... las mece de un lado a otro suave y lentamente pues la brisa es tranquila, el movimiento es monótono... pero si la brisa es fuerte, te agita con furia y ellas lo acompañan sin oponerse... acompañan al viento en su vaivén.

Fuego

Ahora sientes el calor de una hoguera ya que eres una llama de fuego ardiendo... ¿recuerdas los colores del fuego?, ¿recuerdas los tonos anaranjados... azules... rojos... escucha el sonido del crepitar de la madera bajo tus pies... siente tu balanceo a consecuencia de la brisa de aire que es a la vez suave y fuerte, eres una llama que se consume poco a poco...

Agua

Eres una gota de agua flotando entre muchísimas más en medio del mar... imagínalo. Estas en una ola que acaricia de cuando en cuando la orilla de la playa... rompes sonoramente y dejas un rastro de espuma y agua...de repente, el mar te vuelve a llevar con él y más tarde te hace volver a la orilla rompiendo en una ola... una y otra vez... una y otra vez... nada te hace creer que cambiará este vaivén... nunca.

Bandera

Ahora serás una bandera, escoge aquella que más te guste por sus colores. No haces nada más que estar en lo alto de un edificio de gobierno en lo alto de un mástil... también pudiera ser que estuvieras en una casa, en un campo deportivo... lo realmente privilegiado de tu posición es que puedes admirar un panorama que nadie puede... ves a la gente, diminuta allá abajo yendo y viniendo, ni siquiera reparan en ti... te gusta estar así mecida por el viento cuando este te visita o recargada plácidamente en el mástil cuando no hay brisa. Te gusta sentir las caricias del viento y te dejas llevar por él sabiéndote y sintiéndote segura...

Comentarios

Es importante iniciar el ejercicio con algunas practicas de respiración profunda; al final del mismo se puede hablar acerca de las experiencias de los participantes durante el mismo como por ejemplo el grado de relajación alcanzado por cada uno.

LOS COLORES Y LA RELAJACION (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes practican la distracción mental mientras imaginan diferentes colores.

Objetivo

A través del fomento a la imaginación de los participantes, ellos disminuirán su activación física y psíquica, aprendiendo a usar pensamientos neutros para ello.

Material

Guión de la narración para el conductor de la actividad y música suave para ambientar el lugar.

Desarrollo

Primero debe cerciorarse el conductor de la actividad de que el lugar reúne las condiciones adecuadas para la relajación que se han explicado en las actividades anteriores, posteriormente, cuando los participantes se han acomodado, empezará a leer la narración.

Observación

Es importante practicar durante unos minutos los ejercicios de respiración explicados en las otras actividades, también se puede platicar al final de la narración, en grupo acerca de la experiencia de cada participante.

NARRACION:

Traten de no pensar en nada... imaginen una pared azul frente a ustedes... el color es como el del cielo en un día despejado... acérquense al muro... solo pueden apreciar el color azul... sientan su textura, es rugosa... como si fuera de cemento... noten que en otras partes el muro es de un azul más oscuro, pero siempre es azul... se sientan tranquilos... el azul les recuerda cosas apacibles como el mar o... el mismo cielo... recuerden ahora otras cosas que sean azules... comparen sus tonos con los de su muro... respiren, respiren profundamente...

Ahora caminan hacia otra estancia en donde las paredes son rojas... miren a un lado, solo se ve el rojo, arriba solo hay rojo, en el piso solo hay rojo... respiren, sigan respirando profundamente... concéntrese en el color rojo... piensen en cosas rojas como un atardecer... un coche... un globo... concéntrese en todos los detalles de estos objetos rojos... respiren, respiren profundamente...

Salen de esa habitación, despacio... llegan a otra en donde todo, absolutamente todo... es de color verde... respiran profundamente... como si fuera un bosque... si... allá aun lado es más oscuro... por otro lado es como un verde oliva... pero a ustedes les agrada más el verde jade, brillante y bruñido... de aspecto tan limpio... respiran profundo... empiezan a pensar en cosas que sean verdes... piensan en que tonos de su habitación se comparan con los de esas cosas... escogen un objeto en especial... se concentran en él, en todos sus detalles... respiran profundamente con sus ojos cerrados y sentados cómodamente...

Ahora, nuevamente salen de esa habitación... tienen sus ojos cerrados y respiran profundamente... bien, sigan así e imaginen que regresan a esta habitación, aquí hay muchos colores... traten de recordar todos los detalles de la habitación... los cuadros, los muros... las mesas de cristal... no pierdan ningún detalle... respiren profundamente...

Ahora, poco a poco muevan sus pies... sus manos... los brazos... lentamente muevan el cuello... respiren profundo... abran lentamente sus ojos y vean todos los colores que hay aquí en la habitación...

ANDANDO SOLO EL CAMINO (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en hacer un recorrido en solitario mientras se lee un guión para la reflexión personal.

Objetivo

Los participantes aprenderán a reflexionar sobre sí mismos y a conocerse mejor, así mismo, disminuirán su activación física y psíquica.

Material

Alguna reflexión personal y lápices.

Desarrollo

El conductor de la actividad explica a los participantes que a veces, con el ajetreo cotidiano, la gente llega a olvidarse de sí misma, sus metas y las razones que las sustentan, los detalles personales que le agradan y aquellos que quisiera cambiar y como hacerlo. Posteriormente les propone que durante una mañana libre o una tarde en la que puedan disponer de varias horas, hagan un recorrido solos, sin hablar con nadie y tratando de encontrar un lugar en donde puedan reflexionar a gusto. No es conveniente llevar cosas innecesarias como reproductores de cintas de audio o radios, el conductor seleccionará algún guión de reflexión personal y ayudará a los participantes a hacer un breve cuestionario, que ellos resolverán una vez que hayan reflexionado sobre sí mismos ayudados por el guión.

Observación

Pueden emplearse algunas variantes de los guiones que se proporcionan en las actividades de las secciones I y II de estas actividades.

MARIONETAS (Feldman, 2003)

Descripción

En esta actividad los participantes encontrarán otra manera de eliminar sentimientos y relajarse, a través de ejercicios que los harán sentir como marionetas.

Objetivo

Los participantes alcanzarán un estado de relajación y eliminación de sentimientos negativos por medio de la práctica de los ejercicios motrices y de respiración de la actividad.

Material

Ropa cómoda.

Desarrollo

El conductor de la actividad instruirá a los participantes para que cada vez que él diga “tiesos” ellos adopten una postura rígida estando de pie, y cuando él diga “flojos”, ellos se dejen caer de la cintura para abajo balanceando los brazos. El ejercicio se combina con un ejercicio de respiración que es como sigue: cuando los participantes se encuentran en la posición de “tiesos” aspiran aire y lo retienen en sus pulmones mientras se repiten mentalmente “yo”, cuando pasan a la posición de “flojos” sueltan el aire lentamente mientras se repiten a sí mismos “maravilloso”.

Observación

El ejercicio se repite varias veces y luego se hace una discusión en el grupo para compartir la experiencia.

SECCION 4. HABILIDADES SOCIALES

¿QUIERES PROBAR TU EMPATIA? (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes van a evaluar su capacidad de escuchar a sus compañeros.

Objetivos

Los participantes obtendrán un panorama acerca de sus habilidades para escuchar así como que mejorarán su repertorio de habilidades para escuchar a los demás.

Material

Cuestionario de empatía, plumas, y registro de observación.

Desarrollo

Los participantes trabajarán por parejas, colocándose cara a cara sentados.

Uno de los participantes empezará a contar algo al otro durante un período de cinco minutos aproximados, puede ser un tema libre o alguno sugerido por el educador. Durante este tiempo el escucha puede hacer preguntas acerca del tema pero no puede hablar acerca de sí mismo, de igual manera debe estar atento a las respuestas de su interlocutor.

Cuanto el educador indica el final de este ejercicio, se cambian los papeles entre los participantes.

En el momento en que ambos participantes han contado algo recíprocamente, contestarán el cuestionario que se anexa al final de esta descripción de la actividad; al terminar lo darán al compañero para que lo lea y se discutirá.

Finalmente, pueden intercambiarse las parejas y repetir el ejercicio, poniendo en práctica las sugerencias escuchadas del anterior compañero.

Variante

Una sola pareja platica en frente del resto del grupo, mientras tanto, la mitad del grupo registra lo que ve en uno de los participantes y la otra mitad del grupo registra lo referente al otro.

CUESTIONARIO DE EMPATIA

A continuación leerás 8 afirmaciones, es importante que recuerdes la forma de comportarse de tu compañero al momento en que tu hablabas, indica, de acuerdo con la escala siguiente el nivel en el que estas de acuerdo con cada una de las frases.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Dudoso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

Te agradeceremos el que contestes con mucha sinceridad.

Durante la conversación tu compañero/a...

1. Demostraba interés con su rostro
2. Mantenía su mirada fija en la tuya
3. Te incomodaba con su mirada
4. Asentía con la cabeza ante tus afirmaciones
5. Se situaba a una distancia inapropiada de ti
(muy cerca o muy lejos)
6. Te dejó hablar sin interrupciones
7. Te hizo preguntas acerca de lo que le contabas
que resultaran interesantes
8. Percibiste interés en tu interlocutor

	Totalmente en desacuerdo				
		En desacuerdo	En duda	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	

Sugerencias para el participante:

FICHA DE OBSERVACION

Observo a: _____

	Conductas y errores a observar	Conductas observadas en el participante
Forma de expresión del participante	Que expresa el participante: expresiones simples o vagas, interrupciones, acapara la plática, monosílabos, etc.	
Forma de escuchar del participante	Observa a su interlocutor, asiente o niega con la cabeza, etc.	
Comentarios		

ELOGIOS Y CUMPLIDOS (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes anotan acciones positivas y practican la forma de aumentar la frecuencia de realizar dicho tipo de acciones.

Objetivo

Los participantes lograrán reforzar las acciones positivas de otras personas a través del aprendizaje para hacer elogios y cumplidos, también mejorarán su habilidad de comunicación positiva en sus relaciones interpersonales.

Material

Ficha de la actividad y lápices, también pueden usarse hojas o tarjetas en blanco.

Desarrollo

Los participantes serán instruidos en la importancia de crear un buen ambiente en el grupo de trabajo para que todos estén a gusto con ellos.

Es frecuente que las conductas negativas de otras personas sean censuradas por nosotros, sin embargo, las positivas son consideradas con comentarios “era obligatorio” o “así tiene que ser” sin manifestarle nuestro agrado por su conducta.

Aprender a hacer elogios y cumplidos es importante para mejorar las relaciones interpersonales y puede perfeccionarse con la práctica.

Los participantes dispondrán de una lista de situaciones ya elaborada o que ellos mismos redacten, en la que anotarán de que manera elogiarían una actitud positiva para cada situación.

Variantes

Llevar un récord semanal de los elogios hechos a otras personas y tratar de superarlo cada vez; se puede escenificar alguna situación y practicar con varios elogios; para el caso de los niños pequeños, se sugiere el ejercicio de relación de columnas, en donde una columna contiene situaciones diversas y la otra elogios.

FICHA DE LA ACTIVIDAD

Escribe un comentario positivo para cada una de las afirmaciones siguientes:

1. Ves a un compañero ayudando en su tarea a otro

2. Un jugador de béisbol de tu equipo batea un home run

3. Un niño cede su turno a una niña para jugar en las maquinitas

4. La camisa de uno de tus amigos luce muy bonita

5. Tu mamá te ha preparado tu almuerzo favorito

6. El trabajo que hizo tu compañero te gustó mucho

7. Te presta tu amiga su calculadora científica

8. Tu mejor amigo ha aprobado el examen con 10

COMO TOMAR UNA CRITICA (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en un ejercicio de entrenamiento en la interpretación positiva paso a paso.

Objetivo

Los participantes aprenderán a analizar las críticas paso a paso y de esta manera interpretarlas positivamente, además aprenderán a aceptarlas y a distinguir entre las que son constructivas y las que solo se hacen para molestar.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

En esta actividad el conductor dirá a los participantes que recuerden alguna crítica actual o que les hayan hecho en el pasado, posteriormente, someterán la crítica a las preguntas que componen la ficha de actividad. Finalmente les explicará que aún las críticas que se hacen solo para molestar pueden ser provechosas si se saben analizar positivamente.

Variante

Al recordar la crítica que se quiere analizar, el participante la dividirá en: hechos, sentimientos u opiniones y la petición de cambio que se le demandó.

FICHA DE ACTIVIDAD

Crítica que he recibido:	
CUESTION 1 ¿Qué me estan diciendo?	
CUESTION 2 ¿Quién me lo dice?	
CUESTION 3 ¿Por qué me lo dice?	
CUESTION 4 ¿En qué tiene razón?	CUESTION 5 ¿En qué no tiene razón?
CUESTION 6 ¿Qué podría cambiar yo?	

UNA CORRIDA ESPAÑOLA (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes elaboran una lista de situaciones de interacción social, las ordenan de acuerdo a su dificultad para ser enfrentadas y luego plantean estrategias para hacerlo con éxito.

Objetivo

Fomentar en los participantes el interés por mejorar sus habilidades sociales.

Material

5 barajas españolas (9, zota, caballo, rey, as) una para cada participante; ficha de la actividad y lápices.





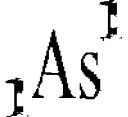
Desarrollo

Cada participante elabora una lista de situaciones sociales en las que cree que se sentiría incómodo o avergonzado; posteriormente se evalúa el grado de dificultad de cada situación y se ordenan en la ficha de actividad en orden ascendente desde la más difícil hasta la más sencilla, escribiéndolas en la columna de enmedio de la ficha; después, se asigna a cada situación la carta que le corresponde: a la más difícil se le asigna el as, a la siguiente el rey, a la siguiente el caballo, a la siguiente la zota y a la más sencilla el 9; es importante que el conductor de la actividad se cerciore de que las descripciones de las situaciones sean lo suficientemente detalladas. El paso final es establecer un plazo, por ejemplo una semana, para que los participantes pongan en práctica estrategias para enfrentar dichas situaciones, tras revisar los logros de cada participante, el conductor de la actividad premiará con la carta correspondiente a la actividad a aquel que haya logrado enfrentarla con éxito.

FICHA DE ACTIVIDAD

La “corrida” es la combinación de cartas que alcanza el mayor valor en un juego, sea póker o cualquier otro, si se consiguen las cinco cartas que la componen, el participante tendrá el mejor juego para mejorar sus habilidades sociales.

En la primera columna de la ficha aparecen las cartas ordenadas de acuerdo a su valor de manera ascendente, desde la más alta hasta la de menor valor; en la columna siguiente se debe escribir la situación que provoca dificultad para el participante; y, finalmente, en la tercera columna se deben escribir los logros de cada uno al enfrentarla.

Imágenes de las cartas de la baraja	Habilidad social o situación problema	¿Cómo enfrenté la situación?
	Presentarse a alguien	
	Pedir algo a alguien (algo prestado, un favor, etc.)	
	Preguntar una duda al profesor en clase	
	Hacerle a alguien una crítica constructiva	
	Decir “no” frente a una petición que no conviene	

VENI, VIDI, VICI
(VENIR, VER, VENCER)
(Jongsma, Peterson & McInnis, 1999)

Descripción

En esta actividad, los participantes aprenderán a reenfrentar situaciones sociales en las que antes no tuvieron éxito, por ejemplo alguna de las que se usaron en la actividad anterior “Una corrida española”, la manera de hacerlo será por medio de los pasos que se sugieren en la ficha de actividad.

Objetivo

Aprender a analizar una situación social y plantear las alternativas para enfrentarla con éxito.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

El coordinador del taller pedirá a los participantes que formen parejas y piensen en una situación social a la que se hayan enfrentado antes sin tener éxito, por ejemplo decir “no” frente a una petición que no conviene, hacer una crítica a alguien, solicitar a alguien que devuelva un objeto prestado hace tiempo. Posteriormente, el coordinador explicará a los participantes que la manera en que se enfrenta una situación social determinada es a menudo complicada sino se analiza de manera conveniente, que las decisiones que se toman para enfrentarla deben pensarse en términos de ventajas y desventajas propias y para los demás y de sus consecuencias posibles. Posteriormente les entregará la ficha de actividad y les pedirá que anoten la situación social que enfrentaron sin éxito, a continuación deben anotar lo que hicieron para enfrentarla junto con los pros y contras de esa decisión, después anotarán dos alternativas diferentes para enfrentar la situación y analizarán sus pros y contras, anotando todo ello en la ficha de la actividad. Al final se discutirán en grupo las alternativas que surgieron para enfrentar cada caso valorando su posible eficacia.

Variante

Se pueden proponer varias situaciones y analizarlas en grupo con ayuda del coordinador hasta llegar a una alternativa que, de acuerdo con todos, tenga buenas probabilidades de éxito.

FICHA DE ACTIVIDAD

A continuación, anote una situación social a la que se haya enfrentado sin éxito alguna vez.

Ahora anote que fue lo que hizo para enfrentarla en aquella ocasión.

Escriba las ventajas y desventajas de su decisión en ese momento.

Ventajas:

Desventajas:

Ahora plantee dos alternativas diferentes para enfrentar esa situación y anote las ventajas y desventajas de cada una.

Alternativa 1.

Ventajas:

Desventajas:

Alternativa 2.

Ventajas:

Desventajas:

CONDUCTAS POSITIVAS EN RELACIONES SOCIALES (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

En esta actividad se simulará un concurso en el que ganará aquel que adopte la conducta más positiva.

Objetivo

Fomentar el uso de conductas positivas hacia los demás, experimentando la satisfacción de hacerlo y de recibir conductas similares también.

Material

Reforzadores para las conductas positivas.

Desarrollo

Para empezar se hará una lista de las conductas que se consideren corteses y de buena educación; se elabora un sistema para la premiación de las conductas positivas; en un pizarrón se fijan hojas de papel que representan cada una a un participante, en esta hoja se registrará cada conducta positiva del mismo (quien recibe la conducta es quien la registra en la hoja del otro participante); se establece un plazo por ejemplo de una semana, al término del cual se suman los registros de los participantes y se procede a la premiación.

Variante

El concurso puede hacerse por equipos, o incluso para todo el grupo de participantes. Es importante que todos los participantes tengan la posibilidad de ganar, aunque no es recomendable que el sistema resulte demasiado sencillo pues los reforzadores perderían su carácter de incentivos.

Ejemplos de conductas positivas para el concurso:

- Pedir las cosas por favor
- Agradecer cuando se tiene una atención con uno
- Responder amablemente el saludo a los demás
- Prestar apoyo a quien lo necesite
- Disculparse cuando se tropieza con alguien más

NAVEGANDO (Feldman, 2003)

Descripción

En esta actividad los participantes interactuarán en un juego que favorecerá el contacto entre ellos y ayudará a la integración del grupo.

Objetivo

Mediante el juego de los remos, los participantes sentirán los efectos del trabajo cooperativo para conseguir el balanceo mutuo, además lograrán una mayor integración en el grupo.

Material

Ropa cómoda.

Desarrollo

Se coloca a los participantes en parejas, se les indica que se sienten en el suelo frente a frente con las piernas extendidas, luego se les indica que se sujeten de las manos y que empiecen a balancearse como si fueran un barco en el mar. El conductor de la actividad debe explicar que es importante la colaboración de los dos participantes para conseguir el balanceo y que una vez conseguido, la experiencia es divertida y relajante.

LA FUNCION (Feldman, 2003)

Descripción

La actividad consiste en organizar una función durante la sesión, en ella cada participante podrá hacer una demostración de talento (cantar, bailar, hacer teatro entre varios, etc.).

Objetivo

Los participantes mejorarán sus relaciones personales, el ambiente del grupo y, en el caso de la función de teatro, practicarán el trabajo cooperativo desarrollando habilidades de comunicación, liderazgo y ayuda mutua.

Material

Los que determinen las actividades de cada participante o participantes.

Desarrollo

Los participantes serán instruidos en el hecho de que en fecha posterior darán una función de talento al grupo o a algún invitado (familiar, amigo, etc.), se les instará a que se organicen y ensayen fuera de las sesiones del taller y, en caso necesario, el conductor del programa les ayudará. El día fijado se llevará a cabo la presentación en donde el conductor del taller será el maestro de ceremonia.

Observación

Puede prepararse el día con palomitas y refrescos, también pueden premiarse los trabajos y hacer una reflexión posterior sobre la experiencia de cada quien.

ROBOTS DE CONTROL REMOTO (Musitu & Cava, 2000)

Descripción

Esta actividad consiste en dirigir robots mediante instrucciones verbales para que realicen un desplazamiento por el aula, tanto los robots como los operadores son participantes.

Objetivo

Los participantes aprenderán a facilitar el contacto físico con los demás, con lo que lograrán una mejor integración al grupo y potenciarán el desarrollo de habilidades sociales de comunicación e interacción que favorecerán sus relaciones.

Material

Ropa cómoda.

Desarrollo

Primero que nada, el conductor de la actividad instruirá a los participantes acerca de que debe acondicionarse la sala para que represente un lugar con diversos obstáculos para desplazarse, después les dirá que formen parejas. Cada participante de la pareja asumirá un rol, uno será robot y el otro operador. Se le indicará a los robots que solo pueden moverse hacia adelante, con pasos lentos y de manera rígida, la labor de los operadores será guiarlos a través de la sala a manera de que no choquen con los obstáculos que se encuentran esparcidos en ella y con los otros robots en movimiento, lo único que pueden hacer los operadores para guiar a sus robots será darles instrucciones verbales como: vuelta a la derecha, de frente, izquierda, alto, etc. Después de la primera parte de la práctica se cambian los roles de robot y operador y se repite la dinámica. Al final, se comentan en grupo las experiencias de los participantes.

Variantes

Puede establecerse un código de instrucciones entre el robot y el operador, como dar una palmada para ir a la derecha, dos para la izquierda, etc.; dependiendo de las dimensiones de la sala pueden hacerse los desplazamientos de unas parejas primero y del resto después, con lo que los participantes pueden observar a los demás y divertirse con ello mientras piensan en como optimizar sus propios desplazamientos.

Observación

Dependiendo de la edad de los participantes deben seleccionarse los obstáculos y el recorrido total para los robots.

NUDO GORDIANO (Musitu & Cava, 2000)

Descripción

En esta actividad los participantes tendrán que deshacer un nudo humano con solo dar instrucciones verbales a los sujetos que lo forman.

Objetivo

Propiciar la participación de todos los participantes en la actividad, con lo que se mejorará el ambiente en el grupo y se fortalecerán las relaciones sociales.

Material

Ropa cómoda.

Desarrollo

Se selecciona a un participante al azar, o se solicita un voluntario, a este participante se le hace salir de la sala. En tanto, los demás participantes son instruidos por el conductor de la actividad para que formen un círculo y se tomen de las manos, después, sin romper el contacto, se entremezclan (por arriba, por abajo, de lado, etc.) hasta formar un nudo de brazos y cuerpos. Se le pide al sujeto que se encuentra afuera que entre a la sala y que, a través solo de instrucciones verbales, deshaga el nudo "Gordiano".

SECCION 5. ASERTIVIDAD

PERCEPCION VISUAL DE LA AGRESIVIDAD, LA ASERTIVIDAD Y LA PASIVIDAD

(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes, mediante la observación de imágenes, aprenderán a evaluar el aspecto de las personas, ya sea como agresivo, pasivo o asertivo.

Objetivo

A través del conocimiento de los elementos no verbales de la comunicación, los participantes aprenderán a distinguir los rasgos de los comportamientos agresivo, pasivo y asertivo y comprobarán la manera en que diferentes personas perciben los mismos estímulos visuales.

Material

Cada participante deberá contar con al menos 5 imágenes de personas, de preferencia llevando a cabo una actividad, procedentes de anuncios, revistas o noticias.

Desarrollo

Se trabajará por parejas, una por una se van mostrando las imágenes al compañero y, tras algunos segundos, el que observa decidirá el tipo de actitud de la persona en la imagen como asertiva, pasiva o agresiva.

Los elementos a observar para decidir serán: la expresión corporal y del rostro, los movimientos que realiza, etc.

En una hoja se registrará el número de imagen y la decisión acerca de la actitud, que se ha tomado.

Es importante no hablar en voz alta, a manera de que el compañero no sepa acerca de las decisiones tomadas.

Se intercambian las hojas de registro entre las diferentes parejas y se repite el proceso de decisión.

Variantes

Se pueden elaborar tarjetas con escritos que describan diferentes estados de ánimo, se toman una a una se procede a representar mediante gesticulación dicho estado de ánimo el cual debe ser interpretado por la otra persona.

En la observación de las imágenes, se puede anotar lo que se cree que esta pensando la persona en dicha imagen.

Observación

Debe hacerse hincapié en la importancia de no emitir juicios respecto de otra persona solo en virtud de su aspecto físico, sus gesticulaciones y, en general, de su conducta no verbal, este deberá ser un elemento complementario del resto de la información que se recibe del entorno. Es importante informar esto a los participantes, esto les hará apreciar los elementos de su propio repertorio gestual para aprender a modularlo.

CONSIGUE TUS METAS CADA DÍA (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes se impondrán tareas a realizar cada día con el objeto de superar situaciones difíciles que anotarán en una lista.

Objetivo

Los participantes identificarán aquellas situaciones difíciles en las que les cuesta ser asertivos, reflexionarán sobre las razones de esas dificultades favoreciendo así la práctica asertiva.

Material

Ficha de la actividad y lápices.

Desarrollo

El educador empieza por definir lo que son las habilidades sociales y la conducta asertiva, así como otros tipos de conducta que usamos al relacionarnos con los demás.

Posteriormente, pedirá a los participantes que piensen en situaciones en donde les haya resultado difícil ser asertivos y en las que hayan pasado un mal rato, puede hacerse en grupo organizando una ronda en la que cada quien cuente la situación embarazosa en la que se vió envuelto. Partiendo de esto, se le explica a los participantes que a todos nos puede ocurrir ponernos nerviosos frente a ciertas situaciones, antes de que ocurran (se piensa en que pasará al actuar frente a otras personas), durante la situación (se piensa en lo que piensan acerca de uno o si se está actuando mal) y después de la situación (se piensa en como reaccionarán los demás frente a una posible mala actuación nuestra).

A continuación se les pide que hagan una lista de las situaciones en donde se hayan desempeñado mal ante los demás y que también anoten aquellas en que posiblemente lo harían.

Ejemplo de una lista de situaciones.

- Preguntar algo que no se entendió al maestro
- Ir a la tienda a comprar algo y pagarlo
- Reclamarle a un compañero de equipo por no hacer su parte del trabajo
- Pedirle a los padres que les den un poco más de dinero para los gastos semanales
- Actuar una escena de teatro frente a los compañeros
- Platicar con un compañero/a desconocido
- Alabar a un compañero por haber hecho un buen trabajo
- Pedirle un favor a alguien
- Pasar al pizarrón a resolver un ejercicio de matemáticas
- Ver a otros niños jugando y pedirles que te dejen jugar con ellos
- Declamar una poesía frente al grupo

(Se adaptará la lista de acuerdo con la edad de los participantes)

El educador explicará a los participantes que una buena forma de perder el miedo a ciertas situaciones, es practicando aquello que debe hacerse para enfrentarlas e irlo perfeccionando cada vez. Les propondrá después que se propongan como una prueba a superar cada una de las situaciones de la lista y que las enfrenten valientemente, una situación cada semana.

Se les proporciona la ficha de la actividad y se les explica que deben anotar en la columna de la izquierda la meta a superar en el cuadro del día correspondiente, en la columna central anotarán el resultado de la ejecución mediante símbolos por ejemplo un sol si resultó bien y un relámpago si no se logró, finalmente, en la columna derecha se anotará aquello que se considera que debe hacerse para mejorar cuando surja de nuevo la situación.

Ejemplo de una ficha de la actividad:

Día	Meta del día	Resultado	Como puedo mejorarlo
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Variante

Puede realizarse la actividad en parejas, así se tendrá otro criterio al momento de analizar las situaciones.

OPINIONES PERSONALES (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Esta actividad consiste en el análisis de las diferentes maneras de hacer una crítica, viendo las conveniencias e inconveniencias de cada una.

Objetivo

Los participantes aprenderán a expresar sus opiniones acerca de otros y las diferentes formas de pedir cambios en ellos, también aprenderán a ponerse en el lugar del otro a la hora de emitir una opinión crítica.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

Los participantes recuerdan situaciones en las cuales emitieron una crítica a alguien, el conductor de la actividad puede sugerir algunas. Se escribe la situación y se dan tres alternativas para hacer una crítica, posteriormente se elige la que se considera más conveniente. Posteriormente cada participante habla al grupo acerca de las razones de su elección. Al final, se forman grupos de tres y se discuten los inconvenientes y puntos a favor de cada respuesta dada.

Variante

Se puede elegir la situación y dar las alternativas de crítica, posteriormente se escenifica dicha situación para que los participantes tengan la oportunidad de hacer la crítica y de ser criticados. También, cada participante puede exponer la forma en que le gustaría recibir una crítica.

FICHA DE ACTIVIDAD

Elige la crítica que harías en cada una de las siguientes situaciones.

- Un compañero te muestra su reporte final de prácticas y te pide tu opinión, sin embargo te das cuenta de que está muy maltratado y mal redactado.
 - 1) Crítica 1: Yo creo que está muy bien y que puedes obtener buena calificación
 - 2) Crítica 2: Oye yo creo que tiene mérito, pero el profe tal vez se disguste por estas hojas maltratadas ¿no crees?
 - 3) Crítica 3: ¡Qué porquerías! La verdad, yo con ese trabajo mejor recurría a la materia o me anotaba al extraordinario de una vez

- Pasas a recoger a un amigo para ir a una fiesta, al llegar te das cuenta de que va demasiado arreglado para esa sencilla ocasión.
 - 1) Crítica 1: No inventes, no vamos a la ópera, cámbiate o me voy solo
 - 2) Crítica 2: Disculpa pero creo que deberías ir un poco más informal, es solo una fiesta
 - 3) Crítica 3: Vas súper, vámonos o se hará tarde

- Una persona del grupo no te cae bien y debes emitir una opinión a alguien más sobre ella, sin embargo no te sientes seguro como para sincerarte.
 - 1) Crítica 1: La verdad no lo he tratado mucho y podría darte una opinión equivocada
 - 2) Crítica 2: Creo que es un cretino, presumido y falso... mejor ni le hables
 - 3) Crítica 3: Para ser franco a mí no me cae nada bien

- Tu amiga ha decidido hacerse un nuevo corte de pelo pero tú crees que no le va bien.
 - 1) Crítica 1: ¡Hey! Ya te habías tardado con el cambio, te ves genial
 - 2) Crítica 2: Hubieras conservado tu corte, te iba muy bonito
 - 3) Crítica 3: Te ves bien, me gusta

Analice ahora que inconvenientes y ventajas presenta cada crítica en las situaciones descritas.

- Un compañero te muestra su reporte final de practicas y te pide tu opinión, sin embargo te das cuenta de que esta muy maltratado y mal redactado.

Crítica 1: Yo creo que esta muy bien y que puedes obtener buena calificación

Ventajas	Inconvenientes

Crítica 2: Oye yo creo que tiene mérito, pero el profe tal vez se disguste por estas hojas maltratadas ¿no crees?

Ventajas	Inconvenientes

Crítica 3: ¡Qué porquerías! La verdad, yo con ese trabajo mejor recursaba la materia o me anotaba al extraordinario de una vez

Ventajas	Inconvenientes

- Pasas a recoger a un amigo para ir a una fiesta, al llegar te das cuenta de que va demasiado arreglado para esa sencilla ocasión.

Crítica 1: No inventes, no vamos a la ópera, cambiate o me voy solo

Ventajas	Inconvenientes

Crítica 2: Disculpa pero creo que deberías ir un poco más informal, es solo una fiesta

Ventajas	Inconvenientes

Crítica 3: Vas súper, vámonos o se hará tarde

Ventajas	Inconvenientes

- Una persona del grupo no te cae bien y debes emitir una opinión a alguien más sobre ella, sin embargo no te sientes seguro como para sincerarte.

Crítica 1: La verdad no lo he tratado mucho y podría darte una opinión equivocada

Ventajas	Inconvenientes

Crítica 2: Creo que es un cretino, presumido y falso... mejor ni le hables

Ventajas	Inconvenientes

Crítica 3: Para serte franco a mi no me cae nada bien

Ventajas	Inconvenientes

- Tu amiga ha decidido hacerse un nuevo corte de pelo pero tu crees que no le va bien.
Crítica 1: ¡Hey! Ya te habías tardado con el cambio, te ves genial

Ventajas	Inconvenientes

- Crítica 2: Hubieras conservado tu corte, te iba muy bonito

Ventajas	Inconvenientes

- Crítica 3: Te ves bien, me gusta

Ventajas	Inconvenientes

COMO SER ASERTIVO (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Esta actividad consiste en que los participantes utilicen respuestas asertivas en sus relaciones con otras personas.

Objetivo

Los participantes aprenderán los diferentes estilos de conducta social, aprenderán acerca de lo que son las conductas asertivas y se prepararán para afrontar diferentes tipos de situaciones sociales de acuerdo con este estilo de conducta.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

Al inicio de la actividad el conductor hablará a los participantes acerca de los diferentes estilos de conducta social: la conducta pasiva, la conducta asertiva y la conducta agresiva. Posteriormente, los participantes trabajarán con la ficha de actividad en la que se encuentran descritas diferentes situaciones sociales en las que los sujetos poco asertivos tendrían poco éxito para enfrentar, los participantes decidirán acerca de como deben enfrentarlas asertivamente. Es importante notar que deben atender solo a lo que dice la ficha que son los elementos de la situación.

Variante

Anotar también en cada situación como serían las respuestas pasivas y las agresivas; también se pueden escenificar las situaciones; pueden establecerse otras conductas en la situación que condicionarían las respuestas de los participantes.

Observación

El conductor de la actividad aprovechará cada situación y sus respuestas para enseñar a los participantes detalles que podrían hacer más asertiva su respuesta, además es recomendable que los mismos participantes comenten entre sí dichas respuestas para intercambiar puntos de vista.

FICHA DE ACTIVIDAD

A continuación se describen diversas situaciones, responda como las enfrentaría de acuerdo al estilo social asertivo.

1. Haces una compra en la tienda y al revisar tu cambio te das cuenta de que te dieron de menos.

2. Estas en clase de Física y el fenómeno que han descrito se te hace muy confuso

3. En la fila para los boletos del metro, donde estas casi hasta atrás desde hace rato, llega un chico y colándose adelante de ti pretende comprar antes su boleto.

4. En el restaurante donde has ido quieres tomar un café y la mesera no te atiende desde hace rato.

5. Cuando la mesera te atiende te das cuenta de que te ha traído té en vez del café.

6. Estas buscando una calle y una persona se ofrece a explicarte pero lo hace tan enredado y tardado, que al final no le entiendes nada.

7. En el metro, la persona que viaja junto a ti tiene sucia la nariz, tu quieres avisarle para que se asee.

ESTILOS DE CONDUCTA SOCIAL (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

En esta actividad los participantes aprenderán a identificar los principales estilos de conducta social.

Objetivo

Conocer las características de los tres estilos de conducta social: el agresivo, el asertivo y el pasivo; reflexionar acerca de la propia manera de responder ante las diferentes situaciones sociales.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

En la ficha de actividad aparecen varias situaciones sociales junto con tres alternativas de respuesta para la misma, en pequeños grupos, los participantes deben decidir cual sería la más conveniente o inventar alguna que crean que lo es. También deben anotar al lado de cada una de las respuestas el tipo al que pertenece: agresiva, asertiva o pasiva.

Variante

Un participante, tras responder la hoja, dice a otro la situación y el tipo de conducta, el otro debe decidir cual de las tres alternativas presentada pertenece a ese tipo, modificar la complejidad de las situaciones o escenificarlas.

Observación

El conductor puede videografiar las escenificaciones y después usarlas para reforzar el conocimiento de los participantes acerca de la asertividad.

FICHA DE ACTIVIDAD

A continuación se presentan diversas situaciones sociales que le pueden ocurrir a cualquiera, léelas con atención. Posteriormente hay tres alternativas de respuesta para cada una marcadas con los incisos a), b) y c); primero, rodea el inciso correspondiente a la alternativa que creas más conveniente, después escribe en el renglón frente a cada alternativa el estilo de conducta social que creas que le corresponde (agresivo, asertivo o pasivo).

Situación 1. En la escuela, un compañero tuyo te pide tu equipo de geometría prestado hasta el día siguiente, a ti te gustaría prestárselo pero recuerdas que la última vez que le prestaste algo, lo perdió y no te lo pagó.

- a) Volteas y lo miras como queriendo golpearlo, le dices: mira yo no te presto nada, todo lo pierdes y no lo pagas, mejor cuida tus propias cosas. _____
- b) Lo miras a los ojos y le dices, mira comprende que yo también lo necesito y me afectaría mucho que lo volvieras a perder, pero sabes, ven a mi casa y allí haces tu trabajo, yo te ayudo. _____
- c) Lo miras de reojo, titubeas un poco y le dices: sale aquí esta, trata de no perderlo y, bueno si lo pierdes pues, no te apures. _____

Situación 2. Te invitan unos amigos a bailar, quieres verte súper y piensas que para eso la blusa de tu hermana es lo indicado, tu intención es pedirselas.

- a) (Sin agarrar la blusa) Oye hermanita, tu blusa esta padrísima que envidia. _____
- b) (Quitándole la blusa) Ni me reclames, acuérdate que hace dos semanas agarraste mi labial sin mi permiso, ¡ah! y ni se te ocurra acusarme. _____
- c) (Tomando con cuidado la blusa y dirigiéndote a tu hermana) Oye, te importaría prestarme tu blusa nueva, es que voy a ir a bailar, te prometo que la cuido mucho ¿sí? _____

Situación 3. Empiezas a asistir a una escuela en donde no conoces a nadie, vas a la cafetería a desayunar y ves a una chica sola en otra mesa, vas hacia allá con la intención de platicar con ella.

- a) (Sonriendo) ¡Hola! ¿Te puedo acompañar? Yo también vine solo. _____
- b) (Con aires de grandeza) OK, hoy tendrás el gusto de que comparta la mesa contigo preciosa (te sientas sin preguntarle si puedes). _____

- c) (Tímidamente y avergonzado te diriges hacia ella, la ves y de último momento te arrepientes y te vas, procurando no ser visto). _____

Situación 4. Planeas con tus amigos como pasarla el sábado, mientras ellos quieren ir a un parque de diversiones, tu prefieres charlar mientras escuchan música en tu casa.

- a) (Resignado) Les dices: bueno creo que si es mejor idea ir al parque de diversiones. _____
- b) (Con sentido del humor) Les dices: bueno, esta bien, hoy iremos al parque y otro día la pasamos en casa oyendo música ¿de acuerdo? _____
- c) (Visiblemente molesto) Les dices: hagan lo que quieran, a mi no me importan sus planes, en tanto más rápido se vayan mejor para mí. _____

Situación 5. Un amigo tuyo te invita a una fiesta, tu no quieres ir porque sabes que en esas fiestas todos toman mucho y siempre hay problemas.

- a) (Irónicamente) ¿Ir yo con esos tipos? No, yo no me mezclo con gente de esa ralea, se me hace extraño que tu les hables. _____
- b) (Sintiéndote nervioso) Bueno, estaré allí si quieres. _____
- c) (Serenos pero firme) Gracias por invitarme, pero tu sabes que esos muchachos son muy conflictivos y no me siento a gusto con ellos, pero luego nos vemos y tomamos un refresco para platicar. _____

Corrección de la actividad.

A continuación, el conductor de la actividad dará las respuestas correctas para que los participantes puedan corregir las propias. Explicará posteriormente porque esas son las respuestas correctas dando las características de las conductas en cada situación.

Respuestas correctas.

Situación 1	Situación 2	Situación 3	Situación 4	Situación 5
a) Agresivo	a) Pasivo	a) Asertivo	a) Pasivo	a) Agresivo
b) Asertivo	b) Agresivo	b) Agresivo	b) Asertivo	b) Pasivo
c) Pasivo	c) Asertivo	c) Pasivo	c) Agresivo	c) Asertivo

Explicación de las respuestas correctas (a manera de ejemplo se da la que corresponde a Situación 1.

Situación 1.

- a) La conducta es agresiva ya que:
- Mira al compañero como queriendo agredirlo
 - Le responde de una forma poco cordial
 - Le recrimina lo sucedido antes
 - Le da órdenes

En conclusión el sujeto descarga su enojo en su compañero y este último queda ofendido y humillado, por lo tanto la relación personal se deteriora.

- b) La conducta es asertiva ya que:
- Mira al compañero a los ojos
 - Le da un argumento coherente del porque no puede prestarle el equipo y lo hace de forma serena
 - Le ofrece una alternativa de solución

En conclusión el compañero se siente comprendido y agradece que se le quiera ayudar, en tanto, el sujeto se siente satisfecho, por lo tanto la relación personal resulta reforzada.

- c) La conducta es pasiva ya que:
- El sujeto no mira directamente al compañero
 - Actúa en contra de lo que realmente piensa
 - Hace solo una petición débil acerca de que no pierda el compañero sus cosas
 - Esta dispuesto a disculpar algo que de antemano sabe que le afectará

En conclusión el compañero resuelve su problema, esta tranquilo ya que esta disculpado por anticipado por si pierde el equipo, por lo que no tiene un interés real en cuidarlo, por otra parte, el sujeto se siente culpable por haber cedido y además preocupado por sus cosas. La relación personal no resulta positiva.

AFRONTANDO LAS CRÍTICAS (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes tratarán de distintas formas las críticas.

Objetivo

Aprender a distinguir entre las críticas constructivas de las que no lo son, aprender a responder a dichas críticas y a valorar las propias fallas.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

Al principio de la actividad, los participantes serán instruidos en las principales características de los estilos de conducta social agresivo, asertivo y pasivo; posteriormente se les dirá acerca de la importancia de responder asertivamente a las críticas. A continuación, los participantes leerán las críticas que aparecen en la ficha de actividad y anotarán la forma en que responderían a cada una de ellas.

Variante

Se pueden escenificar las situaciones e incluso, añadir nuevas críticas.

FICHA DE ACTIVIDAD

Todos podemos y hemos sido objetos de críticas, algunas son positivas y otras no lo son, algunas son constructivas y otras no. Es muy importante saber responder a las críticas, a continuación aparecen algunas críticas, anota en el cuadro que esta frente a cada una la manera en que responderías a ellas.

Tu mamá te dice: eres un vago ni siquiera arreglas tus cosas, tu recámara es un desbarajuste



Una amiga te comenta que en las conversaciones nunca dejas hablar a los demás



Un compañero de clase te mira despectivamente y te dice que eres un reverendo tonto



Un cuate te desmiente: “no es cierto lo que dices, Ana Guevara no ganó medalla en las últimas olimpiadas”



“La colcha de tu cama no esta bien puesta y además esta toda arrugada” te dice tu hermana mayor



En la calle un cuate te dice que los pantalones que llevas estan fatales, que eran de la epoca de su abuelito



El capitán de tu equipo te dice: “es imposible que no agarraras ese pase, era perfecto”



Tu papá: “no entiendo como fallaste en este exámen, se ve facilísimo”



CARTA ASERTIVA (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en responder a la carta de un amigo con problemas en sus relaciones sociales con sugerencias asertivas para que las mejore.

Objetivo

Los participantes aprenderán a distinguir entre las conductas sociales positivas y aquellas que no lo son, además aprenderán a buscar conductas positivas que mejoren sus relaciones sociales y a ponerse en el lugar de los demás.

Material

Ficha de actividad, hojas y lápices.

Desarrollo

El conductor de la actividad dice a los participantes que imaginen que les llega una carta de un amigo que se encuentra lejos y que les cuenta acerca de diversos problemas en sus relaciones sociales, pidiéndoles consejos para mejorarlas. A continuación los participantes leerán la carta que viene en la ficha de actividad y anotarán los problemas en relaciones sociales que encuentren en ella, finalmente, redactarán una carta sugiriendo lo que puede hacer en cada caso para mejorar sus relaciones interpersonales. Después de esto se llevará a cabo una discusión en el grupo acerca de lo que respondió cada quien.

Variantes

Se puede pensar en lo que cada uno puede hacer para relacionarse mejor en los diferentes ambientes en que se desenvuelve, escenificar diversas situaciones y practicar las conductas sugeridas; escribir una carta dirigida a ellos mismos sugiriéndose actitudes más positivas.

FICHA DE ACTIVIDAD

¡Hola amigo!

Espero que te encuentres muy bien. Te cuento que acabo de ingresar a una nueva escuela y no conozco todavía casi a nadie. Es difícil acoplarse porque allí ya todos se conocen y tienen sus propios grupos de amigos, debo decirte que me ha costado trabajo tratar con ellos. Pepe es quien se sienta a mi lado en el salón, luego me platica sobre los demás, pero yo a veces no sé que responderte, yo creo que quiere ser mi amigo pero a mi me da vergüenza hablarle mucho a los demás. En la clase de desarrollo personal estoy en un equipo con otros tres, casi no opino nada en las practicas porque ellos regularmente deciden lo que debemos hacer y yo creo que lo que a mi se me ocurre puede estar mal, así que me limito a hacer lo que me dicen. En educación física, el otro día metí dos goles en un partido, los compañeros me felicitaban y yo quería contestarles algo, pero no encontraba las palabras para hacerlo. Como verás yo quisiera hacer amistades pero me da miedo que algo de mi no les guste. Por cierto, el otro día en el descanso, un tipo que me cayó mal me pidió mi turno para pedir el almuerzo en la cafetería, yo le dije que me tocaba a mí, pero no le importó y pidió él primero, ahora trato de ir a la cafetería cuando él no esté allí.

Sabes que te aprecio y siempre he tenido en cuenta tu opinión, dime ¿qué puedo hacer para que las cosas me vayan mejor? Espero tu respuesta.

Saluda a los amigos, ¡hasta luego!

Tu amigo Elpidio Esquina

INTERACCION FAMILIAR

(Musitu & Cava, 2000)

Descripción

En esta actividad, los participantes recrearán una o varias escenas de su vida familiar, en las que deben incluirse situaciones que consideren que han sido molestas o difíciles de afrontar.

Objetivo

A través de esta actividad los participantes aprenderán a asumir el rol del otro, aplicarán técnicas asertivas para interactuar con sus familiares y aprenderán a conocerse más y a sus familiares también.

Material

Papel y lápices, el que precise la escenificación de cada participante.

Desarrollo

Al principio de la actividad, el conductor habla a los participantes de que en la familia es frecuente que surjan roces o dificultades, pero que la mejora de estas condiciones es tarea de todos, tanto de los padres y hermanos como de ellos mismos. A continuación, se pide a los participantes que formen pequeños grupos, en donde construirán una escena familiar a partir de las experiencias de cada quien. Se elabora un guión de las escenas con el papel de cada uno y se les pide que preparen su escena (con una duración aproximada de diez minutos). Después de las puestas en escena, el conductor dirigirá una discusión acerca de la manera en que tal o cual situación familiar escenificada pudo haber sido resuelta de una manera más óptima.

Variante

Pueden reescenificarse las situaciones, esta vez con las correcciones hechas a los papeles de cada quien, que se hicieron durante la discusión grupal.

SECCION 6. SOLUCION DE PROBLEMAS

DESTINOS DE MI VIDA (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Se elaborará una cronología de los pasos más importantes de la vida que se plantee cada participante.

Objetivo

Cada participante reflexionará acerca de los objetivos a largo y corto plazo que conforman su proyecto de vida y lo reestructurará.

Material

Lápices, plumines y copias de la ficha de la actividad.

Desarrollo

Los participantes se imaginarán que son un tren que atraviesa diferentes estaciones, cada estación representa un evento importante en su vida pasada y presente, las últimas estaciones representarán aquellos objetivos futuros, aquello que quieran vivir posteriormente; para ello deben elaborar una cronología lo más preciso posible (situando el evento en la fecha exacta o más cercana que se recuerde, acompañado de una breve explicación del mismo).

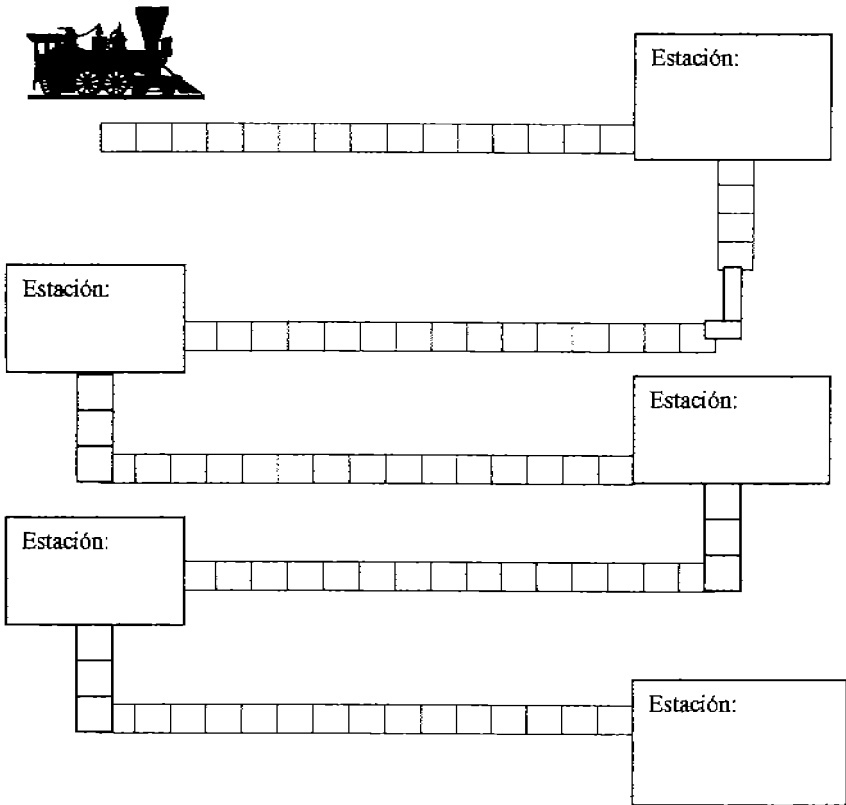
Finalmente se hace una puesta común, primero en tríos y luego entre todo el grupo.

Variantes

Esta actividad se puede realizar proponiendo los cinco sucesos/estaciones más importantes en la vida de cada sujeto y platicarse ya sea en parejas o grupos pequeños para que los participantes se conozcan mejor.

También se puede aplicar al grupo para analizar su trayectoria y los hitos que se hayan tenido a través de ella.

FICHA DE ACTIVIDAD



¿QUE ES UN PROBLEMA? (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en la definición de un problema en términos reales para encontrar una solución más fácilmente.

Objetivo

Los participantes aprenderán que definir un problema en forma concreta es el primer paso para solucionarlo y reconocer los problemas que se definen de manera ambigua, aquellos que se definen en forma concreta, y aquellos de los que falta información.

Material

Hojas y lápices.

Desarrollo

Primero, los participantes escribirán en las hojas algún problema que hayan tenido recientemente; después intercambian sus hojas con otros compañeros; los participantes explican el problema de la hoja que tienen de la forma más clara posible, de manera breve y escriben su explicación en la hoja. Se sugiere a los participantes este conjunto de preguntas para ayudarlos a definir el problema: ¿cuál es el estado actual del problema?, ¿quién está implicado en él?, ¿en qué momentos se presenta el problema? y ¿dónde se presenta el problema? Si no se puede contestar a alguna de las preguntas, se deja en blanco y se separan al final las incompletas para que después las completen sus propietarios. La manera de determinar que tan bien está definido el problema es la lectura en voz alta del mismo, para ver si todos lo entienden de la misma manera.

Variante

Redistribuir las hojas a manera que otros participantes den su propia definición y comprobar si los dos participantes que lo describieron lo vieron de la misma manera o de diferente y analizar en el grupo las razones.

DE QUE OTRA FORMA HACER LAS COSAS (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Por medio del ejercicio llamado lluvia de ideas, se plantean diversas alternativas para la solución de un problema.

Objetivo

Los participantes aprenderán que resolver un problema planteando diversas alternativas les hará tomar una solución de mejor calidad.

Material

Hojas y lápices.

Desarrollo

Se acomodan los participantes en círculo. Un participante escribe en una hoja una situación problemática propia o que conozca, pasa la hoja al compañero de al lado, quien lee el problema y escribe abajo una posible solución, en el mismo sentido pasa la hoja a otro compañero quien hace lo mismo, y así hasta terminar el círculo. Cuando la hoja llega hasta el que escribió el problema este lo lee en voz alta y también todas las soluciones propuestas. Finalmente se analizan en tríos los problemas escritos y sus soluciones, buscando más alternativas.

POSIBLES CONSECUENCIAS (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes apreciarán las posibles consecuencias de una acción.

Objetivo

Aprender a analizar las alternativas de solución de un problema previendo las posibles consecuencias de cada una y practicar a elegir la mejor opción.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

El conductor de la actividad explica a los participantes que a veces frente a un problema se toma la primera idea de solución sin prever las consecuencias, además de no pensar en que existen otras alternativas. Posteriormente les explicará que lo que propone la ficha de actividad es una guía que puede ser usada para analizar detalladamente las alternativas posibles para la solución de un problema y para aprender a escoger la mejor.

FICHA DE ACTIVIDAD

Escoja un problema y defínalo con claridad y precisión, escoja las posibles alternativas y analice, usando este formato las posibles consecuencias de cada una de ellas.

ALTERNATIVA				
CONSECUENCIAS				
A corto plazo		A largo plazo		
	Valoración 1-10		Valoración 1-10	
				Sobre mí
				Sobre otros

TOMANDO UNA DECISION (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Esta actividad consiste en la evaluación de las diferentes alternativas para la solución de un problema con la finalidad de escoger la mejor.

Objetivo

Los participantes aprenderán a evaluar que alternativas funcionan mejor para resolver un problema.

Material

Ficha de actividad y lápices.

Desarrollo

El conductor de la actividad explicará a los participantes que a veces el resultado de una medida tomada para resolver un problema depende de la forma en que fue tomada dicha medida, así como también de que aquellos que tomaron parte en ella hicieran lo que debían hacer, e incluso, de que la medida haya sido tomada a tiempo. Para evaluar el resultado de una determinada medida deben tomarse en cuenta ciertos pasos que se describirán a continuación. Usando la ficha de actividad, se leerá de nuevo la medida tomada, se contestará por parejas a las siguientes cuestiones: cuando, quién y como puso en práctica la medida, así como qué resultados reportó la misma. Finalmente se discutirá en grupo algún otro conjunto de alternativas de solución, también se puede poner en práctica la misma medida corrigiendo las deficiencias encontradas en la ejecución anterior o bien, se puede recurrir a la medida que quedó en segundo lugar durante el proceso de toma de decisiones.

FICHA DE ACTIVIDAD**PROBLEMA**

--	--

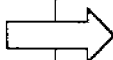
SOLUCION ELEGIDA

--	--

SOLUCION ELEGIDA

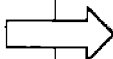
¿Se puso en práctica en el
plazo acordado?

¿Por qué?

**CONTENIDO**

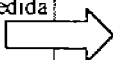
¿Se realizó correctamente?

¿Por qué?

**PERSONAS**

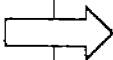
¿Todos los implicados en la medida
realizaron su parte?

¿Por qué?

**RESULTADOS**

¿Fueron los resultados como se esperaban?

¿Qué falta por hacer?

**DIFICULTADES**

--	--

APRETAR Y AFLOJAR (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en que dos equipos deben negociar para obtener sus objetivos, para ello deberán apretar y aflojar en el proceso de negociación.

Objetivo

Los participantes aprenderán a trabajar en equipo para obtener beneficios comunes, a través de la negociación aprenderán también la importancia de saber ser flexibles al momento de querer obtener lo que demandan.

Material

Fichas de actividad, premios y un reproductor de cintas de audio.

Desarrollo

Al principio de la actividad se dividirá el grupo en dos equipos, estos recibirán dos listas cada uno, en la primera "lista azul" se encontrarán los tres premios que conseguirán si logran que el equipo contrario lleve a cabo las tres tareas que vienen descritas en la segunda lista "lista roja". A cada tarea corresponderá un premio, de acuerdo a la numeración que tengan. Después de leer las instrucciones, deberán comprometerse en el contrato de "Declaración de principios", en este contrato ellos pondrán precio a las acciones que el equipo contrario les demandará, el precio puede ser material o referente a alguna condición (No estamos dispuestos a escribir la frase cincuenta veces a menos que: Pedro camine en cuclillas alrededor de la sala o que se nos den cinco pesos a cada uno); los precios deberán ser respetados a menos que resulten excepcionales. El objetivo de la "declaración de principios" es el de que los participantes digan que precio pondrían por alguna acción que se les requiriera. Posteriormente, cada equipo nombrará un negociador, que será el único en poder estar en contacto con el otro equipo. En esta parte empieza la negociación, se otorgan 15 minutos para que cada equipo trate de conseguir que el contrario lleve a cabo las tareas de su lista roja. Después de esta primera ronda, cada equipo contará con 5 minutos para reelaborar su declaración a fin de que, flexibilizando un poco sus precios o volviendolos más rígidos, puedan llegar a lograr sus objetivos. Después contarán con una segunda ronda de 10 minutos para finalizar la negociación. Se cuentan finalmente los logros de cada equipo y se discute en grupo la experiencia.

Observación

Existirán observadores neutrales que estarán tanto en las negociaciones como en las discusiones internas de los equipos, durante la discusión del grupo expondrán sus anotaciones. Durante la discusión de grupo se podrían tener en cuenta las siguientes cuestiones: ¿Qué postura tuvo cada grupo durante la "Declaración de principios", ¿qué tan razonables eran los precios de uno y otro equipo?, ¿eran similares?, ¿Pudieron haber obtenido mejores resultados?, ¿cómo?, ¿qué tan flexibles fueron los equipos a la hora de modificar su declaración?, ¿cómo fue el trabajo de los negociadores?, ¿representaron realmente los intereses del grupo?, ¿que tanto facilitaron u obstaculizaron cada equipo el trabajo del otro?, ¿qué conclusiones se pueden extraer de esta experiencia?

GRUPO B

En esta actividad deben tener como finalidad la consecución de la ejecución de las tareas de la lista roja de abajo por parte del otro equipo, si lo hacen, por cada tarea recibirán el premio correspondiente que aparece en la lista azul de abajo.

Instrucciones:

1. Deben completar la "Declaración de principios" que consiste en poner precio a ciertas acciones, el precio es el que ustedes cobrarían si les pidieran realizarlas.
2. Deben elegir un negociador, que es el único que podrá negociar con el otro equipo.
3. Tienen un primer período de negociación de 15 minutos y una segunda ronda de 10 minutos.

Lista azul (premios)

1. Obtener pases para el cine.
2. Tener doble descanso durante una semana.
3. Un libro para cada uno.

Lista roja (tareas para el equipo contrario)

1. Andar gateando alrededor de la sala a gatas.
2. Cargar de caballito a los de el equipo una vuelta a la sala.
3. Salir de la sala y gritar que estan locos.

Declaración de principios

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

SECCION 7. PERCEPCION DE SI MISMO

VAMOS A BRINDAR (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en rememorar eventos felices y personas a quienes se quiera o haya querido y celebrar el hecho de que hayan ocurrido y estado en nuestra vida.

Objetivo

Valorar a las personas y eventos de nuestra vida más queridos y reflexionar sobre todo aquello que valoramos.

Material

Ficha de la actividad y lápices.

Desarrollo

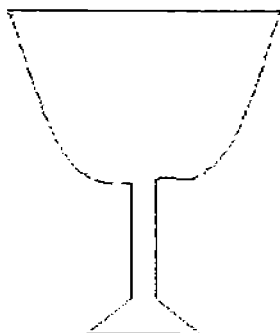
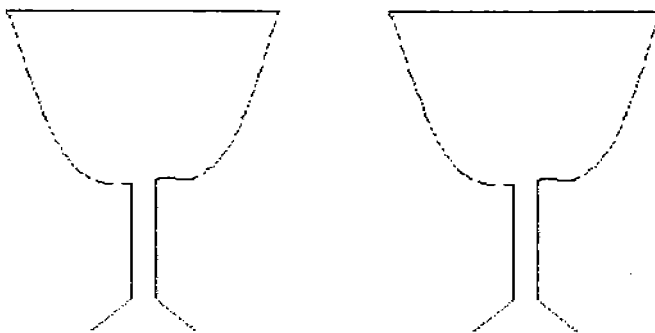
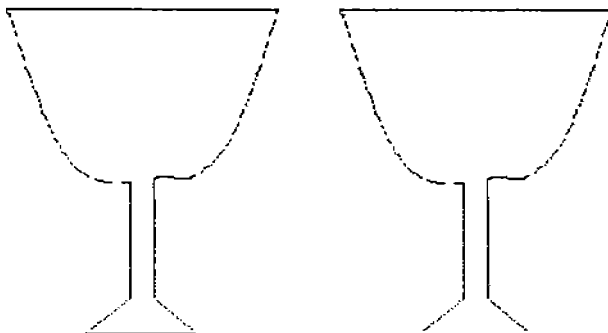
Instrucciones para los participantes:

Cuando vamos a alguna fiesta solemos brindar por aquello que ha salido bien o por las personas a quienes estamos festejando, en general, por todo aquello que nos ha sido grato y nos ha dado satisfacciones, con la intención de recordarlo y de que se mantenga o repita en el futuro.

A continuación vamos a pensar en aquellos eventos felices, personas queridas o cualquier otra cosa que nos haga sentir bien y por la que queramos brindar, en la ficha de la actividad aparecen cinco copas, en cada una escribiremos el nombre de la persona querida o el evento al que dedicaremos el brindis.

Finalmente, en grupo, se comentarán los sucesos y las experiencias de cada participante ofreciendo un brindis por cada una de ellas, puede hacerse tomando un trago de refresco o jugo, etc. cada vez.

FICHA DE ACTIVIDAD



REPORTAJE SOBRE SI MISMO

(Quiles & Espada, 2004)

Descripción

Los participantes deberán elaborar un reportaje acerca de sí mismos, ya sea en una cinta de audio o en un video.

Objetivo

Los participantes mejorarán la percepción de sí mismos consiguiendo con ello elevar su autoestima.

De manera adicional, se darán a conocer y conocerán mejor a los compañeros del grupo.

Material

Reproductor de audio o video.

Desarrollo

Los participantes deberán elaborar en casa un reportaje sobre sí mismos con una duración aproximada de cinco minutos, ya sea en una cinta de audio o de video.

El reportaje puede incluir: datos personales, familiares, de los amigos, pasatiempos, experiencias escolares, etc.

Las entrevistas a personas conocidas dando testimonios y opiniones sobre el participante, son otro recurso válido y, en general, lo importante es usar la imaginación para la elaboración del material.

Al estar listos los reportajes se proyectan a los demás miembros del grupo.

Variantes

Se puede trabajar en parejas o tríos, en esta modalidad cada uno hablará de sus compañeros, experiencias comunes, amistad, etc. Es importante que todos sean descritos suficientemente y que no haya alguno desplazado.

Se puede también escoger aleatoriamente a un compañero para que escriba el reportaje acerca de otro.

Puede estimularse este trabajo premiando a los mejores reportajes.

PROMOCION PERSONAL (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en que los participantes organizarán una campaña electoral para promoverse a ocupar una serie de cargos vacantes.

Objetivo

Reconocer las propias aptitudes y fortalecer la autoestima.

Material

Ninguno

Desarrollo

El conductor de la actividad explica a los participantes que existen puestos vacantes en la sala que pueden ser ocupados por ellos, por ejemplo: encargado de organizar el material de las actividades, encargado de repartir las fichas de actividad, etc.

Cada participante puede presentarse como candidato a alguno de los puestos, se hacen listas de candidatos y se establece un periodo para llevar a cabo las campañas electorales de los participantes. Durante estas campañas, los candidatos se pueden anunciar mediante carteles, volantes camisetitas, etc. A través de estos medios deben anunciar porque se creen ideales para el cargo.

EL OBSERVADOR OCULTO (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

En esta actividad un participante observará a otro durante algún tiempo de manera secreta y registrará sus conductas positivas.

Objetivo

Los participantes fomentarán sus interacciones positivas y fortalecerán su autoestima.

Material

Ficha de actividad.

Desarrollo

Se escriben en papelitos los nombres de los participantes, se meten en una cajita y uno a uno va tomando un papel, sin comunicárselo a nadie este participante observará durante el tiempo estipulado al que tiene en el papelito. Para hacerlo pueden tomar notas en una libretita o cuaderno a manera de anotaciones libres.

Pasado el tiempo, se dará un plazo para que los participantes organicen la información recopilada en las fichas de actividad.

Al final, pueden establecerse ciertas categorías como: el más cortés, el más servicial, etc., una vez hecho esto, cada observador puede proponer a su sujeto para alguno de estos galardones, lo hará a través de una carta dirigida al jurado en donde explique las características positivas de su observado, que lo hacen digno de la mención.

Por último se puede hacer una entrega de galardones, ya que el jurado haya tomado su determinación.

FICHA DE ACTIVIDAD**FICHA DE OBSERVACION 1**

AGENTE:

OBJETIVO:

DIA	HORA	LUGAR	CONDUCTA POSITIVA	BENEFICIADOS

FICHA DE OBSERVACION 2

Señala cuantas veces ha llevado a cabo estas conductas el día de hoy:

- Decir buenos días al llegar
- Despedirse cordialmente al marcharse
- Prestar algo a alguien que se lo pidió
- Ofrecer algo suyo a alguien
- Sonreír
- Ofrecer conversación a sus amigos
- Ofrecer conversación a otros compañeros
- Pedir perdón
- Dar las gracias

Otras conductas que consideres positivas:

UNA PAGINA DE PRESENTACION PERSONAL (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en diseñar una página web o un periódico mural que contenga información personal y mostrarla a los demás participantes.

Objetivo

Los participantes aprenderán a valorar sus cualidades y logros personales y a exponerlos a los demás.

Material

Herramientas de diseño de páginas web, accesorios como scanner, cámara digital, etc., para el caso del periódico mural, cartulinas, pegamento, plumones, etc.

Desarrollo

Cada participante elabora una página web o un periódico mural que contenga principalmente: datos personales, biografía, logros personales más importantes, anécdotas, datos familiares, proyectos a futuro, amigos. Los participantes deben intentar hacer atractiva su presentación y tratar de poner en ella las cosas más importantes para ellos así como destacar sus cualidades.

Variante

Los participantes pueden diseñar una página sobre todo el grupo o sobre un grupo de amigos.

FOTOS PERSONALES (Quiles & Espada, 2004)

Descripción

La actividad consiste en recopilar fotos personales destacadas y exponerlas en el grupo.

Objetivo

Recordar los momentos agradables de la vida de cada uno y reflexionar acerca de valores como la amistad, la familia y ellos mismos, haciendo partícipes a los demás de todo ello.

Material

Fotos de cada participante, cartulinas, pegamento y plumines.

Desarrollo

Los participantes elegirán 5 fotografías en las que aparezcan:

1. Uno de los momentos más felices de su vida
2. Sus mejores amigos
3. Su familia
4. Una fotografía suya que les guste
5. Una fotografía cualquiera que sea su favorita

Posteriormente, pegarán cada foto en una cartulina y en ella escribirán: título de la fotografía, que ocurrió el día en que fue tomada y la razón por la cual la eligieron. Finalmente se hará una exposición de las fotografías frente al grupo.

Variante

Se puede invitar a familiares y/o amigos a la exposición para que aprecien los trabajos.