



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE APOYO PARA
PADRES CON HIJOS DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD QUE
PRESENTAN EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN
SIN HIPER ACTIVIDAD**

TESINA:

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LUIS ALEJANDRO CÁRDENAS RODRÍGUEZ

TUTORA: MIRIAM SILVA ROA

**COMITE: RUBÉN LARA PIÑA
EDGAR PÉREZ ORTEGA
JOSÉ LUIS ESCORCIA JIMÉNEZ
ANA LILIA MUÑOZ CORONA**



MÉXICO D. F.

MARZO 2010



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.



AGRADECIMIENTOS



***A la profesora
Miriam Silva Roa
por dedicarme un tiempo de su valioso tiempo***

CON DEDICACIÓN ESPECIAL...

A MI MADRE

***Por la alegría que sintió al saber que pude ingresar
a la Universidad***



A MI ESPOSA

PATRICIA

***Porque permitió que lograra la meta de un estudiante universitario:
El título profesional***

ÍNDICE

Resumen		III
Introducción		IV
Capítulo I	Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad	
1.1	Antecedentes históricos del trastorno por déficit de atención	1
1.2	Qué es el trastorno por déficit de atención	13
1.3	Prevalencia y causas que originan el trastorno por déficit de atención	19
1.4	Etiología y Comorbilidad	20
1.5	Criterios diagnósticos en el DSM IV para el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad	24
1.6	Evaluación psicopedagógica complementaria al diagnóstico	25
1.6.1	Escala de Weschler de inteligencia para niños	28
1.6.2	Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH)	29
1.6.3	Escala de Conners para padres	29
Capítulo II	Manifestaciones conductuales y emocionales del niño con trastorno por déficit de atención	
2.1	Ansiedad e impulsividad	32
2.2	Agresividad con sus pares y negativismo desafiante	35
2.3	Baja tolerancia a la frustración y dificultad para demostrar sus emociones	38
2.4	Técnicas de verbalización interna y externa por auto instrucciones	43

Capítulo III El trastorno por déficit de atención sin hiperactividad programas de intervención

3.1	Escenario escolar de aplicación del programa: Secundaria “FT”	50
3.2	Intervención sobre el núcleo de conducta perceptiva, de atención y de auto concepto	51
3.3	Programa conductual	56
3.4	Programa cognitivo-conductual	58
		
	Conclusiones	70
	Propuesta de un programa de apoyo para padres con hijos que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad	73
	Referencias	81
	Anexos	86
	Carta descriptiva	91

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención está considerado como un problema neurobiológico que afecta a los niños en su desempeño escolar y social. Recientes descubrimientos científicos lo atribuyen a causas endógenas y exógenas. Su etiología lo considera un problema psiquiátrico, *psicológico y cognitivo*. Baja autoestima, inatención y agresividad han arrojado diagnósticos erróneos y se les medica sin que hayan dado muestras reales de mejoría. Suele aplicarse la escala Weschler de inteligencia para niños o House-Tree-Person, que sólo sirven de referencia para el *psicólogo*. Se implementa el programa de intervención de Meichenbaum enfocado a seguir auto instrucciones bajo el enfoque *cognitivo-conductual*. Por tanto se propone un programa de apoyo a padres de familia con hijos que cursan la educación secundaria para que ellos lo implementen en su domicilio como respaldo a las actividades escolares.



INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención (TDA), en los últimos años ha llegado a convertirse en un grave problema para los niños y niñas en edad escolar, a partir de la educación elemental. El diagnóstico de manera correcta es requisito indispensable para que reciban atención multidisciplinaria de psiquiatras infantiles, neurólogos y **psicólogos educativos**, sin embargo, con frecuencia, no son diagnosticados correctamente por el médico pediatra cuando éste desconoce las causas relacionadas con el trastorno.

De acuerdo a la etiología del trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, es posible darse cuenta de que no solo es un trastorno psiquiátrico, también involucra las esferas psicológica y cognitiva.

Cuando los niños que presentan el trastorno por déficit de atención no son atendidos a temprana edad, a partir de su ingreso a la primaria, presentando este tipo de comportamiento, se les etiqueta de manera incorrecta, perjudicando su autoestima, puesto que ellos se dan cuenta que si bien otros niños de su misma edad avanzan más fácilmente y obtienen mejores calificaciones, se sienten defraudados consigo mismos provocándoles conflictos y frecuentes depresiones además de problemas con sus padres.

En la educación secundaria es más frecuente que se les apliquen pruebas psicométricas para medir su desempeño, habilidades y destrezas cognitivas pero los resultados no suelen ser satisfactorios porque a la fecha no existen pruebas psicométricas que midan el TDA. Sin embargo, algunos profesionistas suelen aplicar la escala de Weschler de inteligencia para niños, el test Gestáltico visomotor de Laurretta Bender o la cancelación del diamante de Rudel entre otros.

Es el neuropsiquiatra infantil el profesionalista que está facultado para realizar un diagnóstico más específico acerca del TDA el cual le permitirá al **psicólogo escolar** apoyar a los niños con este trastorno para mejorar su desempeño tanto académico como social.

Las investigaciones realizadas han dado cuenta de diversos aspectos que se habrán de considerar a lo largo de la presente tesina empírica, puesto que se ha demostrado que ningún tratamiento individual funciona totalmente. Los mejores resultados se han logrado cuando el niño afectado por el trastorno recibe una atención multidisciplinaria en aspectos como neuro-química, neuro-fisiológica, motora y cognitiva.

A partir de lo anterior, en el capítulo I se describen brevemente los antecedentes más destacados del trastorno por déficit de atención a efecto de entender con mayor claridad qué es y qué no es éste trastorno y se dan a conocer datos estadísticos de la prevalencia del mismo, algunas causas que pueden originarlo, su etiología y comorbilidad, así como los criterios diagnósticos que considera el DSM IV. También se desarrollan algunos aspectos de la evaluación psicopedagógica como apoyo al diagnóstico médico con el uso de pruebas psicométricas como la Weschler Intelligence Scale for Children (escala de Weschler de inteligencia para niños) y House-tree-person test (prueba de la casa, el árbol y la persona) entre otras. Finalmente se hace mención de las escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención de Conners para padres y EDAH.

En el capítulo II, bajo el título de las manifestaciones conductuales y emocionales del niño con TDA, se especifican las características conductuales y emocionales como ansiedad e impulsividad, agresividad y negativismo desafiante del niño con este trastorno, así como las consecuencias que estas le traen en su vida personal y familiar.

También se detallan las conductas que llevan a manifestar una baja tolerancia a la frustración, la dificultad que tiene el niño para demostrar sus emociones y la aplicación de técnicas de verbalización interna y externa siguiendo el modelo de Meichembaum, como apoyo a su desempeño escolar aunque no se desestiman las demás esferas sociales.

En el capítulo III se refieren algunos programas de intervención enfocados al núcleo de las conductas perceptivas, de auto concepto, emocionales y de atención. Así mismo, se detallan los aspectos fundamentales de dos corrientes psicológicas: la conductual y la cognitivo conductual, destacando los principales fundamentos que Ivan Pavlov, John B. Watson, B. F. Skinner y Albert Bandura, han aportado a esta teoría la cual ha sido considerada como el método terapéutico más efectivo para ayudar a los niños que padecen el TDA.

Finalmente se describe en base a un informe de evaluación psicopedagógica realizado por el **psicólogo educativo** de la secundaria particular "FT", un programa de apoyo para padres, con hijos de 12 a 15 años de edad que cursan la educación secundaria y que por los síntomas que presentan se encuentran dentro de la clasificación del DSM IV que corresponde al trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad.

Esta propuesta del programa de apoyo para padres busca ser implementado con la intención de que conozcan las principales causas que llegan a originar el trastorno por déficit de atención y de cómo pueden coadyuvar a la superación de sus hijos en las diferentes esferas en que se desempeña, procurando que no quede solamente en manos de los maestros la responsabilidad de apoyar a los niños con TDA sólo porque los docentes pasan varias horas a la semana con sus hijos.

Lo que se pretende con esta propuesta de un programa de apoyo para padres es enseñarles, bajo el enfoque **cognitivo-conductual**, a manejar diversas técnicas, juegos y actividades para que, a su vez, sus hijos las apliquen en el momento adecuado y aprendan a controlar sus depresiones y ansiedades, sean tolerantes a la frustración, eleven su auto estima, estimulen y habiliten sus funciones ejecutivas y motoras, que habrán de servirles en su vida personal, escolar y social, con la consiguiente maduración del neuro-desarrollo de sus procesos cognitivos.

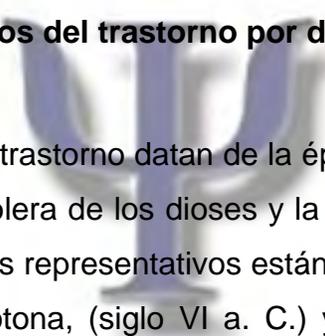


CAPÍTULO I

Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad

Para desarrollar el contenido del presente capítulo, se hará referencia brevemente a las necesidades educativas especiales en México, para continuar con el tema principal de la presente tesina empírica, el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad considerando su prevalencia, etiología y comorbilidad así como la importancia de utilizar las escalas de Conners y EDAH para padres, la escala de Weschler de inteligencia para niños, la prueba de cancelación del diamante de Rudel y la prueba House-Tree-Person, entre otras, como auxiliares para el psicólogo educativo.

1.1 Antecedentes históricos del trastorno por déficit de atención



Las descripciones de este trastorno datan de la época griega en un contexto de creencias mágicas entre la cólera de los dioses y la presencia de entes malignos. Entre los médicos griegos más representativos están Areteo de Capadocia, (siglos I – II d. C), Alcmeón de Crotona, (siglo VI a. C.) y Galeno, (siglo II d. C.), sin embargo, destaca el siglo V a. C., como aquél que permitió la creación y el progreso de la ciencia y del arte médico basada en la observación, la experiencia, el conocimiento de las causas, de la evolución de la enfermedad, la ordenación de los síntomas, el método que garantizaba la verdad y el descubrimiento del logos. Se saltó del caos al cosmos y de la mitología al conocimiento (García, 2009).

En el siglo XII se dieron a conocer a la sociedad los primeros manuales de instrucción y rudimentarias leyes de protección para los hijos; en el siglo XVI nace la educación especial, en Inglaterra. Para el siglo XVIII, surge el modo de socialización en que las madres comenzaron a cuidar más a sus hijos pequeños, aunque se da mucha manipulación psicológica.

Durante el siglo XIX, la idea que imperaba fue la de proteger a los niños normales de los no normales, considerando que éstos últimos solo acarrearían daños y perjuicios al resto de la sociedad.

A mediados del siglo XX, cuando surge una pedagogía diferencial, las organizaciones de protección al menor le permiten adquirir una educación especial institucionalizada cuya importancia radicaba en el coeficiente intelectual. Los padres procuraron ayudar a sus hijos para que fueran capaces de alcanzar sus propias metas. Se da con mayor auge el surgimiento de la escuela libre y de la escolaridad no forzada (Wikipedia, 2008).

En los años 50's, se crearon diversos programas de estimulación temprana para niños discapacitados; se originó menos manipulación psicológica y más amor incondicional al surgir el movimiento de los derechos del niño, la escolaridad no forzada y la escuela libre (de Mause, 1982).

A finales de la década de los 70's y principios de los 80's, se dieron los cambios más trascendentales en la educación especial en México, a la que se denominó era de la integración escolar, porque en las escuelas primarias los grupos estuvieron constituidos por alumnos normales y alumnos discapacitados; éstos últimos fueron admitidos como alumnos con necesidades educativas especiales (NEE).

Larraguibel (2008), manifiesta en su obra, que las NEE deben ser entendidas como "aquellas necesidades de apoyo más específicas y menos habituales, que las que comúnmente se otorgan a un niño que presenta alguna dificultad en su aprendizaje durante un periodo de tiempo" (Larraguibel, p. 2).

Barraza (2009), define a las NEE como “un constructo teórico pedagógico para apoyar la atención de niños con dificultades de aprendizaje en un modelo de intervención estrictamente educativo y en el terreno pedagógico, representa la más clara concreción de los ideales de una escuela para todos, devolviendo a la escuela su compromiso con el aprendizaje del alumno” (Barraza, p. 6).

En la actualidad, las necesidades educativas especiales son un término que incluye todos los aspectos de la educación, escolarizada o no, de personas discapacitadas e inadaptadas.

En este sentido, las causas que realmente condicionan una necesidad educativa especial se da solo si hay niños con niveles intelectuales bajos, cuya evolución no cumple las etapas normales en el tiempo, debido a que les cuesta pasar del nivel de inteligencia intuitiva al nivel de inteligencia de la lógica concreta.

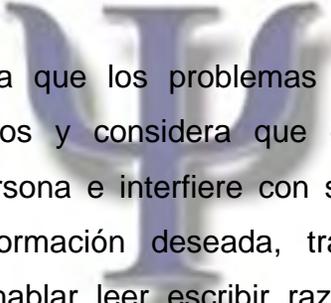
Ribera (2009), argumenta que la integración “no pone el énfasis en la deficiencia, sino que se traduce esa deficiencia o dificultad del sujeto en una necesidad educativa especial... concede importancia, más que a las carencias del sujeto, a los apoyos necesarios para que ese sujeto desarrolle una vida lo más normal posible” (Ribera, p.1).

Por lo que respecta a las especificaciones del Manual de Diagnóstico y Estadística para Desórdenes Mentales, DSM IV, versión 1994, clasifica el trastorno por déficit de atención (TDA), en tres tipos:

- 1) predominantemente con falta de atención,
- 2) predominantemente hiperactivo y
- 3) combinado

Este manual escribe al trastorno por déficit de atención como trastornos de conducta que el niño manifiesta dentro del aula, es decir, que las conductas inadecuadas que manifiesta no son siempre provocadas por él, sino que se producen por la interrelación con su medio social específicamente, grupo de alumnos y maestros. Al tratar de modificar este entorno socio-educativo se le permite al niño evolucionar en su desarrollo personal, familiar y social.

Dada la importancia que el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, ha tenido en los últimos años en el ámbito escolar, como un grave problema para el aprendizaje y la conducta de los niños, éstos requieren de apoyo especializado por parte de diversos profesionistas de la educación y de la salud como son maestros, médicos pediatras, neuropsicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, kinesiólogos y **psicólogos clínicos**.



Gómez (2009), manifiesta que los problemas de aprendizaje actualmente siguen siendo muy debatidos y considera que éstos permiten “describir la condición que padece la persona e interfiere con su habilidad para almacenar, procesar o producir la información deseada, traduciéndose en dificultades significativas para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar, realizar con éxito tareas matemáticas o relacionarse con los demás” (Gómez, p. 3).

Corresponde a los **psicólogos educativos** orientar la evaluación psicopedagógica del alumno con TDA a partir de un trabajo adecuado con los padres de familia para estar en posibilidad de integrar la información en el expediente escolar de su hijo sobre su proceso de desarrollo, capacidades, aptitudes, estilo y ritmo de aprendizaje, actitudes, intereses y conducta, entre otros, así como saber de los problemas conyugales porque en muchas ocasiones éstos últimos son los antecedentes ocultos del problema que el niño presenta y para apoyarlo en el ámbito educativo se requiere tener la mayor cantidad de información para que sus hijos puedan beneficiarse con el apoyo psicológico.

La evaluación psicopedagógica tiene la finalidad de ofrecer a los alumnos elementos suficientes y necesarios, relacionados con sus capacidades, habilidades, gustos, intereses, motivaciones y dificultades que son la base para determinar las adecuaciones curriculares pertinentes para los niños con necesidades educativas especiales.

1.2 Qué es el trastorno por déficit de atención

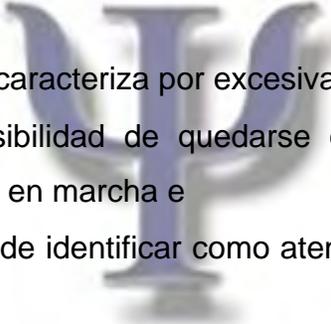
El médico alemán Heinrich Hoffman en 1854, describió por primera vez el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (En Van-Wielink & Highland, 2003) y posteriormente Bourneville, en Francia, en 1897, describió niños con la característica de ser inatentos, indisciplinados, desobedientes y con déficit importante de tipo cognitivo (Díaz, 2008).

En las décadas de los años 50' y 60's, se observó que estos niños presentaban con frecuencia signos motores menores de afectación neurológica como torpeza motriz e hipotonía (disminución del tono de la musculatura) y se llegó a especular la existencia de una lesión cerebral mínima, propuesta dada por Smith en 1926 (En Díaz, 2008), por lo que el cuadro pasó a denominarse daño cerebral mínimo; posteriormente fue conocido como disfunción cerebral mínima de naturaleza funcional.

Para finalizar la década de los años 60, se le dio mayor relevancia a la excesiva actividad motora del trastorno, por lo que se le denominó síndrome del niño hiperquinético, dato que apareció por primera vez en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas en el DSM III, en 1968.

Avanzada la década de los 70's, se comenzó a destacar el déficit de atención como núcleo principal del cuadro clínico que ya se reconocía en el DSM III en 1980, como una subdivisión del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad y en la versión de 1987 de este manual sólo se especificaron criterios diagnósticos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; el concepto sin hiperactividad, quedó sin ser reconocida como una entidad clínica, quedando bajo el título de trastorno por déficit de atención indiferenciada.

A través de los años se han empleado diversos nombres para este trastorno siendo éstos daño cerebral mínimo, atención dispersa, hiperactividad y trastorno hiperquinético/impulsivo, pero en la actualidad se le conoce como trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en los niños que poseen las siguientes características:

- 
- *hiperactividad*, que se caracteriza por excesiva actividad motora;
 - *impulsividad*, la imposibilidad de quedarse quieto en un sitio, de estar sentado, estar siempre en marcha e
 - *inatención*, que se puede identificar como atención preferencial, gratificante e inmediata

En los años 60's, el concepto de daño cerebral mínimo fue dejado a un lado al considerarlo incorrecto en cuanto a inferir que se daba un daño cerebral en los niños que presentaban solamente problemas de conducta. Posteriormente se introdujo el término de disfunción cerebral mínima al considerar que la hiperactividad era su síntoma principal. Sin embargo, nuevamente este concepto de disfunción lleva implícita la presencia de daño cerebral por lo que fue abandonado como criterio científico.

Años más tarde, el concepto de síndrome hiperquinético se separó completamente del de daño cerebral mínimo y a partir de 1968 apareció por primera vez en el DSM III la expresión reacción hiperquinética que fue caracterizado por sobreactividad, distractibilidad, inquietud y lapsos cortos de atención, presentes especialmente en niños pequeños y que al pasar los años, desaparecían en la etapa de la pubertad.

A mediados del siglo XX se comenzó a tratar a estos niños con anfetaminas al creer que el daño cerebral mínimo era consecuencia de traumatismos craneales graves, infecciones a temprana edad, problemas intrauterinos, así como de las secuelas que dejaba un envenenamiento por sustancias tóxicas.

El DSM IV, versión 1994, considera que son causantes del trastorno por déficit de atención los problemas de familia en que se identifican algunos rasgos clínicos compatibles de un 20% a un 25% de los integrantes en primer grado de niños diagnosticados con el trastorno; si uno de los progenitores lo padece, el riesgo de que lo presente alguno de sus hijos es superior a un 50%.

Algunas organizaciones científicas internacionales dedicadas al estudio del trastorno por déficit de atención, con hiperactividad, han propuesto sus propias definiciones entre las que destacan las siguientes (Centro Nacional de Recursos para el TDA/H. La ciencia sobre el TDA/H, 2009).

1. American Medical Association: “Es un síndrome neuropsiquiátrico comúnmente observado que ha sido estudiado de manera extensiva durante las últimas cuatro décadas...” (p. 1)
2. National Institutes of Health: “Es un trastorno conductual de la infancia comúnmente diagnosticado que representa un importante y costoso problema de salud pública” (p. 1)

3. Mayo Clinic: “El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) es un trastorno conductual de la infancia relativamente común, con importantes consecuencias para los individuos afectados, sus familias y la sociedad” (p. 3)

Franco (2009), define el trastorno por déficit de atención como “un trastorno crónico del desarrollo, que se caracteriza fundamentalmente por una disminución en el espectro de la atención; por dificultades en el control inhibitorio, que se expresa a través de la impulsividad conductual y cognoscitiva; y por una inquietud motora y verbal o hiperactividad” (Franco, p. 1).

Otro es el concepto expuesto en la obra de Gratch (2000), que a la letra dice: “Es un trastorno de base neurológica o neuroquímica aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yocicas, y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno” (Gratch, p. 17).

La Organización Mundial de la Salud incluyó el trastorno por déficit de atención en su Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, con el nombre de Desorden Hiperquinético.

Dada la importancia que tiene a nivel mundial la Asociación Americana de Psiquiatría, A. P. A., DSM IV (1994), se retoma el concepto que ésta propone como un conjunto de síntomas que considera la distrabilidad, la hiperactividad y la impulsividad.

Bajo esta perspectiva, el DSM IV, establece los siguientes tipos y características del trastorno por déficit de atención:

- (1) Inatento: predomina la dificultad de atención
- (2) Impulsivo-hiperactivo: predomina la dificultad en el autocontrol
- (3) Combinado: presenta síntomas de inatención, de impulsividad y de hiperactividad

Conforme a esta clasificación los tipos de trastorno por déficit de atención sin hiperactividad originan:

- Problemas en el rendimiento escolar
- Baja autoestima
- Problemas de adaptación en la escuela
- Problemas en las relaciones con los familiares y amigos
- Problemas emocionales como depresión, sentimientos de desconfianza e inseguridad
- Manifiestan poca motivación escolar
- Les cuesta trabajo concluir tareas

Los niños que califican para el diagnóstico del TDA sin hiperactividad deben presentar al menos 6 síntomas, por lo que los impedimentos resultan significativos en su vida diaria en el ambiente escolar, familiar o en la interacción social. Los síntomas que se consideran en el grupo I son:

Grupo I. Inatento

A menudo

- (1) Es olvidadizo en las actividades diarias
- (2) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (3) Extravía material necesario para sus actividades escolares
- (4) Evita o es renuente a dedicarse a tareas que requieren de esfuerzo mental sostenido

- (5) No sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares
- (6) Parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (7) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas escolares
- (8) No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en diversas actividades
- (9) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades

Los síntomas para la hiperactividad e impulsividad se describen solamente como complemento dado que solo se desarrolla el síntoma de inatención en la presente tesina empírica.

Grupo 2. Hiperactividad

A menudo

- (1) Habla en exceso
- (2) Está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor
- (3) Tiene dificultades para jugar o dedicarse a actividades de ocio
- (4) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- (5) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (6) Mueve en exceso las manos, los pies o el cuerpo sin un objetivo claro o se remueve en su asiento
- (7) Baja autoestima debido a su impopularidad

Por cuanto a los síntomas del grupo III, impulsividad se enumeran los siguientes:

Grupo III Impulsividad

A menudo

- (1) Precipita sus respuestas antes de ser completadas las preguntas
- (2) Tiene dificultad para guardar su turno
- (3) Interrumpe las conversaciones

- (4) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades, conversaciones o juegos de otra persona

Adicionalmente deben estar presentes estos cuatro aspectos:

1. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad
2. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (en la escuela, en la casa, en el trabajo)
3. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral
4. 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 (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)



1.3 Prevalencia y causas que originan el trastorno por déficit de atención

Por décadas se ha identificado a niños con el trastorno de hiperactividad que manifiestan problemas conductuales y que tienen serios problemas para prestar atención frente a diversos estímulos. En la década de los 80's se empezaron a detectar en las escuelas niños que tenían severos problemas para prestar atención pero no manifestaban hiperactividad. En ése momento histórico se comenzó a hablar de dos tipos de trastorno por déficit de atención: con o sin hiperactividad (Lahey, 2000).

El Manual de Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales de la Academia Americana de Psiquiatría, DSM-IV TR., (Artigas, 2003), considera que

es en la actualidad uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuente en la infancia y en la adolescencia, con una prevalencia infantil que oscila entre un 5 y un 17,1% de la población infantil, es decir, que existe al menos un niño en un grupo escolar que presenta el trastorno, siendo más común en el género masculino que en el femenino, en una proporción de 3-4:1 y en especial el que se manifiesta con hiperactividad e impulsividad.

El Journal of the American Medical Association, en enero del 2001, publicó una prevalencia del 7.5%, mientras que los Centers for Disease Control and Prevention afirman que 3.3% de los niños entre 6 y 11 años de edad presentaban TDA sin un trastorno del aprendizaje y el 3.5% de los niños entre los 6 y los 11 años de edad presentaban tanto el TDA con hiperactividad como un trastorno del aprendizaje. Así mismo, el National Institute of Mental Health, en 2001 afirmó que el TDA es uno de los trastornos mentales más comunes en niños y adolescentes, que afecta aproximadamente al 4.1% de los jóvenes de entre 9 y 17 años de edad, en un periodo de 6 meses (Centro Nacional de Recursos para el TDA/H. Prevalencia estadística, 2009).

Hay que considerar que la variabilidad que se da en las cifras que anteceden están en función de la población estudiada, referida a niños que no presentan hiperactividad así como de los métodos que se aplicaron y los criterios que fueron propuestos para tal fin.

1.4 Etiología y comorbilidad

Hasta hace pocos años se desconocían las causas reales que provocan el trastorno por déficit de atención en los niños y se ha tratado de explicarlas en base a diversas teorías, entre ellas, de origen genético: endógenos, exógenos, prenatales, perinatales y postnatales.

Las hipótesis de los investigadores indican que los niños que presentan el trastorno por déficit de atención son porque éste proviene de un mal funcionamiento neurobiológico; por ejemplo, entre los factores prenatales destaca el nacimiento del niño prematuro que, con un bajo peso al nacer, por anoxia durante el parto o por infecciones neonatales, la posibilidad de que desarrollen problemas de conducta o hiperactividad son altas. Sin embargo, no habiéndose comprobado científicamente, sí se consideran como factores predisponentes porque el niño es más vulnerable a variables ambientales y socio-familiares.

En la actualidad se sabe que este trastorno tiene un carácter hereditario, cuya madre, padre, abuelos u otro familiar en línea directa lo padeció en su niñez. También se ha llegado al conocimiento de que se dan cambios en la química cerebral, específicamente porque se ha encontrado un error en la captación de glucosa debido a que el cerebro del niño trabaja en forma incorrecta.

Entre los estudios realizados en niños que presentan este trastorno, tienen bajas concentraciones de neurotransmisores que producen la comunicación de las células cerebrales. Los componentes de carácter hereditario datan de 30 años en los que ya se reconocía la presencia del TDA con o sin hiperactividad (Romero, 2002).

Otro estudio que fue realizado por el Nacional Institute of Mental Health, en octubre del 2002, menciona que el cerebro tanto de niños como de adolescentes que padecen el TDA, es entre un 3 y 4% más pequeño que de quienes no padecen este trastorno. El córtex prefrontal desempeña un papel importante en la realización de planes y en la atención; la mitad de los niños con TDA/H alcanzan el máximo volumen de espesor en sus cerebros, signo de madurez, a los 10,5 años frente a los 7,5 años en el caso de los niños sanos. (En Centro Nacional de Recursos para el TDA/H, Patofisiología. Diferencias cerebrales en el TDA/H, 2009).

Taylor (citado por J. Cornellá, 2003), considera que el Trastorno por déficit de atención es “un deterioro persistente y severo del desarrollo psicológico, resultado de la existencia de altos niveles de inatención, conducta impulsiva e inquietud motora” (Cornellá, p. 572).

Taylor, en 1998, manifestó que de acuerdo a las investigaciones de los últimos 10 años mediante técnicas de formación de imágenes, podría darse un mal funcionamiento de ciertas regiones del cerebro, lo que explicaría los síntomas del trastorno. En 1999, también consideró la presencia de dos problemas adicionales que son la dificultad para seguir las normas e instrucciones y una excesiva variabilidad en las respuestas que da ante las diversas situaciones requeridas en el trabajo.

El mismo autor considera que la manifestación de este trastorno es por la deficiencia en la capacidad de inhibir y supervisar al mismo tiempo las conductas y la dificultad para frenar las distracciones (déficit de atención), los pensamientos (impulsividad) y la actividad que sigue a la distracción y los pensamientos asaltantes (hiperactividad). En su modelo sugiere que el déficit en la inhibición de las conductas es el eje principal del TDA/H del que dependen diversas funciones ejecutivas: la memoria de trabajo verbal, no verbal y la autorregulación afectiva, entre otras.

Taylor también indica la presencia del trastorno por déficit de atención en la neurotransmisión del córtex prefrontal, zona que planifica y regula la conducta y apoya las siguientes funciones:

1. memoria de trabajo
2. mantener y manipular la información a corto plazo
3. manipular los datos que se guardan en la cabeza
4. control de la atención

5. pensamiento divergente
6. marcar dónde está la intersección entre el razonamiento y la emoción
7. incorporación de los sentimientos en la toma de decisiones

Además está mediada por dos importantes neurotransmisores: la dopamina y la noradrenalina, donde se ha encontrado alteración en sus concentraciones; como no se liberan estos neurotransmisores de forma adecuada y en tiempo, al organismo le resulta más difícil mantener niveles de estimulación adecuadas en las neuronas.

“La dopamina es un neurotransmisor segregado por neuronas de ciertas zonas del cerebro para inhibir o moderar la actividad de otras neuronas, específicamente de las que intervienen en las emociones y el movimiento” (Molina, 2009).

Estos datos se complementan con la información proporcionada por Silva (1991), quien considera otras de las posibles causas del TDA: disfunción cerebral, desequilibrio en neurotransmisores en el sistema reticular, retraso en la maduración cerebral y del lóbulo frontal (citado por Artigas-Pallares, 2003).

Esta complicación neurológica surge entre los 3 o 4 años de edad y alcanza su estado más crítico a los 6 años, edad en la que los niños inician la educación primaria y aunque no siempre se diagnostica a tiempo, es en el nivel secundaria (12 años) cuando los padres comienzan a preocuparse por conductas antisociales, baja tolerancia ante la frustración, el bajo rendimiento escolar de sus hijos y atención dispersa, entre otros factores.

1.5 Criterios diagnósticos en el DSM IV para el trastorno por déficit de atención

A la fecha aún se considera que no se ha identificado con la suficiente claridad la etiología (causas de la enfermedad) del TDA aunque los estudios manifiestan tanto factores genéticos como neurobiológicos en el origen y la expresión del trastorno. Recurriendo al contenido propuesto por el DSM IV, se consideran dos subtipos de trastorno por déficit de atención: con y sin hiperactividad.

En los niños y niñas que llegan a presentar los diversos síntomas y manifestaciones del TDA, se considera que la forma más rara es la que se presenta limitada solo a las manifestaciones propias del trastorno, sin embargo, en un estudio realizado por Gillberg en Suecia, (citado por Artigas-Pallarés, 2003), concluyó que un 87% de los niños que cumplían con todos los criterios de TDA/H tenían por lo menos, un diagnóstico comórbido y que el 67% cumplían los criterios para dos trastornos comórbidos.

Encontró que el trastorno por déficit de atención se asocia con otras patologías de salud mental: trastornos del ánimo y ansiedad y trastornos del aprendizaje, entre las cuales destaca el llamado trastorno disocial, cuya base sintomática es la transgresión de las normas sociales manifestadas por conductas agresivas verbales y físicas, ausencia escolar, deshonestidad y frecuentes mentiras, el cual llega a producir un deterioro significativo en la vida social y académica del niño.

Otro trastorno que se asocia al TDA es el llamado desafiante oposicional, en que el niño manifiesta conductas pasivo-agresivas hacia la autoridad de los padres, demuestra inestabilidad emocional siendo poco tolerantes a las críticas y sumamente resentido por lo que culpa a los demás de sus propios errores. Llega a manifestar trastornos afectivos como la depresión crónica de corta o larga duración ante los fracasos escolares e interpersonales al ser rechazado o etiquetado por otros niños (Miranda, 2000).

En este sentido cabe destacar que los porcentajes mencionados se aplican a casos graves tratados por psiquiatras. Por cuanto a los niños en edad escolar, a nivel de informes pediátricos, los porcentajes suelen ser menores.

Problemas adicionales que suelen presentarse asociados al neurodesarrollo son los trastornos de lectura, escritura y de cálculo así como los trastornos de coordinación motora, de expresión del lenguaje, articulación y pronunciación.

1.6 Evaluación psicopedagógica complementaria al diagnóstico

En el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, los síntomas son subjetivos y a los padres les resulta difícil ver en sus hijos un comportamiento no normal porque así los conocieron desde niños y no les han percibido cambios en sus primeros años antes del ingreso a la escuela. En este sentido, un diagnóstico a tiempo es fundamental para que los padres intenten evitar la aparición de problemas asociados. Por tal motivo, un buen diagnóstico ha de ser realizado por uno o más profesionales a nivel médico, pedagógico y *psicológico* con experiencia para identificar la condición del niño a nivel físico, emocional y de aprendizaje a efecto de descartar otras causas de un mal comportamiento y de bajo aprendizaje.

Cuando el niño entra a la escuela, a nivel secundaria, suceden cambios muy significativos, puesto que la exigencia al alumno es mayor, los horarios son diferentes, el número de alumnos varía considerablemente y sobre todo, al educando se le exige mayor atención y control de su persona.

Entre los factores que permiten una buena evolución se consideran un diagnóstico precoz, una educación coherente de los padres en la transmisión de los valores, hábitos de estudio y responsabilidad, estabilidad matrimonial y familiar,

conocimiento por parte de los profesores hacia el trastorno y una adecuada colaboración entre padres y la institución escolar.

Así mismo, se pueden considerar algunos factores que empeoran un pronóstico: un mal diagnóstico, frecuente fracaso escolar sin atender, educación permisiva o muy severa de los padres, abierto desacuerdo matrimonial frente a los hijos, hostilidad y violencia intrafamiliar, retraso en el desarrollo de los hijos, familiares alcohólicos, conductas antisociales, entre otros.

Una vez logrado un diagnóstico sobre el trastorno por déficit de atención, el tratamiento debe ser de carácter multimodal, considerando que las propuestas deberán avocarse en función de las dificultades que el niño manifieste y de cómo lo está afectando en su vida personal y escolar.

Los especialistas idóneos para llevar a cabo el tratamiento deberán estar en constante comunicación entre ellos para que el niño pueda lograr avances consistentes, considerando que éste es crónico, requiere de mucha paciencia y sobre todo, que los padres y el hijo afectado por el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, sean persistentes.

Antes de iniciar un tratamiento, se debe realizar un diagnóstico de los problemas de aprendizaje que se llevará a cabo mediante una valoración consistente en realizar una serie de pruebas para determinar el grado de madurez neurológica.

Si se detecta que los problemas de aprendizaje tienen efectivamente un origen neurológico, el niño deberá ser atendido por un neurólogo quien habrá de determinar la dimensión del daño y su diagnóstico.

Cuando la dificultad en el aprendizaje es de índole psicológica (Angilella, 2009), es porque los niños viven en un ambiente familiar conflictivo, son maltratados por los padres, agredidos en forma física o moral que afectan su rendimiento escolar. Por tanto, corresponde al **psicólogo escolar** proporcionar la terapia adecuada para atender los problemas emocionales.

Un aspecto de interés a considerar es que a la fecha ya existen diversos protocolos para abordar el TDA; estas intervenciones deben ser de menor a mayor complejidad considerando el problema que fuere detectado.

Otra opción radica en el conocimiento de que si el niño no ha mejorado al cabo de 2 meses de tratamiento psicológico puede ameritar intervención farmacológica. Sin embargo, existen posturas que va en contra del uso de medicamentos porque en lugar de ayudar al niño con TDA, en sus niveles de inatención, les puede provocar tic nerviosos, insomnio, taquicardia y fármaco-dependencia cuando se considera que sólo este tratamiento es efectivo o la única solución al problema de inatención, por lo que se descuida el tratamiento integral.

Mediante una postura ecléctica es posible conjugar la eficacia de dos visiones, una farmacológica y otra desarrollando estrategias en el currículum escolar, adicionándolo con apoyo multidisciplinario para desarrollar diversas estrategias en el manejo de la inatención y de la impulsividad. En el segundo caso, el papel del **psicólogo educativo**, del pedagogo y de los padres, resulta especialmente importante.

Los componentes que se proponen para un tratamiento del niño con trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, como de apoyo a los padres y a los maestros son:

A) Enfocados al niño (**tratamiento cognitivo-conductual**)

1. Conductual, a efecto de fomentar sus conductas constructivas
2. Cognitivo, para que establezca pensamientos organizados y coherentes y sea capaz de prever las consecuencias de sus comportamientos así como de buscar otras alternativas

B) Enfocados a los padres

1. Desarrollar un programa de apoyo para padres que incluya actividades como memorama, resolución de problemas, buscar diferencias y adivinanzas, entre otros
2. Impartir pláticas, cursos de formación y consejos acordes a la problemática de su hijo

C) Enfocados a los profesores

1. Pláticas informativas acerca del trastorno por déficit de atención sin hiperactividad
2. Cursos de formación
3. Estrategias para apoyar al alumno con TDA en el aula



1.6.1 Escala de Weschler de inteligencia para niños

La aplicación de la escala de Weschler de inteligencia para niños, deberá ser aplicada de manera individual cuando se cuenta con el diagnóstico médico que indica que el niño presenta el TDA y además porque ha tenido problemas académicos y sociales.

La escala de Weschler puede arrojar algunos datos de interés e información más o menos precisa para conocer en qué áreas está fallando el niño, ya que se pueden utilizar las siguientes subpruebas: figuras incompletas, claves, dígitos y aritmética, porque resultan las que más se correlacionan con la atención y la concentración (Santos, 2007).

Como pruebas alternativas que permiten evaluar el lóbulo frontal y funciones ejecutivas, Santos (2007), propone los test de fluidez verbal, escala de Magallanes de impulsividad computarizada, resolución de laberintos, Guestáltico Visomotor de Lauretta Bender, y para evaluar la atención, Etchepareborda (2009), propone la prueba de cancelación del diamante de Rudel.

1.6.2 Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (EDAH)

Los tests psicométricos tienen como objetivo medir el grado de algún rasgo mental. Un test es un conjunto de reactivos que, aplicado a una persona, niños o adultos, revela y da testimonio de la índole o grado de su instrucción, aptitud o manera de ser.

Entre las pruebas psicométricas formales que permiten evaluar el TDA y la atención destaca el cuestionario de ansiedad infantil que permite efectuar una exploración psicológica de los procesos de ansiedad, misma que se aplica de los 6 hasta los 8 años de edad, la cual permite que se efectúe una exploración de los procesos de ansiedad.

El dibujo de la figura humana valora la madurez y la presencia, o no, de indicadores emocionales.

Otro de los instrumentos reconocidos en la actualidad, se denomina Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH) que se aplica a niños de 6 a 12 años de edad, mismo que evalúa los síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención en los tres subtipos: predominantemente hiperactivo-impulsivo, predominantemente atencional y de tipo combinado, considerando la información que el o los profesores hayan proporcionado al respecto, habrá de ser tomado en cuenta.

1.6.3 Escala de Conners para padres

Una escala mental consiste en una serie de pruebas ordenadas según una dificultad gradual, que se dirigen a establecer un nivel de inteligencia general o de diversas capacidades. La escala propuesta por Keith Conners en 1970 para padres-revisada, consta de 80 ítems (Dayán, 2009). Entre estos ítems se destacan la inatención-pasividad e hiperactividad. Más adelante presentó otra versión modificada con 48 ítems en que distinguía seis factores:

1. problemas de conducta
2. problemas de aprendizaje e inatención
3. problemas psicosomáticos
4. impulsividad/hiperactividad
5. agresividad y
6. ansiedad

Debido a la facilidad con que se manejan las tres escalas de Conners: índice global para padres, cuestionario para padres y escala de Conners para maestros, a la fecha se siguen utilizando como instrumentos complementarios al diagnóstico del niño con trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad.

Al inicio del presente capítulo se dieron a conocer algunos antecedentes históricos de la educación especial, actualmente bajo el nombre de necesidades educativas especiales. Se destacan los términos médicos y psicológicos con los que se conociera anteriormente el TDA, a saber, trastorno hiperquinético, daño cerebral mínimo, atención dispersa, entre otros. A partir de 1994 el TDA considerado por la Asociación Americana de Psiquiatría da a conocer las características para reconocer este trastorno: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. También se considera que se pueden presentar otros trastornos asociados, en la comorbilidad, de aprendizaje, del comportamiento, por mencionar algunos. Se destacó la importancia de investigadores dedicados a conocer algo más de este trastorno, Heinrich Hoffman y Borneville, quienes fueron abriendo brecha en el reconocimiento de los síntomas característicos de estos niños.

Son varias las instituciones de salud que se han dado a la tarea de tratar de conceptualizar qué es el TDA pero la más reconocida corresponde a la Asociación Americana de Psiquiatría, en el DSM IV, de 1994, el cual contempla como fundamentales tres criterios diagnósticos: inatento, impulsivo-hiperactivo y combinado. Así mismo se considera la teoría de que es un trastorno neurobiológico que puede tener diversas causas: herencia, defectos congénitos antes, durante y posteriores al parto.

Se mencionó también la utilización de pruebas psicométricas como la Escala de Weschler de inteligencia para niños, la prueba de cancelación del Diamante de Rudel, la escala de Conners para padres y la escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH) que permiten conocer un poco más acerca de este trastorno que es causante de la alta reprobación de niños en las escuelas, la manifestación de ansiedad, problemas familiares y sociales.

Con estos antecedentes del trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, para el capítulo II, se desarrollarán las manifestaciones conductuales y emocionales del niño con TDA como la impulsividad, la agresividad y el negativismo desafiante, entre otros aspectos de interés.



Capítulo II

Manifestaciones conductuales y emocionales del niño con trastorno por déficit de atención

El contenido de este capítulo está centrado en seis conductas de suma importancia que suelen presentar los niños con trastorno por déficit de atención: **ansiedad, impulsividad, agresividad con sus pares, negativismo desafiante, baja tolerancia a la frustración y dificultad para demostrar sus emociones**, las cuales se ejemplifican en base a vivencias logradas con un niño de 12 años que cursa el primer año de secundaria en el colegio “FT” donde actualmente presto mis servicios como orientador educativo. Así mismo, se describen tres técnicas de verbalización interna y externa a modo de que los niños que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, vayan comprendiendo la importancia de seguir instrucciones propias para ir superando sus deficiencias en las esferas sociales en que vive.

2.1 Ansiedad e impulsividad

Para comprender mejor los conceptos de **ansiedad e impulsividad**, es necesario recordar que el TDA, es un trastorno de conducta que se inicia en edad temprana, ocasionado por un mal funcionamiento neurobiológico que afecta el comportamiento, la atención y el aprendizaje del niño. Sin embargo, los profesionales de la salud deben tener cuidado para no realizar un sobre diagnóstico en el sentido de que los niños manifiestan conductas desordenadas normales hasta los dos años, época en que éstas tienden a desaparecer. De no ser así, entonces los padres podrán recurrir con los siguientes profesionistas:

el médico pediatra, el psiquiatra infantil, el neurólogo, el fono audiólogo, el **psicólogo clínico** o **el psicólogo educativo**, cuando el niño con TDA ya está inscrito en la escuela.

La **ansiedad** puede ser provocada con la aplicación de exámenes por lo que el niño se siente agobiado y termina por perder la poca confianza que pudo mostrar en sí mismo. Esto implica que tenga pensamientos negativos sobre la calificación que va a obtener en las diferentes materias que cursa y al enterarse de éstas, de ser reprobatorias, su autoestima se verá disminuida considerablemente.

A la vez puede manifestar dificultad de atención y concentración porque cualquier estímulo, por pequeño que sea, hace que se distraiga y pierda el tiempo en realizar sus tareas escolares.

Una de las formas en que el **psicólogo educativo** lo puede ayudar es aconsejarlo para que primero haga las tareas que le resultan más difíciles cuando no esté cansado y que estudie a una misma hora para que su rendimiento cerebral sea óptimo. También es recomendable que se intercalen periodos de descanso durante los minutos de estudio para que pueda recuperar la concentración y finalice sus tareas.

La **impulsividad** se considera patológica en los niños que presentan el TDA porque se produce por deficiencia en la inhibición, es decir, el niño no es capaz de evitar una respuesta por la necesidad incontrolable de tocar y manipular los objetos que se encuentran a su alcance (Pineda, 2009).

La definición que Taylor (mencionado por Cornellá, 2003) manifiesta con respecto a la **impulsividad** es que “el TDA consiste en un deterioro persistente y severo del desarrollo psicológico, resultado de la existencia de altos niveles de

inatención, conducta impulsiva e inquietud motora. Se trata de un trastorno de origen temprano en la infancia, por definición antes de los 7 años, casi siempre antes de los 5 años, y frecuentemente antes de los 2 años” (Cornellá, p. 572).

En las conductas **impulsivas**, la voluntad del niño está profundamente debilitada y es incapaz de resistir a sus impulsos aunque esté consciente de sus actos cuyas acciones se imponen a su voluntad. Una vez que logra realizar la acción de manipular un objeto éste le produce una sensación de satisfacción, pero fue suficiente para hacerlo perder la concentración en la tarea que estaba realizando.

Cuando el niño acude al colegio y presenta de inicio estas dos conductas, el maestro es el profesional del área pedagógica, que primero da la voz de alerta de aquellos alumnos con respecto a qué factores los están afectando en su aprendizaje y los debe canalizar con el **psicólogo educativo** para que se les aplique una evaluación psicométrica.

Siendo los **psicólogos educativos** los profesionistas que orientan la evaluación psicológica a través de tests o pruebas específicas como la escala de Weschler de inteligencia para niños, la batería de Inteligencia Secuencial-simultánea de Kaufman, la prueba de Matrices Progresivas de Raven, las pruebas proyectivas House-Tree-Person, y de la Figura Humana de Machover, entre otras, así como de recabar los antecedentes clínicos tanto de los padres de familia como de sus hijos, es posible detectar cuales son los factores emocionales y conductuales que están afectando al niño con TDA o en su ritmo de aprendizaje. Sin embargo, también se requiere adicionalmente del trabajo y apoyo del personal docente y del pedagogo, quien se especializa en el diagnóstico y tratamiento de los niños con TDA especialmente en función del ritmo del aprendizaje que éste posee, determina los procedimientos de trabajo en el aula y resulta un apoyo indispensable para el profesor.

También el **psicólogo educativo** requiere de la información de los padres de familia y de los neurólogos (facultado para prescribir tratamiento farmacológico), entre otros profesionales de la salud para estar en posibilidad de integrar la información suficiente y verídica que le permita conocer las capacidades, el ritmo de aprendizaje, las debilidades e intereses del alumno, sus valores personales, las actitudes frente a sus pares y maestros, su conducta y comportamiento social.

Confirmado el diagnóstico, le corresponde al **psicólogo educativo** aportar información útil y relevante a los padres, a las autoridades del colegio y a los profesores, quienes podrán orientar sus actividades de clase para satisfacer las necesidades educativas del niño con TDA con la intención de ofrecerle apoyo conductual positivo dentro del aula dándole instrucciones claras y precisas en un ambiente de cordialidad y aceptación, procurando promover sus destrezas sociales, emocionales y de autoestima al implementar reglas adecuadas a su comportamiento, supervisando su conducta y dándole recompensas basadas en frases de apoyo positivas.

1.2 Agresividad con sus pares y negativismo desafiante

El trastorno por déficit de atención se caracteriza por tres síntomas: inatención, (falta de atención), impulsividad (quien llevado por la impresión del momento, habla o procede sin reflexión ni cautela) e hiperactividad (entendida como una actividad intensa, continua y superior a lo esperado para la edad del niño), (glosario de TDA, 2009).

Estas conductas tienen una relación de comorbilidad con otros trastornos neuropsiquiátricos como son los trastornos del ánimo y de la ansiedad, el trastorno del negativismo desafiante, la agresividad con sus pares o los trastornos del aprendizaje.

Los niños que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, frecuentemente son causa de burlas entre sus compañeros de escuela al notarlos lentos o muy inquietos, poco sociables, desmotivados, de mal carácter, malos estudiantes, entre otros aspectos y como consecuencia, se les etiqueta para mofarse de ellos. Ante este tipo de situaciones, los niños que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, pueden llegar a manifestar rechazo social de otros alumnos.

Otras razones de rechazo pueden ser mediante conductas antisociales y **agresividad hacia sus pares** o aquellas que afectan su personalidad en cuanto a que suele ser prepotente, egoísta y mostrando mal carácter; esto llega a afectar su rendimiento escolar y autoestima.

Factores adicionales que se asocian con la **agresividad y el rechazo a sus pares** (incluyendo a los maestros) son un funcionamiento social inadecuado que se manifiesta en la mala calidad de sus relaciones interpersonales, las agresiones verbales o físicas, integrarse a un nuevo grupo escolar, el ruido ambiental, las discusiones y como consecuencia, suele manifestar conductas desorganizadas e imprevisibles u opositoras.

Por cuanto a las relaciones sociales que manifiesta con sus padres, éstos suelen no mostrar conductas cariñosas o comprensivas hacia sus hijos y evitan involucrarse en la problemática del niño con TDA, dejándola en manos de los docentes.

Todos estos elementos de rechazo social conlleva en el niño con trastorno por déficit de atención que manifiesten percepciones inadecuadas o erróneas en su persona, verbigracia, llegan a sobreestimar sus competencias sociales, académicas y físicas, sin embargo, también suelen percibirse como niños

diferentes a otros de su misma edad porque no tienen conciencia de lo que representa su trastorno o el hecho de sentir que no rinden como buenos estudiantes y están conscientes del rechazo social de sus compañeros de escuela; adicionalmente, llegan a experimentar infelicidad cuando las relaciones familiares no son como ellos quisieran.

Merani (1979), considera dos aspectos fundamentales relacionados con la **agresividad**:

1. actos de carácter hostil y destructivo y
2. todas las tendencias activas dirigidas hacia el exterior que afirman el yo y son posesivas y constructivas.

La literatura nos permite identificar diversas conductas antisociales que se están convirtiendo en un grave problema en edades tempranas, las cuales podemos observar en el ambiente escolar donde los niños y niñas pelean con mayor frecuencia manifestando comportamientos agresivos repetitivos. Entre estos destacan los robos de aparatos electrónicos, material audiovisual, vandalismo e injurias, por mencionar algunas. A la fecha se sabe que cuando un niño presenta conducta antisocial, están presentes otras anomalías tales como la hiperactividad, el retraso escolar, depresiones e incomunicación.

A nivel clínico los trastornos que se identifican con mayor frecuencia son:

- **agresividad grupal**: cuando se está en compañía de otros niños
- **agresividad en solitario**: cuando no está con un grupo y
- **negativismo desafiante**: que se identifica mediante conductas hostiles, desafiantes y negativas con una frecuencia de por lo menos seis meses en los que el niño con trastorno por déficit de atención demuestra encolerizarse fácilmente, desafiar las normas morales o sociales en su casa

y de la escuela, molestar sin razón a otros niños, actitudes de irritabilidad o de rencor, lenguaje obsceno y blasfemias.

Entre los precedentes que dan origen a las conductas antisociales en los niños que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, se encuentra que la familia es inestable por separación o divorcio de los padres, violencia intrafamiliar o la presencia de trastorno de la personalidad en alguno de los padres, llega a ampliar el comportamiento antisocial del hijo que se desquita con las demás personas.

Las conductas antisociales conllevan en el niño, consecuencias graves dentro del ambiente escolar que pueden originar que sea expulsado y rechazado por los compañeros del aula y por los propios padres. Además, este tipo de problemas llegan a afectar su vida adulta.

Para tratar al niño con TDA, sin hiperactividad, cuando demuestra conductas agresivas, se consideran el adiestramiento educativo de los padres, la terapia de conducta combinada con el adiestramiento de los padres y para el negativismo desafiante, la terapia cognitiva ha demostrado mejorar la conducta del niño en las diversas esferas sociales en que se desenvuelve (Romeu, 2009).

2.3 Baja tolerancia a la frustración y dificultad para demostrar sus emociones

Es de suma importancia reconocer que las bajas calificaciones obtenidas en los años de la primaria han originado un deterioro de aprendizaje escolar del niño del que se ha hecho mención en párrafos anteriores, manifiesta una condición personal y social en la que demuestra poca capacidad para alcanzar los objetivos de educación que plantea el colegio "FT".

Entre las conductas que se han podido establecer se encuentran:

1. falta de aptitudes que expresa por un déficit de habilidades de relaciones sociales como la falta de empatía y de relación interpersonal con sus compañeros de grupo
2. manifiesta dificultad para la comunicación no verbal y le resulta difícil mantener una conversación fluida con otros niños, maestros y adultos
3. de atención, porque ésta es selectiva (cuando se trata de estar frente a la computadora)
4. problemas de memorización y de abstracción
5. presenta problemas de lenguaje al manifestar deficiente capacidad de expresión y de comprensión verbal cuando se le habla con rapidez, es muy callado (cuando está molesto por problemas con sus padres, demuestra total mutismo) y
6. trastornos depresivos que muestra con baja autoestima, irritabilidad, falta de energía para el ejercicio físico y de hábitos de estudio permanentes.

Por lo que respecta a las conductas manifestadas por los maestros que le imparten clase, la cantidad y calidad de las tareas quedan fuera del nivel de sus habilidades y competencias porque le imponen las mismas condiciones de aprendizaje que las del resto del grupo, a pesar de que en varias ocasiones se ha hecho mención de la mejor manera de evaluarlo. Estas acciones por parte de los docentes, desde la primaria, han constituido uno de los principales factores que ha afectado de manera notable el desempeño del alumno mencionado.

Al considerar la línea educativa del colegio "FT", este alumno está siendo afectado en su naturaleza anímica, puesto que en la mayoría de los casos, los docentes desconocen las teorías psicológicas, cuyos conocimientos les permitirían encauzar las aptitudes, deseos e intereses del niño, graduando y dándole una

dirección convenientemente a su aprendizaje conforme al grado de desarrollo cognoscitivo del niño y dentro del ámbito psicopedagógico.

Como consecuencia, resulta frecuente que los niños con trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, manifiesten **baja tolerancia a la frustración**.

Bajo esta perspectiva, Merani (1979), indica que la frustración es la manifestación de una conducta que impide a las personas cumplir la respuesta a un estímulo; es la operación de un evento o de una condición más o menos duradera que obstaculiza o impide la satisfacción de necesidades o deseos pero sin eliminarlos.

Uno de los aspectos que más se ha estado utilizando en la educación actual está referido al concepto de *competencia social* el cual es descrito por Pardos (2009), como el funcionamiento eficaz de una persona en contextos sociales, en función de las capacidades de la persona.

En este sentido, las competencias que debería desarrollar el niño de referencia, quedan por debajo de los objetivos que se persiguen, lo que ha permitido que su desempeño escolar, comportamiento y actitud no sea lo que sus padres y profesores esperan de él.

La manifestación de estos comportamientos en su vida escolar lo llega a afectar de diversas maneras, siendo una de las más notorias, **la baja tolerancia a la frustración**, por ejemplo, la falta de atención durante las clases hace que deje sus trabajos incompletos o no entienda las explicaciones orales del docente y por consecuencia, las tareas no las puede concluir porque no terminó de escribir. Esto origina que se frustre ante la primera dificultad que encuentra y llega a manifestarla con un pobre rendimiento académico que se traduce como fracaso

escolar, además, disminuye su autoestima, se siente rechazado y solo, por lo que suele buscar amistad con niños que presentan comportamiento semejante.

Cuando un niño se frustra fácilmente, es porque tiene **baja tolerancia a la frustración**, así como **falta de control de sus emociones**, ante este tipo de situaciones resulta conveniente enseñarle otras formas de reaccionar, por ejemplo, pidiendo ayuda cuando no le es posible concluir una actividad o tarea en particular. Resulta de primordial interés que el niño pueda reconocer correctamente las expresiones faciales que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de las relaciones con sus pares. Los niños que presentan el TDA fácilmente cometen errores al percibir e interpretar las expresiones faciales de las emociones.

Pelc (En Pardos, 2009), indica la presencia de problemas de percepción en los niños con TDA, específicamente de naturaleza visual-perceptivo que conllevan una relación con problemas al dibujar, escribir y leer. También hacen mención de que el área de la corteza parietal está afectada, considerando que ésta es necesaria para el procesamiento adecuado de las expresiones faciales de las emociones; se les dificulta reconocer tanto el enfado, la tristeza y el disgusto.

En este aspecto se infiere que los problemas interpersonales del niño con TDA provienen de una falla al entender las pistas apropiadas de la emoción. Morgado (2003), afirma que las emociones son funciones biológicas del sistema nervioso que constituyen un componente integral de la inteligencia, las cuales permiten al ser humano que actúen como un sistema motivacional que influye en los recuerdos, juicios, conducta, comunicación, creatividad, comportamiento, aprendizaje, personalidad, memoria y percepciones, entre otros. Por tanto, son “señalizadores biológicos que intervienen de modo crítico para la adquisición de los valores que guían el comportamiento de toda persona” (Morgado, p. 28).

López, Fernández y Carretié (En Pardos, 2009) mencionan que la dificultad para regular **las emociones y tolerar la frustración** lleva a los niños con TDA a reaccionar de manera inapropiada en el contexto educativo, social y familiar, aumentando principalmente el rechazo social de sus compañeros de escuela y dificultades para mantener una auto motivación adecuada hacia las tareas escolares. Estos autores han podido evidenciar que la corteza prefrontal dorsolateral y orbital desempeñan un papel fundamental tanto en el reconocimiento como en la regulación de las emociones, donde la dopamina realiza un papel fundamental.

Por otra parte, resulta conveniente reconocer que existen factores de base neurobiológica que se localizan como anomalías en los circuitos neurales, que involucran los procesos afectivos del sistema fronto-límbico, fronto-estriado y fronto-cerebeloso de control cognitivo inhibitorio que han permitido explicar las dificultades emocionales y motivacionales en las personas que presentan el TDA.

Al momento de que los niños inician la secundaria ya han convivido con otros grupos sociales diferentes a su familia. Estos grupos de niños y maestros comienzan a ejercer un tipo de control muy diferente al que estuvieron acostumbrados en los primeros seis años de educación escolar.

Cuando los niños van integrándose en las relaciones interpersonales con sus pares, actúan en reciprocidad e inician nuevos juegos intercambiando muestras sociales, por ejemplo, de alegría, pertenencia y afecto. Al iniciar la educación secundaria, los niños van buscando que sus relaciones interpersonales sean tanto de aprobación y de estima.

Nuevas conductas se manifiestan más abiertamente cuando las relaciones interpersonales son de naturaleza heterosexual, mientras sean positivas, a

diferencia de conductas de agresión o rechazo, porque les resultan desagradables. Los nuevos grupos comienzan a demostrar enorme influencia en el aspecto social, común a todo púber, por ejemplo, la forma de vestir, hablar y comunicarse con los maestros e incluso, en sus juegos, donde frecuentemente surge un líder que, por sus características físicas y cualidades, como el atractivo físico, don de la palabra, carismático, entre otros, inmediatamente se da a notar.

Un grupo de niños en esta etapa puede consolidarse en relación a cómo manifiesta sus valores, actitudes y comportamientos. Al paso de los años escolares, los niños ya aprendieron a manifestar algunas emociones tales como el orgullo, la culpa y la vergüenza; durante la pubertad, son capaces de comprender la presencia de emociones contradictorias que podrán expresar y tratar de controlar para un beneficio propio. Pero no en todos los educandos este proceso es sencillo. En los niños a quienes se les ha diagnosticado el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, les resulta muy difícil manifestar sus emociones, entre ellas miedo, sorpresa, tristeza, repulsión, ira y alegría.

Siguiendo la idea propuesta por la Ley de Yerkes-Dodson, (En Morris, 2009) ésta establece que, “cuanto más compleja es una tarea, menor será el nivel de emoción tolerable antes que se deteriore el rendimiento de la persona”. (Morris, p. 117). En esta ley se manifiesta que se requiere de cierta cantidad de excitación para realizar una determinada actividad pero cuando ésta se excede entonces se dificulta la actividad a realizar. En otras palabras, la excitación para el niño resulta tolerable cuando la tarea es sencilla y se vuelve intolerable cuando es más compleja.

El contexto social es una razón fundamental para que el niño con TDA pueda experimentar la diversidad de emociones que son propias del ser humano y las pueda observar directamente en otras personas.

Por lo que respecta a la dificultad para demostrar sus emociones, los niños con TDA presentan una disfunción primaria en el reconocimiento de los estímulos emocionales, como son las expresiones faciales, adicionada con una discapacidad para modular sus emociones, sobre todo cuando son de naturaleza negativa.

Al relacionar la dificultad que manifiesta en cuanto al proceso de aprendizaje en el colegio, se debe recordar la importancia de la parte emocional del educando, en el sentido de que estos niños requieren de ayuda especial para que la clase les resulte divertida.

El control que ejerza el docente para evitar las actitudes frustrantes del niño con TDA, la excitación del mismo para querer aprender evitando el terror en la realización de tareas, actividades y el aburrimiento durante las sesiones, el profesor puede ayudar mucho introduciendo en su clase innovaciones, juegos, trucos y bromas.



2.4 Técnicas de verbalización interna y externa por auto instrucciones de Meichembaum

Para lograr un mejor desempeño en las conductas escolares y personales del niño que presenta el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, es conveniente recordar que éste se refiere a un grupo de trastornos manifestados de manera significativa en el proceso de aprendizaje y adaptación familiar, escolar y social. Por tanto, resulta conveniente aplicar técnicas de verbalización interna y externa por auto instrucciones que se pueden aplicar en diferentes ámbitos, por ejemplo, mediante la intervención psicopedagógica, con el apoyo del *psicólogo escolar o educativo*, de los padres de familia y de los profesores.

Se puede enfocar en las áreas del control ejecutivo del comportamiento específicamente en lo que se refiere a la dificultad en el control de la atención, de la concentración de tareas a realizar, en la atención selectiva, en la memoria de trabajo, en las dificultades de la autorregulación de la motivación y del afecto, en las dificultades en el aprendizaje y en la inadaptación social y familiar.

El objetivo que persiguen las técnicas por auto instrucciones, bajo el enfoque cognitivo-conductual, es poder ayudar a los niños con TDA a superar sus problemas de impulsividad e inatención. El propósito de las verbalizaciones internas y externas es que el niño comprenda que siguiendo algunas estrategias podrá potenciar sus capacidades en los ambientes escolar, familiar y social.

Al momento de aplicar esta técnica, de acuerdo con Luria (En Amaya, 2006) se debe realizar en tres momentos:

- 
1. la primera, por parte del adulto que es quien controla y dirige la conducta del niño
 2. la segunda, el niño manifiesta sus propias verbalizaciones abiertamente, de manera oral, para controlar y regular sus conductas y
 3. la tercera, cuando interviene la habilidad de hablarse a sí mismo, captar y entender sus pensamientos, los cuales le permitirán generar normas adecuadas de conducta y comportamiento siendo ésta la herramienta indispensable para razonar y asumir su propia identidad y responsabilidades.

Esta técnica lo habrá de llevar a reestructurar, organizar y ordenar su esfera cognitiva generando un autocontrol de sus conductas.

La técnica de verbalizaciones por auto instrucciones incluye el manejo de una estrategia que consta de cinco frases verbales que son:

1	¿Qué voy a hacer?	Determinación de la tarea
2	Tengo que ver las posibilidades	Aproximación a la tarea
3	Me concentro y pienso sólo en lo que estoy haciendo	Centrando la atención
4	Yo creo que es éste	Escogiendo una respuesta
5	¿Cómo lo hice?	Auto evaluación

A la fecha existen otros programas que permiten al niño el uso de las técnicas de verbalización interna y externa por auto instrucciones, destacando:

- Técnica de auto instrucciones de Meichenbaum y Goodman, secuencia de auto instrucciones, cuyo objetivo es enseñar a los niños que presentan el TDA a hablarse mentalmente cuando tienen la necesidad de enfrentarse a la resolución de tareas cognitivas (Luque, 2004). Esta técnica consta de seis fases a la que corresponde una pregunta diferente, como consta en el cuadro siguiente:

Fases	Guía de pensamiento
1. Definir el problema	¿Qué es lo que tengo que hacer?
2. Encontrar una aproximación al problema	¿Cómo lo voy a hacer?
3. Focalizando la atención	Tengo que estar muy atento y ver todas las respuestas posibles. ¿Estoy utilizando mi plan?
4. Seleccionar la respuesta	¡Ya está! ¡Creo que la solución es ésta!
5. Auto refuerzo	¿Cómo lo he hecho? Me ha salido bien, o, me ha salido mal, ¿Por qué?, La próxima vez me saldrá mejor

6. Auto evaluación

No he cometido errores, he seguido los pasos con cuidado.

He cometido un error, debo ir con más cuidado y hacer las cosas más despacio.

- Una tercera técnica cognitiva que está enfocada a la asociación y memoria auditiva fue propuesta por Luque (2004). Entre sus objetivos destacan potenciar la atención y la percepción auditivas y reforzar la comprensión y representación cognitivo-lingüísticas e incrementar el vocabulario mediante el conocimiento de nuevas palabras.

Algunas de las actividades son las siguientes:

- * Sacar conclusiones de una narración
- * Construir frases
- * Realizar ejercicios de escucha
- * Escuchar secuencias alfabéticas, numéricas, órdenes, estrofas y canciones
- * Distinguir información relevante de información irrelevante
- * Resolver analogías
- * Concluir una narración
- * Buscar semejanzas y diferencias entre conceptos, dibujos y animales
- * Identificar y clasificar sonidos
- * Expresar palabras parecidas

Esta técnica permite reforzar tanto la percepción auditiva como la memoria de trabajo.

- La cuarta técnica corresponde a Hernández y García, que es el “Programa Instruccional para la Educación y Liberación emotiva” (PIELE); aprendiendo a vivir (Luque, 2004) en la que destaca tres dimensiones:

- 1) dimensión cognitiva, que hace alusión a la manera inadecuada de los pensamientos para interpretar y valorar la realidad
- 2) dimensión afectiva, referida a canalizar de manera inadecuada las emociones en que se van creando desajustes afectivos
- 3) dimensión conativa, en que la inadaptación se debe a hábitos negativamente aprendidos, consecuencia de cómo se forma la conducta, mediante antecedentes y consecuencias anteriores.

- Una quinta técnica por auto instrucciones fue propuesta por Camp y Bash, (citado en el Simposio internacional desórdenes del desarrollo infantil, 2008), se denomina Piensa en voz alta y está basada en cuatro instrucciones que son guiadas por el oso Arturo. Estas instrucciones son:

- 1) ¿cuál es mi trabajo?
- 2) ¿cómo puedo hacerlo?
- 3) ¿estoy utilizando mi plan?
- 4) ¿cómo lo hice?



La importancia de este programa radica en la secuencia de las preguntas, en el entendido que las dos primeras se deben responder antes de que el niño inicie la actividad con la intención de que se le ayude a definir el problema y a que pueda centrarse en el mismo. A la tercera pregunta se le debe contestar durante la realización de su trabajo, dado que el objetivo es que desarrolle su auto control y le sea más fácil cambiar de planes durante la ejecución del mismo. Finalmente, la cuarta pregunta está enfocada a una auto evaluación que solamente se responderá si ha concluido la tarea, basándose en cuatro criterios:

1. esfuerzo realizado
2. éxito final
3. atención y
4. seguimiento del plan o actividad

Los criterios de evaluación corresponden a;

- 0 puntos (mal)
- 0.5 puntos (regular)
- 1 punto (bien) y
- 2 puntos (excelente)

Éstos son representados gráficamente con rostros más sonrientes y menos sonrientes conforme a la puntuación anterior. Este cartel se coloca en una pared estratégicamente visible dentro de la casa o de la escuela.

Adicionalmente se puede utilizar otra técnica cognitiva como la prueba de solución de problemas por medio y fines, la cual contiene anécdotas de problemas sociales en las que se debe leer el inicio y el final en voz alta, debiendo el niño imaginar la parte media. Con esta prueba se ejercita el entrenamiento en solución de problemas emocionales, reconociendo y apreciando los obstáculos que en éste se encuentran así como el tiempo de que se dispone para poder solucionarlo.

Es conveniente mencionar que las técnicas de verbalización interna y externa por auto instrucciones de Meichembaum, se pueden estructurar siguiendo diferentes criterios:

- a) enfocadas a la familia, mediante orientaciones y consejos
- b) a los maestros, dirigidas a sus estrategias de enseñanza y aprendizaje y
- c) en el alumno, abarcando las áreas de habilidades sociales, de aprendizaje,

cognitivas, hábitos de estudio, asociación, recepción y memoria auditiva, focalización de la atención, educación y liberación emotiva y de comprensión hacia la lectura.

En el presente capítulo se desarrollaron conceptos de interés para el estudio del niño que presenta el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, destacando ansiedad e impulsividad, agresividad con sus pares y negativismo desafiante, baja tolerancia a la frustración y la dificultad que tiene para demostrar sus emociones, así como técnicas de verbalización interna y externa por auto instrucciones.

Todos estos factores se aplican, bajo mención previa en esta tesina empírica, en el sentido del niño que estudia el primer grado de educación secundaria en el Colegio "FT", quien fuera canalizado por los maestros, argumentando que no cumplía con tareas y tenía un bajo rendimiento académico en general (excepto en la materia de computación) para prestarle **apoyo psicológico como orientador educativo** tanto para corregir algunas conductas no adecuadas dentro del aula como para focalizar su atención en las materias que cursa, a efecto de que pueda lograr un mejor rendimiento en el área académica.

Adicionalmente se hizo referencia de otros factores de origen neurobiológico que desencadenan el trastorno por déficit de atención, tales como anomalías en los circuitos neurales, que involucran los procesos afectivos del sistema fronto-límbico, fronto-estriado y fronto-cerebeloso de control cognitivo inhibitorio que han permitido explicar las dificultades emocionales.

Para el capítulo III se hará mención de cómo se integra un expediente clínico de los alumnos inscritos en el Colegio "FT", enfatizándolo en aquellos niños que presentan algún trastorno en específico como es el TDA. Se desarrollará

adicionalmente la intervención sobre el núcleo de conducta perceptiva, de atención y autoconcepto, la importancia de los programas conductual y cognitivo conductual enfocados al tratamiento del TDA, considerado éste último como el que mayores beneficios aporta para apoyar a los niños con déficit de atención.



CAPÍTULO III El trastorno por déficit de atención sin hiperactividad

Al inicio del presente capítulo se dará a conocer cómo se integran los expedientes personales de los alumnos que ingresan al primer año en la secundaria “FT”, cuya intención es detectar a aquellos niños con necesidades educativas especiales. Así mismo, se desarrollarán algunos aspectos acerca del núcleo de la conducta perceptiva, de atención y de auto concepto, y posteriormente, la importancia de varios programas de intervención psicológica aplicables al TDA. Sin embargo, se destaca a modo de comparación, el programa conductual y **el programa cognitivo-conductual**, resaltando éste último como el que mejor resultados aporta al trastorno por déficit de atención.

3.1 Escenario escolar de aplicación del programa: Secundaria “FT”

El primer día de presentación del personal del colegio ante los padres de familia, se les solicita su intervención para llenar la historia clínica de sus hijos, destacando los aspectos más relevantes tales como tipo de embarazo, antecedentes del desarrollo antes, durante y posteriores al nacimiento de sus hijos, enfermedades infantiles, aficiones, hábitos de higiene, datos socioeconómicos, situación como cónyuges, entre otros.

En el caso de que sus hijos estén considerados como alumnos con necesidades educativas especiales, se les solicita que proporcionen los estudios originales que refieran el o los problemas detectados con la intención de conformar una historia clínica más exhaustiva, cuyo propósito es tomar las medidas necesarias para que su hijo reciba la atención pedagógica adecuada por parte de los maestros y *psicológica* como apoyo a su persona, a sus actitudes, comportamiento y, así mismo, de apoyo a sus actividades dentro y fuera del aula a nivel familiar.

Entre los instrumentos que se aplican a los alumnos de la secundaria “FT” que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, solo constan los siguientes:

- 1) El inventario de frases incompletas de Sacks
- 2) Inventario de estilos de aprendizaje
- 3) La prueba psicométrica Weschler de inteligencia para niños aplicando las subpruebas de Claves, Figuras incompletas, Dígitos y aritmética que se correlacionan con la atención-concentración
- 4) La prueba de la Figura Humana que permite valorar la madurez y la presencia o ausencia de indicadores emocionales
- 5) La prueba House-Tree-Persons
- 6) La prueba de la Familia de Machover
- 5) Entrevista personal con los padres de familia y con sus hijos

Aunque se tiene conocimiento de la utilidad de otras pruebas, los siguientes instrumentos no se aplican porque el colegio “FT” no proporciona el recurso económico para su adquisición.

- 1) La prueba del diamante de Rudel
- 2) La prueba de Matrices Progresivas de Raven
- 3) La escala de Conners para padres
- 4) La escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH)

Una vez que se ha recabado la información más importante, se procede a informar a los maestros acerca del problema detectado en el alumno con la intención de que ellos sigan las instrucciones proporcionadas por el **orientador o psicólogo educativo** a efecto de que el niño enfrente su trastorno lo mejor

posible en el ambiente escolar y de ser necesario se les hace la recomendación a los padres para que su hijo sea canalizado con otros profesionistas, fuera del contexto académico.

De esta manera se pretende que el niño tenga el apoyo multidisciplinario que le permita conocer, enfrentar y tratar de superar su problema.

3.2 Intervención sobre el núcleo de conducta perceptiva, de atención y de auto concepto

Ya se ha hecho mención que el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, es resultado de una alteración neuro-psicológica, que provoca diversos retrasos en el desarrollo de las áreas y funciones de control ejecutivo del cerebro, siendo el órgano que debe organizar, activar, centrar, integrar y dirigir otras funciones cerebrales que se manifiestan en el comportamiento.

Pineda (2009) indica que la función ejecutiva y sus trastornos son una actividad propia de los lóbulos frontales, de sus regiones más anteriores, las áreas prefrontales y conexiones recíprocas con otras zonas del córtex cerebral, estructuras subcorticales como los núcleos de base, el núcleo amigdalino, el diencéfalo y el cerebelo.

De acuerdo con Luria (En Pineda, 2009), el periodo más importante en que se desarrolla la función ejecutiva acontece entre los seis y ocho años de edad, cuando los niños logran la capacidad de autorregular su comportamiento y conducta y pueden anticipar sucesos sin depender de las órdenes dadas por los padres.

Chelune & Baer (En Pineda, 2009), argumentan que a partir de los doce años ya se tiene una organización cognoscitiva cercana a la edad adulta, pero el desarrollo completo finaliza alrededor de los dieciséis años de edad, por lo tanto, las funciones ejecutivas tienen diversas edades para aparecer y consolidarse.

Entre estas funciones ejecutivas destacan:

- la resolución de problemas complejos (examinar, analizar, reconstruir y organizar las partes de un problema en nuevas ideas)
- activar, alertar y esforzarse para ponerse en marcha, prestar la debida atención y concluir un trabajo específico
- retener la información o datos en la memoria mientras se procesa la información y posteriormente se pueda traer al presente los datos almacenados en la memoria a largo plazo (memoria de trabajo y de retención)
- utilizar el diálogo interior para poder controlar el comportamiento y así dirigir sus acciones futuras
- tolerar la frustración y pensar antes de actuar o de hablar mediante el control emocional

Ante esta situación se estiman dos vertientes: a) farmacológica, que le permitiría mejorar la atención y la concentración, y b) con el empleo de tratamientos conductuales y/o **cognitivo-conductuales**, esperando que lograra adaptar sus hábitos de vida personal, social, familiar y educativa con el consecuente desarrollo en el aprendizaje, en lo cognitivo y lo afectivo.

El niño que presenta el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, muchas veces se ve a sí mismo como un niño diferente en relación a los demás niños en el sentido de que ha sido etiquetado por ser flojo, lento, sin ánimo para estudiar, dado que le cuesta trabajo memorizar e incluso aprender más rápido como él quisiera.

Sin embargo, se sabe un niño inteligente porque en materias como computación, destaca más que sus compañeros; resuelve con mayor facilidad los ejercicios, está concentrado en resolver las actividades y se aísla del medio social porque le resulta una materia que le llama la atención. En este caso su atención es selectiva porque el color, el movimiento y las formas le permiten concentrarse en este tipo de estímulos porque le resultan relevantes.

De esta manera, el niño que presenta el TDA se forma un autoconcepto muy especial de su persona porque logra destacar ampliamente con relación a los demás alumnos en la misma materia. Rodríguez (1988), expresa que el autoconcepto es “una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto; si se cree inteligente o apto, actuará como tal”. (Rodríguez, p. 48).

Otra manera de definir el auto concepto según González-Pienda (1997), es la auto imagen, que se determina por la acumulación integradora de la información externa e interna que se juzga y valora mediante la interacción de los estilos y valores propios.

Pienda (1997), define el autoconcepto como “la imagen que tiene uno de sí mismo y que se encuentra determinada por la acumulación integradora de la información externa como interna, juzgada y valorada mediante la interacción de los sistemas de estilos, forma específica de razonar sobre la información, valores

y la selección de los aspectos significativos de dicha información con grandes dosis de afectividad” (Pienda, p. 272).

Este término está muy ligado a la autoestima, la cual define Rodríguez (1998) como “aquella persona que se conoce y está conciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si se acepta y respeta, tendrá autoestima” (Rodríguez, p. 11).

Es importante destacar que cuando sucede que el alumno con TDA no posee una autoestima ni un auto concepto adecuados sobre su identidad, porque sus compañeros lo tienen identificado como un niño diferente dentro del aula por alguna de las razones que se mencionaron en párrafos anteriores, a éste le resulta muy difícil integrarse al resto del grupo y sus relaciones interpersonales suelen ser desastrosas. Es rechazado y etiquetado por sus pares y en clases no suele destacar como quisiera.

Por tanto resulta de suma importancia que el niño reciba *atención psicológica especializada por parte del orientador o del psicólogo educativo* del colegio a efecto de ir minimizando algunas conductas y destacando sus capacidades para que su autoestima y auto concepto resulten benéficos para su desempeño escolar, familiar y social.

Los programas de intervención psicopedagógica tienen como objetivo primordial, tanto para el niño como para la familia y en el contexto social-educativo, fomentar la autoestima, el auto concepto, los intereses, la motivación e incrementar el aprendizaje adecuando la metodología de la enseñanza, por parte de los profesores, a las características individuales del niño.

Para la familia, formarle hábitos de estudio, aconsejarlo y orientarlo en casa y, en el área educativa, los profesores deberán apoyar al niño con diversas

estrategias de enseñanza-aprendizaje para favorecer su desempeño en funciones como la autoestima, el auto concepto, la memoria, la atención, la socialización y el manejo de sus emociones, primordialmente.

Para lograr lo anterior, **el psicólogo educativo** debe decidir el programa más adecuado que permita al niño lograr sus objetivos y metas personales, en beneficio propio y en la diversidad social en que vive.

A la fecha se pueden utilizar diferentes terapias infantiles, en el caso de los niños con trastornos de conducta, pero también están dirigidos a los padres de familia, cuando se presentan graves conductas antisociales por parte de los niños. Por ejemplo, la *terapia de interacción entre padres e hijos*, enseña a fortalecer la relación familiar y a que se aprendan diversas técnicas de manejo de la conducta. Se aplica principalmente en niños que manifiestan el trastorno por oposición desafiante y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Otra técnica aplicable a los niños con trastorno por déficit de atención se denomina *resolución cooperativa de problemas*, que es un tratamiento que enseña a los menores a manejar la frustración, aprendiendo a ser más flexibles, adaptándose a las situaciones que viven. Padres e hijos aprenden a negociar y a tomar decisiones previo aporte de ideas que resulten benéficas para ambas partes y por consiguiente, disminuyen los conflictos.

Adicionalmente se consideran programas para estimular las habilidades de la inteligencia, cognitivas en la resolución de problemas interpersonales, focalización de la atención auditiva, control del comportamiento, de habilidades sociales y afectivos (Santos & Bausela, 2009).

3.3 Programa conductual

Entre las terapias psicológicas que se han destacado para enfrentar el problema del trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, destaca el enfoque conductual que supone una ayuda eficaz para tratar problemas para que el niño actúe correctamente, que sepa identificar comportamientos inadecuados, poder resolver problemas de conducta en la escuela, hacer amistad con otros compañeros de su misma edad o nivel y socializar adecuadamente con sus padres, familiares y muchas otras personas ajenas al ambiente educativo (Webster, 2009).

Otro aspecto importante de la terapia conductual es que se debe enseñar, tanto a los padres como a sus hijos y a los maestros, las destrezas que les permitan manejar y resolver sus problemas de manera conveniente sin llegar a conflictos más severos, que muchas veces y al paso del tiempo resultan insalvables.

Cuando se adiestra a los padres, éstos deben aprender destrezas adecuadas para los niños o con los adolescentes y transmitir a los maestros y al personal escolar lo aprendido, a efecto de que el programa conductual resulte eficaz. Entre los aspectos que estos programas pueden transmitir se consideran los siguientes:

1. Establecer y respetar reglas de convivencia en el hogar y en la escuela
2. Elogiar las conductas deseadas e ignorar las no deseadas
3. Recompensar la buena conducta escolar mediante un sistema de notas escuela-hogar
4. Hacerle saber al niño lo que se espera de él

Este enfoque de carácter psico-educativo está fundamentado en el contexto en que el alumno se desempeña, comprometiendo a todas las personas que lo

rodean: padres, hermanos, autoridades escolares, docentes y sus compañeros de clase.

La técnica psicológica conductual de tratamiento, está basada en transmitir conocimientos a padres y maestros de lo que representa el trastorno por déficit de atención al considerar que los procedimientos que se utilizan derivan en mayor parte de los principios del condicionamiento operante.

Las técnicas de modificación de la conducta están fundamentadas en comprender y dirigir de la mejor forma los problemas de comportamiento que los hijos presentan en las diferentes esferas sociales en que se desempeñan, destacando en este caso, los ambientes familiares y escolar.

De inicio, el comportamiento de los niños en la escuela está conformado en función de las consecuencias, es decir, el o los trastornos se asocian debido a las alteraciones en la interacción social padres-hijos.

Por otra parte, es importante relacionar el concepto de cognición, el cual nos lleva a considerar como su objetivo de tratamiento, el de enseñar a los alumnos afectados por el TDA utilizando diversas técnicas de autocontrol y resolución de problemas mediante auto instrucciones, como se describió en el capítulo anterior.

El tratamiento adecuado que ha sido seleccionado por el **psicólogo educativo** le podrá ayudar a conocer más acerca de las emociones y sentimientos del niño con relación a la convivencia que tenga con otras personas dentro y fuera del aula.

En resumen, el enfoque conductual teoriza que el comportamiento en general y los desórdenes emocionales en particular, solamente responden a las contingencias del ambiente siguiendo las leyes del condicionamiento, por tanto, sólo se propone un cambio del comportamiento cuya base es crear nuevas

conexiones entre un estímulo y las respuestas que habrán de reemplazar a las ideas anteriores, lográndolo a través de la manipulación planificada de las contingencias del ambiente.

Sin embargo, una crítica que se le hace a este tipo de terapia como afirma Hammond (2001), es que los tratamientos conductuales son efectivos para los síntomas por déficit de atención cuando se llevan a cabo junto con medicamentos estimulantes lo que permite obtener mejores resultados.

En algunos desórdenes psicológicos como la tartamudez, las depresiones o los problemas del aprendizaje, no se puede prescindir de las técnicas conductuales, sin embargo, esto no necesariamente indica que éstas sean mejores que otras técnicas más actuales como resulta el enfoque cognitivo-conductual del que considera un 90% de casos mejorados en estudios mayores a dos años (Dahab, 2009).

Puesto que la presente tesina empírica está fundamentada en el enfoque **cognitivo-conductual**, se le da mayor relevancia tanto en el aspecto teórico como en el programa de apoyo para padres, mismo que se desarrolla en el siguiente subtema.

3.4 Programa cognitivo-conductual

El **enfoque cognitivo conductual** es considerado a la fecha como el que mejor resultados aporta en el tratamiento del trastorno por déficit de atención (Cornellá, 2003), porque enfatiza el comportamiento como tema de la psicología y el uso del método científico en que se pretende que el niño sea capaz de reconocer sus problemas, debilidades y dificultades y de plantearse

soluciones viables, así también, que desarrolle sus habilidades cognitivas a modo que le permite incrementar la auto dirección de su comportamiento social, su autoestima, habilidades sociales y del propio aprendizaje.

Los antecedentes históricos del enfoque **cognitivo conductual** nos remiten a las investigaciones de:

1. Iván P. Pavlov y los reflejos condicionados. Descubrió un proceso básico de aprendizaje al que llamó condicionamiento clásico: entendido como el proceso por el cual los organismos aprenden relaciones de predicción entre los estímulos que se encuentran en un determinado contexto ambiental.
2. John B. Watson, seguidor de Pavlov, funda lo que se denomina teoría conductista. Es considerado como uno de los autores más representativos de la **terapia cognitivo-conductual** porque enfatiza el comportamiento como tema primordial de la psicología aunado al método científico para poder estudiarla.
3. F. B. Skinner, planteó el aprendizaje al que llamó condicionamiento operante. Manifestó que los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que se derivan de éstas.
4. Albert Bandura, hacia 1960, desarrolla su teoría del aprendizaje social, afirmando que el aprendizaje se produce por la experiencia directa y personal, también por la observación de otras personas y de la información obtenida por medio de símbolos verbales y visuales.
5. Aarón Beck en los años 60's, considero que la mayor parte de los desórdenes psicológicos nacían y se formaban a partir de cogniciones incorrectas proponiendo que para resolver tales desórdenes se debían

6. corregir los procesos cognitivos defectuosos reemplazando las ideas disfuncionales por respuestas adaptativas y funcionales. La terapia cognitiva de Beck se centró en el tratamiento de la depresión.
7. Albert Ellis, en el ámbito clínico, desarrolla la terapia racional emotiva, mencionando la influencia que el pensamiento ejerce sobre nuestras emociones. Aclara que no toda la vida emocional puede ser explicada por los pensamientos, los cuales reflejan un sistema personal para interpretar el mundo en que las creencias, los supuestos y reglas no las podemos conocer en plenitud.

A partir de las ideas propuestas por Beck y Ellis, **la terapia cognitivo-conductual** está referida a un sistema de trabajo terapéutico cuya base se centra en el papel que las cogniciones conjuntamente con los procesos cognitivos, juegan de manera importante con la generación de nuestras emociones. Argumentan que cuando se da un cambio en los pensamientos del individuo así como en los sistemas de procesamiento de información éstos habrán de originar un cambio importante en la manifestación de comportamientos y de cambios emocionales.

Bajo este enfoque están centradas las técnicas terapéuticas más conocidas y aplicadas del **enfoque cognitivo-conductual**, de las que destacan:

- Identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos y
- la modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento.

Ambos procedimientos están enfocados a rediseñar, remodelar y cambiar nuestros pensamientos, ideas y creencias negativas o irracionales, con el objetivo de ser transformadas en ideas más racionales, realistas y funcionales.

Dahab, Minici y Rivadeneira (2009), consideran que en la terapia **cognitivo-conductual** existen tres puntos fundamentales:

1. Formular hipótesis explicativas del problema y trazar los objetivos del tratamiento
2. Emplear técnicas terapéuticas que permitan lograr los objetivos previamente planteados, y
3. Dar seguimiento, es decir, evaluar la aplicación del programa de terapia y realizar ajustes en caso necesario, para que se mantengan los cambios que se persiguen

El acto y la capacidad de conocer, la cognición, es lo que concierne al conocimiento: pensamientos racionales y pensamientos automáticos, creencias y esquemas cognitivos inconscientes.

La palabra conductual, es todo lo que concierne a las conductas que se derivan tanto de las emociones como de las cogniciones.

La idea fundamental del enfoque **cognitivo-conductual**, es que la mayor parte de nuestras emociones negativas emanan de los trastornos cognitivos y conductuales. Por ejemplo, destacan la ansiedad y comportamientos desadaptativos como las conductas de escape y evitación o compulsiones, se siguen de trastornos cognitivos y conductuales incluyendo factores fisiológicos, cerebrales, de comportamiento, de contexto social, de enfermedades físicas, de factores genéticos, sociales y de aprendizaje.

Considerando lo anterior, la terapia **cognitivo-conductual** lleva como principio

fundamental conseguir, mantener y generalizar cambios conductuales que parten de un entrenamiento en que se enseña al niño con TDA a regular su conducta en los diversos contextos sociales.

La terapia **cognitivo-conductual** está centrada en el aquí y ahora (Flores, 2009) y su propósito es ayudar a las personas con TDA a desarrollar diversas herramientas que realmente les resulten útiles a efecto de que puedan manejar y superar los problemas emocionales y de comportamiento que las aquejan en su vida diaria.

Flores (2009), indica que es de suma importancia, durante el tratamiento, que los padres y personal del colegio se sumen al trabajo terapéutico con el niño que presenta el TDA a efecto de que los primeros sean capacitados para coadyuvar de primera mano durante el proceso implementado por el **psicólogo educativo**.

La terapia **cognitivo-conductual** pretende desarrollar las habilidades cognitivas de manera adecuada en los alumnos con TDA, siendo su objetivo potenciar las funciones ejecutivas como la memoria de trabajo y de retención, el control emocional, la interiorización del lenguaje y resolución de problemas complejos, incrementando la auto dirección del comportamiento y del aprendizaje escolar.

La terapia **cognitivo-conductual** utiliza, entre otras, las técnicas de auto instrucciones y de auto afirmaciones de Meichembaum, de imaginación y de autocontrol así como entrenamiento en solución de problemas y método de relajación, técnica por auto-instrucciones, de autocontrol y de auto evaluación reforzada. El método I DEAL que consiste en identificar el problema, definirlo, explorar alternativas, actuar con un plan y evaluar los logros alcanzados, así como las habilidades sociales, habilidades para hacer preguntas, para escuchar,

colaborar, buscar ayuda, auto reforzarse, pedir disculpas, dar las gracias, hacer y recibir críticas y cumplidos, ofrecer ayuda y expresión de sentimientos, entre otras.

A la fecha, al enfoque **cognitivo-conductual** se le considera como un modelo, porque se constituye de la integración de un conjunto de técnicas contemporáneas, bases filosóficas y metodológicas que son específicas de las ciencias del comportamiento y además porque se le considera una alternativa más breve en el tratamiento psicológico de algunos trastornos.

Para el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, autores como Pizarro y Valenzuela (2005), realizaron un estudio donde se pretendía abordar un problema de niños que presentaban el TDA mediante el enfoque **cognitivo-conductual** multi-componente, a efecto de examinar su eficacia y también fue aplicado para padres y maestros.

El enfoque interdisciplinario incluyó diferentes enfoques: **cognitivo-conductual**, médico, contextual y evolutivo. Considerando que en el TDA interactúan procesos neurofisiológicos y psicosociales, estos elementos tienen un impacto satisfactorio en el tratamiento de éstos niños. Estos investigadores manifestaron que los resultados arrojaron que los beneficios del tratamiento cognitivo-conductual depende de muchos factores, destacando principalmente:

- la severidad del trastorno
- el sexo y la edad
- la comorbilidad
- el ambiente escolar y familiar

También demostraron efectos de mayor significancia por la información proporcionada a los docentes y por los padres en comparación al tratamiento farmacológico.

Adicionalmente estos autores mencionan que el enfoque **cognitivo-conductual** favoreció que los educandos se integraran mejor con sus pares en el ámbito escolar, familiar y social, en su autoestima, auto confianza, en sus habilidades sociales, de estudio y en sus actitudes.

En otro estudio realizado por Calderón (En Arco, 2004), mediante la implementación de un programa **cognitivo-conductual** aplicado a niños y niñas con TDAH encontró que los resultados obtenidos arrojaron que las conductas relacionadas con este trastorno disminuyeron, específicamente la hiperactividad, se dio un descenso significativo en los problemas de comportamiento y se redujeron los problemas dentro del aula.

La hipótesis que planteó este autor fue que la intervención **cognitivo-conductual** produciría mejoras significativas en los controles inhibitorio, perceptivo-motor de la conducta, la atención y la memoria, las cuales habrían de influir positivamente tanto en el ámbito familiar como escolar. Por tanto, el objetivo consistió en especificar el impacto de la terapia **cognitivo-conductual** sobre 23 alumnos diagnosticados con el TDAH conforme los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV, de 1995, que son síntomas aparecidos antes de los 7 años de edad, un coeficiente intelectual igual o superior a 80, ausencia de otro trastorno, puntuaciones elevadas en desatención y con más de 11 meses de haber aparecido las alteraciones en casa y en la escuela.

Con los alumnos se trabajaron las técnicas **cognitivo-conductuales** de auto instrucciones de Meichenbaum, resolución de problemas, habilidades sociales de Goldstein, Sprafkin y Klein, habilidades para preguntar, escuchar, colaborar, buscar ayuda, auto reforzarse, pedir disculpas, dar las gracias, conversar, hacer y recibir críticas y cumplidos, ofrecer ayuda y expresar sentimientos, entre otras.

Adicionalmente se les aplicaron a los niños las siguientes pruebas aplicando el modelo de inhibición propuesto por Barkley en 1997 (En Arco, 2004).

a) Emparejamiento de figuras familiares de Cairns y Cammok de 1978, que mide impulsividad-reflexividad a través del emparejamiento perceptivo.

b) Figura compleja de Rey de 1994, que evalúa la memoria y el control perceptivo-motor

c) Escala de inteligencia de Weschler área aritmética, que evalúa la atención con 16 ítems de dificultad ascendente y la subprueba de claves, indicadora de la atención sostenida

d) Escalas de Conners para padres y para profesores de 1997, que miden el oposicionismo, inatención, hiperactividad-impulsividad e índice de TDAH.

De acuerdo a la hipótesis que fue planteada por Calderón (En Arco, 2004) se aceptó que la intervención **cognitivo-conductual** en los padres y docentes, mediante un entrenamiento específico y directo con los alumnos, se lograron mejoras significativas en las conductas problema de estos alumnos.

Autores como Miranda, Soriano, Presentación y Gargallo en el año 2000 (En Arco, 2004) utilizaron técnicas **cognitivo-conductuales** para potenciar los mecanismos de autorregulación a efecto de disminuir los síntomas conocidos del TDAH, que repercuten en las esferas escolar y familiar e plantearon la hipótesis de que la intervención **cognitivo-conductual** produciría mejoras significativas en el control inhibitorio, en el control perceptivo-motor de la conducta, en la memoria y en la atención, que afectarían positivamente en el comportamiento familiar y escolar del niño.

Baer y Nitzel (En Arco, 2004) argumentan que de la revisión de 36 grupos en los que se aplicó esta terapia, los niños y las niñas mejoraron su conducta y tuvieron un mejor rendimiento académico, por lo que, argumentaron, la intervención **cognitivo-conductual**, en la que participan los padres y los maestros, y mediante un entrenamiento preciso y directo con los alumnos afectados por el TDA, se produjeron mejoras significativas en las conductas de los niños afectados por este trastorno.

Cabe destacar que los programas no sólo son aplicables a los niños que presentan el TDA. Como se ha mencionado, el objetivo de la presente tesina empírica queda enfocado a realizar una propuesta de programa de apoyo para padres, por tanto, entre los aspectos que se deben desarrollar, está la psicoterapia familiar.

En este caso, frecuentemente los padres tienen conflictos matrimoniales severos (separación, divorcio, depresiones). Por tanto, la terapia familiar resulta un factor fundamental para que todos los integrantes traten estos problemas y sean capaces de afrontar la realidad del hijo con TDA.

Algunos investigadores abocados a diseñar estrategias de intervención para padres, como Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque (En Arco, 2004) realizaron un curso con duración de 12 sesiones y 3 horas de carga teórico-práctica dividiendo las sesiones en los siguientes rubros:

1. explicación de objetivos y procedimientos, información sobre diagnóstico, etiología, curso del trastorno, síntomas asociados, estrategias de tratamiento, necesidades educativas y entrega de materiales
2. entrenamiento en técnicas conductuales y *cognitivo-conductuales*
3. entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas
4. evaluación, seguimiento y retroalimentación de la formación

La metodología consistió en presentar estudios de caso, dinámicas grupales, auto-aplicación de materiales, visualización de videos alusivos al tema, lluvia de ideas, debates y juego de roles. La evaluación final del programa para padres arrojó, a través de la escala de Conners, una disminución estadísticamente significativa entre los resultados pre-post referidos al factor de oposición desafiante, hiperactividad-impulsividad e índice TDA/H en el contexto familiar (En Arco, 2004).

Miranda, García y Presentación, obtuvieron resultados significativos en las estimaciones de los padres posteriores a la intervención, respecto a la sintomatología de sus hijos con TDA/H con un 60.3% los cuales presentaron mejoras en los rubros mencionados en el párrafo que antecede (En Arco, 2004). Considerando los datos vertidos, estos autores aceptaron la hipótesis de que mediante la intervención cognitivo-conductual, en programas para padres, mediante un entrenamiento específico y directo con sus hijos, se produjeron mejoras significativas tanto en las conductas como en las otras áreas referidas.

A la fecha existe un programa de orientación y entrenamiento a padres de Barkley (En Luque, 2004) cuyos objetivos son que los padres acepten el diagnóstico de sus hijos así como las implicaciones que repercuten en sus relaciones familiares respecto a las conductas de éste y que los padres recuperen el control de sus emociones. El programa se aplica de manera individual en 12 sesiones, una vez a la semana con hora y media de duración.

Los componentes del programa referido son:

1. Suministrar información actualizada y específica del TDA
2. Identificar los comportamientos problema dentro de las relaciones familiares
3. Darle al niño atención positiva a través de juegos
4. Generar comportamientos positivos sobre la atención-desatención

5. Incrementar la atención del hijo al dar instrucciones sobre comportamiento inadecuado
6. Establecer disciplina e imponer límites
7. Realizar contratos y ofrecer recompensas
8. Programar comportamiento positivo en otros contextos sociales
9. Estar pendiente de los problemas que se originen en el colegio
10. Revisar las estrategias aprendidas y anticipar posibles dificultades futuras

Con los puntos anteriores de este programa, se pretende que los padres puedan ayudar a su hijo a mejorar sus relaciones sociales, fortalecer la relación padres/hijos, reducir los conflictos intrafamiliares y que el niño pueda integrarse a la sociedad en el presente y a futuro.

En términos generales se puede argumentar que los resultados obtenidos en estas investigaciones acerca de la fiabilidad de las técnicas **cognitivo-conductuales** en el tratamiento de problemas clínicos y de salud, permiten llegar a la conclusión de que las técnicas **cognitivo-conductuales**, resultan eficaces a corto como a mediano plazo, pero los tratamientos largos resultan perjudiciales, principalmente por el tipo de problema y las variables que intervienen, verbigracia: edad, género, tipo de problema y hábitos personales.

Otro aspecto importante para que la terapia **cognitivo-conductual** sea considerada en la actualidad como una de las más adecuadas para resolver problemas de aprendizaje, inatención, baja autoestima y de comportamiento inadecuado en las aulas, entre ellos el TDA, consiste en que el **psicólogo educativo** evalúe de manera adecuada el problema del niño con el objetivo de implementar el tratamiento adecuado y además, que integre las técnicas idóneas en un programa de terapia que se adapte a las necesidades de los participantes.

Desde el enfoque **cognitivo-conductual** se abordan los problemas actuales independientemente de cómo y cuándo se generaron; se trabaja en el aquí y ahora. Su propósito es resolver los padecimientos presentes del niño a efecto de que éste adquiriera las habilidades necesarias que le permitan enfrentar el futuro inmediato. Específicamente, fomenta un mejor manejo en el control de las emociones, incrementa la confianza y autoestima positiva beneficiándose en las relaciones interpersonales, escolares, familiares y sociales.

También resulta relevante para la eficacia del tratamiento en la terapia **cognitivo conductual**, que el **psicólogo educativo** posea las habilidades de comunicarse para fortalecer la relación terapéutica con los padres y con el niño en cuestión, aceptación incondicional y ayuda, motivación, involucramiento en el problema, empatía, respeto, visión positiva y autocontrol del propio comportamiento.

A modo de resumen del presente capítulo, se desarrollaron dos enfoques teóricos de suma importancia relativos a los problemas de aprendizaje, comportamientos inadecuados, pensamientos e ideas irracionales, entre otros, siendo éstos la terapia cognitiva y *la terapia cognitivo conductual*. Se desarrollaron brevemente las ideas de Pavlov, Watson, Skinner, Bandura y Ellis, quienes resultan los representantes más destacados para conformar lo que actualmente se denomina teoría cognitivo-conductual, enfocado al tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención y la importancia que esta terapia conlleva para lograr resultados positivos en el manejo de conductas inadecuadas en los niños. También se destacó la importancia de la autoestima y del auto concepto que se debe fomentar en los alumnos que presentan el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

Así mismo, se describieron algunas investigaciones sobre programas enfocados tanto a los niños que presentan el trastorno por déficit de atención,

como programas aplicados a los padres de familia, cuya intención es apoyar al docente para tratar de corregir algunos comportamientos problema dentro y fuera del colegio. Se enfatizó la importancia de los programas dirigidos a los padres por ser el tema central de la presente tesina.



CONCLUSIONES

Hablar del trastorno por déficit de atención resulta un tema de singular importancia para los **psicólogos educativos** que dedican su trabajo a ayudar y atender los problemas de los alumnos, principalmente en el nivel secundaria.

Resulta difícil tanto para los médicos como para los **psicólogos educativos** cuando no se tiene la suficiente experiencia para reconocer los síntomas que estos niños presentan, sobre todo porque no se está en contacto directo con ellos. Le corresponde primero a los maestros que les imparten clases darse cuenta que algunos niños presentan muchas deficiencias tanto en su conducta como en su desempeño escolar y social.

Muchas veces son los mismos maestros quienes llegan a etiquetar a estos niños que presentan el trastorno por déficit de atención al desconocer los síntomas que los caracterizan y porque no tienen la preparación clínica o pedagógica adecuada para poder identificarlos. Como consecuencia y en presencia de los demás alumnos, se les impone una etiqueta de ser flojos, apáticos, desinteresados y antisociales, entre otros muchos. La consecuencia es que los niños afectados comienzan a sentirse menos capaces, aunque saben que aprenden, no lo logran con la misma rapidez de otros niños.

Entre las consecuencias de su pobre rendimiento escolar, destaca muchas veces, la indiferencia que los padres manifiestan ante el problema de sus hijos y solamente cuando se dan cuenta que el problema persiste más allá de la primaria, entonces toman la decisión de llevarlo con el médico, es entonces cuando llegan a enterarse, salvo un buen diagnóstico, que sus hijos presentan el trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad.

Sin embargo, el problema ha avanzado lo suficiente como para que la autoestima del niño esté lo suficientemente afectada y los problemas en la familia se vuelven más frecuentes.

Muchos son los padres que desconocen que el trastorno por déficit de atención tiene una causa hereditaria y que pueden incidir otros factores, como la mala alimentación de sus hijos, sobre todo en el colegio en que consumen “alimentos chatarra” que no los nutren. También existe la posibilidad de que haya sido consecuencia de un desorden genético o por problemas durante el embarazo y posteriores al nacimiento o, simplemente, porque ambos padres trabajan y no le prestan atención a sus hijos o porque están en proceso de divorcio o separados.

Entre estos factores son los hijos quienes llevan la mayor parte del problema, porque se sienten abandonados ante la carencia de un padre o de una madre, desarrollan sentimientos de ira o frustración a los cuales no saben cómo enfrentar. En el colegio se ven los resultados en su desempeño escolar. Sienten que su aprendizaje no es como ellos quisieran y les resulta difícil convivir con sus compañeros de aula, casi no tienen amigos, su autoestima suele ser baja, son reportados por los maestros con frecuencia y esto les trae frecuentes regaños de sus padres. Su vida personal, social y familiar los enfrenta constantemente a diversas frustraciones que no pueden resolver, marcando de manera negativa su vida personal.

Ante este tipo de problemas, corresponde al **psicólogo educativo** que se desempeña profesionalmente en el colegio al que se ha hecho referencia, aportar parte de su conocimiento para ayudar a estos alumnos.

El diseño del programa de apoyo para padres con hijos que presentan el TDA, que se pretende implementar en la secundaria “FT”, obedece a diversas causas, entre las que destacan:

1. El Departamento de Orientación Educativa de la secundaria “FT” no cuenta con programas psicopedagógicos enfocados a los niños con necesidades educativas especiales, ni material psicológico adecuado para apoyarlos en su desempeño académico. Tampoco cuenta con el espacio físico adecuado para trabajar con las actividades que el programa requiere.
2. Los maestros no tienen la información indispensable para identificar los problemas psicológicos que presentan los alumnos al ingresar a la escuela.
3. El colegio no ofrece cursos de actualización externos para maestros, referidos a problemas de hiperactividad, déficit de atención, trastornos de personalidad, depresión, entre otros, para identificar a los niños con necesidades educativas especiales.
4. Frecuentemente los padres de familia no informan al **psicólogo educativo** acerca de los trastornos que su hijo presenta, aún cuando sus hijos hayan sido diagnosticados en años anteriores.
5. No se proporciona entrenamiento al personal administrativo en prácticas de modificación de conducta.

Por lo anterior, se considera indispensable contar con la propuesta de un programa de apoyo multidisciplinario para padres, bajo el enfoque **cognitivo-conductual**, realizado por el **psicólogo educativo** del colegio con el apoyo del médico escolar, principalmente, para que se coadyuve a lograr un mejor rendimiento académico de los alumnos dentro del marco de necesidades educativas especiales, con la finalidad de que los alumnos logren disminuir los problemas de reprobación, de baja autoestima, de conductas desafiantes y trastornos de atención, entre muchos otros.

Finalmente es de ser tomado en cuenta que el programa de apoyo para padres consiste en una serie de actividades basadas en juegos, porque mediante éstos el niño con trastorno por déficit de atención es capaz de aprender con mayor facilidad y al utilizar premios y recompensas se van reforzando las conductas y comportamientos positivos que coadyuvarán a mejorar su vida interpersonal.

Propuesta de un programa de apoyo para padres con hijos que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad

En el contenido de la presente tesina empírica se ha mencionado que aún se desconocen las causas reales que provocan el trastorno por déficit de atención, sin embargo, entre estas se considera que pueden ser de origen genético, durante el embarazo o posteriores al parto, por factores ambientales, sociales, mala alimentación y por una enseñanza deficiente en los primeros años de estudio.

A la fecha se sabe que el trastorno por déficit de atención afecta gravemente a los niños en edad escolar y de no ser atendidos a tiempo, les puede ocasionar diversidad de problemas en su desarrollo personal futuro.

También se ha hecho mención que la función ejecutiva permite al cerebro organizar, activar, centrar, integrar y dirigir los estímulos para poder trabajar de manera creativa o rutinaria. De esta manera, los componentes de la función ejecutiva del cerebro tienen un impacto trascendental sobre las actividades a realizar en la escuela, destacando la resolución de problemas complejos, interiorizar el lenguaje para controlar el comportamiento propio, prestar atención para concluir un trabajo, retener datos y acceder a éstos a largo plazo así como tolerar la frustración pensando antes de actuar o de hablar. Este último aspecto, denominado **control emocional**, es una parte fundamental del programa de apoyo para padres.

La importancia de implementar la propuesta de un programa de apoyo, bajo el enfoque **cognitivo-conductual**, para padres con hijos que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, a nivel secundaria, radica en el hecho de que los progenitores por varios años desconocen que sus hijos tengan algún problema neurológico, mismo que les impide o dificulta un desarrollo académico adecuado conforme a su edad mental o cronológica, viendo disminuidas sus capacidades y habilidades, principalmente por las bajas calificaciones o por la reprobación de materias, así como por la dificultad para concluir diversas actividades encomendadas, aún siendo éstas muy sencillas.

A consecuencia de lo anterior, la presente propuesta de un programa de apoyo para padres radica en diseñar, de inicio, un programa de atención psicopedagógica que está dirigido primordialmente a los padres de familia a efecto de irlos adentrando en el conocimiento del trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, que afecta a sus hijos y, posteriormente, en base al aprendizaje adquirido, lo puedan implementar a la brevedad con sus hijos en sus hogares, siendo la finalidad de que los progenitores se vayan haciendo más responsables y conscientes de que los deben apoyar en beneficio de toda la familia.

1. Objetivos del Programa

El objetivo general de la propuesta del programa, aplicando el enfoque **cognitivo-conductual** es:

- Apoyar a los padres de familia con hijos de 12 a 15 años de edad que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, con la finalidad de que los niños lleguen a superar sus deficiencias académicas, personales, familiares y sociales.

Los objetivos específicos dirigidos a los padres de familia son:

- Proporcionar a los progenitores los conocimientos básicos del campo de la educación con necesidades especiales a efecto de poder apoyar el desempeño académico de sus hijos, ayudándolos a disminuir su déficit de atención y mejorando sus relaciones interpersonales
- Enseñarles a reconocer las conductas problema que impiden a sus hijos lograr un mejor aprovechamiento escolar
- Implementar las estrategias que promuevan en sus hijos hábitos de estudio constructivos e incrementar su atención enfocadas a la conclusión de tareas
- Enseñarles a manejar sus emociones personales y llevar un auto-monitoreo de las conductas negativas y positivas de sus hijos, estimulando su atención



2. Población a la que va dirigido el programa

Padres de familia de niños entre 12 y 15 años de edad que presentan el déficit de atención, sin hiperactividad

3. Características de la población

- a) Datos socioeconómicos: casados, divorciados recientemente o separados.
- b) Los hijos viven preferentemente con la madre por ser menores de edad. Se permite la visita del padre al domicilio conyugal, previa autorización de la cónyuge
- c) El padre proporciona, en caso de divorcio, el apoyo económico para la educación y alimentación de los hijos menores

- d) La ocupación del padre es empleado de alguna empresa, comerciante o vendedor
- e) La escolaridad de los padres: bachillerato, carreras truncas o titulados

4. Escenario

El escenario físico en que se llevarán a cabo las actividades del programa son:

Aula virtual del colegio “FT”, planta baja, sección preparatoria. Las paredes son de ladrillo blanco. Las dimensiones del aula son de 7 metros de largo por 8 metros de ancho, 6 lámparas de iluminación artificial de luz blanca, dos ventanas de 2.5 metros de largo por 2.0 metros de alto; cristales café oscuro, puerta de metal negra con cuatro cristales color café en la parte media superior y cortinas tipo persiana de color azul.

El mobiliario consta de 24 sillas metálicas acojinadas, un escritorio de metal tipo secretarial, dos libreros grandes de madera, un pizarrón blanco de 2.5 metros de largo por 1.5 metros de alto. Una pantalla de color blanco para proyectar imágenes de computadora y un proyector de acetatos. Una radio sonido estereo de amplitud y frecuencia modulada que incluye compartimiento para disco compacto. Un mueble de madera que protege la computadora y sus aditamentos y un video proyector con mando a control remoto situado en el techo del aula virtual.

5. Materiales y equipo

La propuesta del programa de apoyo para padres está estructurada a partir de varios materiales que servirán de apoyo a las diversas actividades, éstos son:

- Trípticos informativos del programa de apoyo para padres

- Cuestionario diagnóstico y de actitudes, inicial y final
- Cuadernillo No. 1 ¿Qué es y qué no es el TDA?
- Grabadora portátil
- Memorama de rostros “Nunca olvido un rostro gracioso”
- Programa para PC “Turbo brain”
- Mapa rompecabezas gigante de foami
- Video en CD ¿Qué es el T. D. A?
- Video en CD ¿Cómo puedo realizar mi trabajo con creatividad?
- Cuestionario de Conners para padres
- Cuadernillo No. 2 “Factores que originan el T. D. A.”
- Cuadernillo No. 3 “Importancia de la comunicación interpersonal en el aula y en la familia”
- Cuestionario de auto instrucciones de Meichenbaum
- Cuadernillo No. 4 “Ejercicios sobre actitudes constructivas”
- Programa de PC “Cameroid” , en línea (transformar un rostro)
- Programa de PC “Celebrity matchup” , en línea (caricaturas)
- Hoja impresa de conductas objetivo
- Hoja impresa de recompensas controladas
- Instructivo de relajación (para ser leído por los padres)
- Disco compacto con verbalizaciones de relajación
- Dos o más CD’S con sonido ambiental
- “Twister” fabricado en tela durable con círculos de varios colores
- Cesta y balones para jugar baloncesto
- Una mesa para tenis de mesa o ping pong
- Tapete con figuras diversas “Salta sobre la figura correcta”
- Juego “Scrabble” de madera o de plástico
- “Text Express” u otros juegos en línea de tda-h
- Cuadernillo de preguntas específicas a una fantasía específica

5. Formas de evaluación

Previo al inicio de la propuesta del programa de apoyo para padres, se contará con la historia clínica personal de ambos padres así como de sus hijos.

La propuesta del programa de apoyo para padres cuenta con un apartado que permitirá evaluar las conductas iniciales de los padres, mediante un cuestionario diagnóstico de conocimientos y actitudes que se les entregará en la primera sesión y antes de dar inicio al programa.

Este cuestionario estará estructurado con preguntas cerradas, a efecto de saber qué porcentaje conoce o desconoce del trastorno por déficit de atención y cuáles son las actitudes que ha asumido respecto del mismo antes de iniciar el programa.

Una vez evaluado el cuestionario y recabado los porcentajes se procederá a explicar el contenido del programa, enfatizando aquellos aspectos en los cuales mostraron un mayor desconocimiento del trastorno.

Para las demás sesiones, se implementarán otras actividades que permitan evaluar el desempeño de los padres: mesas de discusión del trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, vivencias y experiencias personales.

Adicionalmente se les pedirá a los padres que deberán grabar las interacciones con sus hijos empezando desde el primer día de iniciado el curso y durante una semana, en los horarios en los que ellos típicamente tienen dificultades con la disciplina. Por ejemplo, estar listos para la escuela en la mañana y terminar sus tareas.

Estas grabaciones serán evaluadas subsecuentemente para determinar la frecuencia de algunos comportamientos específicos de los padres:

- a) utilización de un tono negativo hacia el niño;
- b) repetición de una orden en un esfuerzo por lograr que el niño cumpla;
- c) discutir con el niño para que éste haga o deje de hacer algo: y
- d) premiar al niño verbalizando con frases positivas su afecto.

Al concluir todas las actividades de que consta el programa, se procederá a aplicar un cuestionario final de conocimientos y actitudes a efecto de mostrar los cambios que hayan tenido a lo largo de éste.

6. Procedimiento

Posterior a la inscripción de los alumnos de nuevo ingreso en la secundaria “FT” y de manera inmediata, en el cubículo de orientación educativa, se invitará a los padres de familia a participar en la propuesta de un programa de apoyo para padres con hijos de 12 a 15 años de edad que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad para que conozcan los antecedentes del trastorno por déficit de atención, así como para hacerlos partícipes de la responsabilidad que les corresponde como padres y puedan coadyuvar para un mejor desempeño académico, social, familiar e individual de sus hijos.

La propuesta del programa de apoyo para padres se llevará a cabo una vez a la semana, en 10 sesiones, con una duración aproximada de 90 minutos, en el auditorio del colegio “FT”, en el turno matutino.

El **psicólogo educativo** a cargo de la propuesta del programa de apoyo para padres, proporcionará el contenido teórico, los manuales y material necesario a los padres de familia para irlos adentrando al tema. Así mismo y de acuerdo con el

contenido y el enfoque cognitivo-conductual, se dirigirán las sesiones a efecto de que se cumpla el objetivo propuesto.

Como práctica de entrenamiento en todas las sesiones se aplicará, de inicio, una dinámica de relajación con una duración aproximada de 20 minutos para que los padres se adentren en el ambiente en que viven sus hijos y con la intención de hacerlos comprender la importancia de no mantener a sus hijos en una sola actividad, lo que habrá de ayudarlos para que su aprendizaje vaya siendo lo más óptimo posible en pequeños periodos de tiempo.

Se les hará partícipe en cuanto a las técnicas de relajación para que las sepan aplicar en el momento preciso a efecto de que sus hijos las extrapolen en su vida diaria.

Otro aspecto a destacar dentro de las instrucciones del programa a los padres radica en el hecho de que se inicia con actividades simples para pasar a las más complejas; la intención es que los padres habiliten en el niño sus propias funciones ejecutivas posteriores a las estrategias que le permitan manifestar sus emociones mediante el empleo de actividades lúdicas.

Al concluir la sesión se realizará un resumen de contenido con dinámicas de duda, pregunta y respuesta. Adicionalmente se les darán las indicaciones pertinentes para que lleven a la práctica lo aprendido en el día de la sesión y en la siguiente fecha de reunión, indiquen los avances, debilidades y fortalezas logradas.

A partir de la cuarta sesión, los padres deberán estar preparados teóricamente para llevar a la práctica los conocimientos previamente adquiridos en las instalaciones del colegio "F" a efecto de que lo puedan aplicar de inmediato, con sus hijos, en su domicilio particular.

Al finalizar las 10 sesiones de que consta el programa, los padres habrán de implementarlo totalmente con sus hijos que presentan el TDA, a efecto de que en fechas ulteriores, previamente establecidas por el **psicólogo educativo**, se presenten los padres al departamento de orientación educativa a efecto de conocer más ampliamente los avances logrados con sus hijos. Sin olvidar que el **psicólogo educativo** deba darse cuenta de que efectivamente se dieron avances en los niños, considerando sus actitudes y desempeño escolar en el aula. La descripción precisa de lo que se trabajará en cada sesión del programa se detalla en el Anexo I, el cual contiene la carta descriptiva del mismo.



REFERENCIAS

- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. & y Carretié L. (2008). *Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y cuestiones abiertas*. Documento electrónico recuperado el 09/03/2009 de <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2008111>
Revista de neurología, 2008. no. 47. pp. 39-45
- Arco, T. J. L., Fernández, M. D. & Hinojo, L. F., (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica*. En <http://www.psicothema.com/tabla.asp?Make=2004&Team=1003>
Revista Psicothema, 2004. vol. 16, no. 3., pp. 408-414
- Amaya J. M., Aoki S., Boucart R., & Nuche, A. (2006). *Programa integral de tratamiento con niños con TDA/H*. **Facultad de psicología. UNAM**. Estudios sobre mente, cultura e historia, psicologías No. 0, mayo 2006, p. 148
- Angilella de H. A. (2009). *Información para padres y maestros. Problemas de aprendizaje*. Asociación mexicana por el déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados. Documento electrónico recuperado el 30/03/2009. pp. 1-5. Documento electrónico en http://www.deficitdeatencion.org/jul2005_09.htm
- Artigas-Pallarés, J. (2003). *Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Documento electrónico en <http://www.neurologia.org/sec/ind.php?Vol=368Num.S1&i=e>
Revista de neurología, 2003. vol.. 36, supl 1, p. 68
- Barckley, R. A. (2003). *Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children*. *Brain Dev.* 25. pp. 77-83
- Barraza, M. A., (2009). *Metodología pedagógica para la atención de niños con necesidades educativas especiales*. Trabajo publicado el 4 de julio del 2002. Documento electrónico recuperado el 10/06/2009, pp. 1-6. Documento electrónico en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-185-1-metodologia-pedagogica-para-las-necesidades-educativas-especiales.htm>
- Carrilero, M. A. (1998). *Cursos de Orientación Familiar*. Barcelona, Ed: Océano, p. 257

- Casa, A. M., (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: una guía práctica*. Málaga, España., Ed. Aljibe, p. 69
- Castroviejo, P. I. (2000). *Síndrome de déficit de atención con hiperactividad: guía práctica diagnóstica y terapéutica*. Barcelona, 2da. Edición. p. 96 Ed: Artigas editores
- Centro Nacional de Recursos para el TDA/H. (s. a.). (2009). *La ciencia sobre el TDA/H*. Documento electrónico recuperado el 18/03/2009. pp. 1-3. Documento electrónico de <http://www.help4dhd.org/es/about/science>
- Centro Nacional de Recursos para el TDA/H. (s. a.). (2009). *Prevalencia estadística*. Documento electrónico recuperado el 18/03/2009. pp. 1-2. Documento electrónico de <http://www.help4adhd.org/es/about/statistics>
- Centro Nacional de Recursos para el TDA/H. (2009). (s. a.) *Patofisiología (diferencias cerebrales en el TDA/H)*. Documento electrónico recuperado el 18/03/2009. p. 1 en <http://www.help4adhd.org/es/about/causes/pathophysiology>
- Cornellá, C. J. (2003). *Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. **Revista Pediatría Integral**, 2003, VII (8), p. 572 y 576. Documento recuperado el 20/03/2009. En [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/imagenes/-USER-/trastorno déficit de atención hiperactividad\(1\)](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/imagenes/-USER-/trastorno%20déficit%20de%20atención%20hiperactividad(1))
- Cumba, E., Gaviria, A., Matos, M. & Reina, G. (2009). *Derechos educacionales de los niños con el tda/h*. National Resources Center on AD/HD. A program of Chadd. Lo que sabemos no. 4, pp. 1-5. Documento electrónico de <http://www.help4adhd.org>
- Dahab, J., Minici, A. & Rivadenerira, C. (2009). *¿Qué es la terapia cognitivo conductual?* Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento. Documento electrónico recuperado el 16/03/2009. p. 1-3 de <http://www.cognitivoconductual.org/articles/qestcc.htm>
- Dayán, N. A. (2009). *Neuropediatría, conducta y aprendizaje. Trastorno por déficit de atención. CADS - Cuestionario para padres de Keith Conners, Ph. D., (traducido por Orlando L. Villegas, Ph. D)*. Documento electrónico recuperado el 06/03/2009, pp. 1-2. Documento electrónico de http://www.cerebrito.com/cads_cuestionario_para_padres.htm
- De Mause, L. (1982). *Foundations of Psychohistory*. Creative roots pub, documento electrónico recuperado el 17/02/2008. pp. 1-6 Documento electrónico de <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicohistoria&printable=yes>

- Díaz, A. J. (2008). *Evolución histórica del trastorno por déficit de atención*. Cap. 1, p.2. Documento electrónico en <http://www.paidopsiquiatría>, diciembre 2008,
- Etchepareborda, M. C., Paiva-Barón, H. & Abad, L. (2009). *Ventajas de las baterías de exploración neuropsicológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. **Revista de neurología**. No. 48, supl. 2. p. 91. Documento electrónico en <http://www.revistadeneurologia.org/sec./ind.php?vol=488num=S02&i=e>
- Farley, S. E., Adams, J. S., & Lutton, M. E. (2003). *El TDA/H y los trastornos coexistentes: trastornos de comportamiento perturbador*. En National Resource Center on AD/HD. p. 4 www.help4adhd.org/documents/span5b.pdf
- Flores, F. P. (2009). *Terapia cognitivo conductual para el manejo del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescents con TDAH*. Documento electrónico recuperado el 16/04/2009 en <http://www.deficitdeatencionperu.org/boletines/view-3.html/>, p. 1-9
- Franco, J. A. (2009). *Psicotecnología. Terapia de neurofeedback para el déficit de atención*. Documento electrónico recuperado el 05/03/2009. pp. 1-3. De <http://www.sicotecnologia.com/DDA.HTM>
- García, E. & Ristol A. (2009). *Areteo de Capadocia (Siglo II d. C.) y las primeras descripciones neurológicas*. **Revista de neurología**, 2009. no. 48, v. 6, p. 322-327. Documento electrónico en <http://www.revneurolog.com/LinkOut/formMedLine.asp?Refer=2008448&Revisa=RevNeuro>
- Glosario de TDA. (2009). (s. a.) Documento electrónico recuperado el 18/03/2009, pp. 1-2 de <http://www.profesormolina.com.ar/padres/tda/glosario.htm>
- Gratch, L. O. (2000). *El trastorno por déficit de atención. (ADD – ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Madrid. Ed: Médica Panamericana. p. 17.
- Gómez, G. A. (2009). *Cursos del aula virtual. Criterios de evaluación*. Documento electrónico recuperado el 16/04/2009, p. 3. de http://www.edusalud.com/cursos_presentación.php?codigo=71
- González, P. J., Núñez, P. J. C., González P. S. & García, G. M. S., (1997). *Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar*. En *psicothema*, vol. 9, no. 2, p. 272-289. Documento electrónico de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=97>

- Hammond, M. & Webster, C. (2001). *Tratamiento conductual para niños y adolescents con TDA/H*. Documento electrónico recuperado el 18/03/2009. pp. 1-5, de <http://www.help4.org/es/treatment/behavioral/WWK7S>
- Lahey, B. B., & Carlson, C. L. (1991). Validez de los criterios diagnósticos para el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad: una revisión de la literatura. En National Resource Center on AD/HD, Lo que sabemos. El TDA/H tipo predominantemente inatento, no. 8. Documento electrónico en www.help4adhd.org, p. 1-4
- Larraguibel, Q. E. (2008). *Adaptaciones curriculares para los niños con necesidades educativas especiales*. Documento electrónico recuperado el 11/03/2009, pp. 2-7. De <http://www.salesianoslitoral.org.ar/files/formación/pedagógica>
- Luque, P. D. & Rodríguez, I. G. (2004). *Dificultades en el aprendizaje. Verificación de criterios diagnósticos III. Criterios de intervención pedagógica*. pp. 77-135. Documento electrónico de <http://www.dislexiaeuska.com/dmdocuments/vol3/Intervención.pdf>
- Manual Diagnóstico y Estadístico de Clasificación de las Enfermedades Mentales de la Academia Americana de Psiquiatría*. (2002). DSM-IV TR., 4ta., edición. Barcelona. Ed: Masson.
- Merani, A. L. (1979). *Diccionario de psicología*. México. Ed: Grijalbo, p. 8 y 72
- Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil & Jarque. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista de neurología clínica. Publicado en **Revista Sopia**, 2000. vol. 16, no. 2, pp. 203-216. Documento electrónico de http://www.sopia/boletines/RevSocPsiq2000_2.pdf
- Molina, M. J. (2009). *Qué es el trastorno por déficit de la atención*. Documento electrónico recuperado el 18/03/2009. pp. 1-4. De http://www.profesormolina.com.ar/padres/tda/quees_tda.htm
- Morgado, I. (2003). *Conferencias, simposios y talleres del Tercer Congreso Internacional de cerebro y mente*. En **Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias**, 2003. vol. 5., no. 1, p. 27
- Morris, Ch. G. (2009). *Psicología. Un nuevo enfoque*. México. Ed: Prentice Hall, p. 173, 8va., edición.

- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. & Fernández-Mayoralas, M. D. (2009). *Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Documento electrónico en <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php> 248 **Revista de Neurología**. 2009. no. 48. supl. 2, p. 107-111
- Pizarro, A. & Valenzuela, C. (2005). *Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Trabajo original en **Revista Sopia**. 2005. no. 16. v. 2. pp. 12-18. En documento electrónico http://www.sopia.com/boletines/RevSocPsiq2005_2.pdf
- Pineda, D. A., (2009). *La función ejecutiva y sus trastornos*. Asociación mexicana por el déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados. Documento electrónico recuperado el 30/03/2009, pp. 1-11. De http://www.deficitdeatencion.org/ago2005_01.htm
- Pineda, D. A., Restrepo, M. A., Henao, G. C., Gutiérrez-Clellen, V. & Sánchez, D. (1999). *Comportamientos verbales diferentes en niños de 7 a 12 años con déficit de atención*. Documento electrónico en <http://www.revistadeneurologia.com> **Revista de Neurología**. 1999. vol. 29, no. 12, pp. 1117-1127
- Ribera, M. M. (2009). *La educación en un centro escolar de integración. ¿Qué es la integración?* Documento electrónico recuperado el 10/06/2009, pp. 1-3. de http://www.down21.org/educ_psc/educación/escolarizacion/que_integración.htm
- Rodríguez, E. M. (1998). *Autoestima. Clave del éxito personal*. México. Ed: El Manual Moderno, 2da. Edición, Serie: capacitación integral, p. 48
- Romeu, J. (2009). *Trastornos antisociales de la conducta*. Documento electrónico recuperado el 25/05/2009, pp. 1-2. De http://www.drromeu.net/trastornos_antisociales_de_la_co.htm
- Romero O. T., Lara-Muñoz, C. & Herrera, S. (2002). *Estudio familiar del trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. **Revista Salud mental**. 2002. vol. 25, no. 3, junio 2002. Departamento de psiquiatría, Facultad de medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla., pp. 41-45
- Sánchez M. J., Alcázar R. A, & Olivares R. J. (1999). *Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas de salud: meta-análisis de la literatura española*. **Revista Psicothema**. 1999. vol. 11, no. 3. pp. 641-654. Documento electrónico en <http://www.psycothema.com/tabla.asp?Make=1999&Team1003>

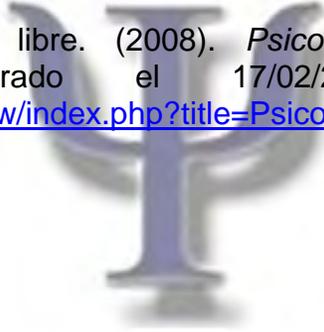
Santos Cela, J. L., & Bausela, H. E. (2007). *Propuesta psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH*. Documento electrónico recuperado el 03/04/2009 en **Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente**. 2007. v. 7 no. 1. p. 110-124, en [http://www.paidopsiquiatria.com\(numero8/art.8pdf](http://www.paidopsiquiatria.com(numero8/art.8pdf)

Simposio internacional desórdenes del desarrollo infantil del conocimiento teórico a la práctica clínica. (2008). Lima, 12, 13 y 14 de septiembre. 2008, p. 10

Van-Wielink, G. & Highland L. (2003). *Trastorno por déficit de atención y tratamiento farmacológico con metilfenidato (Ritalin) y antidepresivos (Strattera)*. Centro Anáhuac de Investigación en Psicología. Boletín informativo de la escuela de psicología, año 6, no. 23. pp. 1-2. julio-agosto del 2003

Webster, S. C. & Reid, M. J. (2009). *Tratamiento conductual para los niños y adolescents con TDA/H*. Centro Nacional de Recursos para el TDA/H. Documento electrónico recuperado el 18/03/2009 en <http://www.help4adhd.org/es/treatment/behavioral/> p. 1-5

Wikipedia, la enciclopedia libre. (2008). *Psicohistoria*. (s/a). Documento electrónico recuperado el 17/02/2008, pp. 1-6. De <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicohistoria&printable=yes>



ANEXO 1

Secundaria "FT" Ficha de identificación

Datos personales del alumno y de los padres

Nombre del alumno	"X"
Fecha de nacimiento	27 de marzo de 1997
Fecha de ingreso al colegio y ciclo	Enero del 2009 / 2009 - 2011
Edad	12 años
Domicilio	Domicilio conocido
Escuela primaria de procedencia	Ovidio Decroly
Grado que cursa	Primer año
Domicilio del colegio	Delegación Tláhuac, D. F.
Nombre del padre	"Y"
Edad del padre	32
Ocupación	Electricista
Escolaridad	Bachillerato
Nombre de la madre	"Z"
Edad de la madre	35
Ocupación	Ingeniera Civil
Escolaridad	Profesional

- Todos los datos son ficticios para proteger la identidad del alumno y sus padres

ANEXO 2

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA)

C. Keith Conners, Ph. D.

Traducida por Orlando L. Villegas Ph. D

Escala de Conners para padres-revisada *

Nombre del niño (a) _____	
Sexo: Masculino ____	Femenino: ____ Fecha de nacimiento _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	Edad: _____ años
Grado escolar: _____	Fecha _____
Nombre del padre o madre _____	

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños (as) tiene. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño (a) durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo (a) ¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes? E indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 o 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.

	NO ES CIERTO	A VECES ES CIERTO	MUCHAS VECES ES CIERTO	SIEMPRE ES CIERTO
1 Enojado (a) y resentido (a)	0	1	2	3
2 Tiene dificultad para hacer o completar sus tareas escolares en casa	0	1	2	3
3 Está siempre moviéndose o actúa como impulsado por un motor	0	1	2	3
4 Tímido, se asusta con facilidad	0	1	2	3
5 Todo tiene que ser con él/ella dice	0	1	2	3
6 No tiene amigos (as)	0	1	2	3
7 Dolores de estómago	0	1	2	3
8 Pelea	0	1	2	3
9 Rehúsa, expresa rechazo o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tarea escolar o de casa)	0	1	2	3

10	Tiene dificultades para mantenerse atento (a) en tareas o actividades recreativas	0	1	2	3
11	Discute con adultos	0	1	2	3
12	No termina sus tareas	0	1	2	3
13	Difícil de controlar en las tiendas o mientras se hacen las compras en el mercado	0	1	2	3
14	La gente lo asusta	0	1	2	3
15	Revisa las cosas que hace una y otra vez	0	1	2	3
16	Pierde amigos (as) rápidamente	0	1	2	3
17	Males y dolencias	0	1	2	3
18	Incansable o demasiado activo (a)	0	1	2	3
19	Tiene problemas para concentrarse en clase	0	1	2	3
20	Parece que no escucha lo que se le está diciendo	0	1	2	3
21	Se descontrola, pierde la paciencia, se enoja	0	1	2	3
22	Necesita supervisión constante para terminar sus tareas	0	1	2	3
23	Corre, se sube a las cosas en situaciones donde es inapropiado	0	1	2	3
24	Se asusta en situaciones nuevas	0	1	2	3
25	Exigente con la limpieza	0	1	2	3
26	No sabe como hacer amigos (as)	0	1	2	3
27	Se queja de males o dolores de estómago antes de ir a la escuela	0	1	2	3
28	Excitable, impulsivo (a)	0	1	2	3
29	No sigue instrucciones y no termina sus asignaciones escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una condición de trabajo o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3
30	Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades	0	1	2	3
31	Irritable	0	1	2	3
32	Incansable en el sentido de no estarse quieto (a)	0	1	2	3
33	Le asusta estar solo (a)	0	1	2	3
34	Las cosas tienen que ser hechas de la misma manera	0	1	2	3
35	Sus amigos no lo invitan a sus casas	0	1	2	3
36	Dolores de cabeza	0	1	2	3
37	Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3

38	Desatento, se distrae con facilidad	0	1	2	3
39	Habla demasiado	0	1	2	3
40	Abiertamente desafiante y rehúsa obedecer a los adultos	0	1	2	3
41	No presta atención a los detalles o comete errores en su trabajo escolar, trabajo en general u otras actividades	0	1	2	3
42	Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo	0	1	2	3
43	Tiene muchos temores, miedos	0	1	2	3
44	Tiene rituales que tiene que seguir rigurosamente	0	1	2	3
45	Distraído o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
46	Se queja de estar enfermo incluso cuando no le pasa nada	0	1	2	3
47	Berrinches, pataletas	0	1	2	3
48	Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo	0	1	2	3
49	Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos)	0	1	2	3
50	Olvidadizo con respecto a actividades cotidiana	0	1	2	3
51	Le es difícil entender matemáticas	0	1	2	3
52	Corretea entre bocados durante la comida	0	1	2	3
53	Le asusta la oscuridad, los animales, los insectos	0	1	2	3
54	Se propone metas demasiado elevadas	0	1	2	3
55	Inquieto con las manos o pies, o intranquilo en su asiento	0	1	2	3
56	Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
57	Quisquilloso, susceptible, se fastidia fácilmente con otros	0	1	2	3
58	Su escritura es ilegible, desordenada	0	1	2	3
59	Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
60	Tímido, introvertido	0	1	2	3
61	Culpa a otros por sus errores y mala conducta	0	1	2	3
62	Muy inquieto	0	1	2	3
63	Desordenado y desorganizado en la casa y en la escuela	0	1	2	3
64	Se fastidia si alguien reorganiza sus cosas	0	1	2	3
65	Se apega a sus padres u otros adultos	0	1	2	3
66	Molesta a otros niños	0	1	2	3

67	Deliberadamente hace cosas para fastidiar a otros	0	1	2	3
68	Sus demandas tienen que ser atendidas Inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
69	Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
70	Rencoroso y vengativo	0	1	2	3
71	Pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaturas escolares, lápices, libros, juguetes)	0	1	2	3
72	Se siente inferior a otros	0	1	2	3
73	A veces pareciera cansado o lento	0	1	2	3
74	Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
75	Llora con frecuencia y con facilidad	0	1	2	3
76	Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga su sitio	0	1	2	3
77	Cambios drásticos y rápidos de humor	0	1	2	3
78	Se frustra fácilmente cuando se esfuerza	0	1	2	3
79	Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
80	Da respuestas a preguntas que aún no se le han terminado de hacer	0	1	2	3

* tomado de www.cerebrito.com

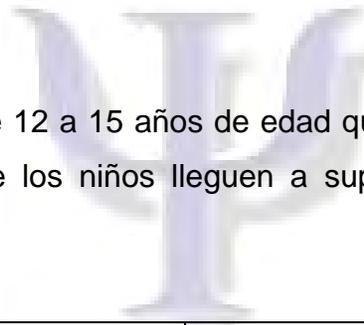
CARTA DESCRIPTIVA

“PROGRAMA DE APOYO PARA PADRES CON HIJOS DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCION, SIN HIPERACTIVIDAD”

SEDE: SECUNDARIA “FT”

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Apoyar a los padres de familia con hijos de 12 a 15 años de edad que presentan el trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, con la finalidad de que los niños lleguen a superar sus deficiencias académicas, personales, familiares y sociales.



NÚMERO DE SESIONES / FRECUENCIA / DURACIÓN	10 SESIONES / UN DÍA A LA SEMANA / 90 MINUTOS
RESPONSABLE DEL PROGRAMA	ORIENTADOR O <i>PSICÓLOGO EDUCATIVO</i>
PERÍODO DE APLICACIÓN	AL INICIO DEL SEGUNDO MES DEL AÑO ESCOLAR

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Proporcionar a los progenitores los conocimientos básicos acerca del trastorno por déficit de atención, sin hiperactividad, con miras a apoyar el desempeño académico de sus hijos a efecto de que logren disminuir su déficit de atención y mejoren sus relaciones interpersonales
2. Enseñar a los padres de familia a reconocer las conductas problema que impiden a sus hijos lograr un mejor aprovechamiento escolar a consecuencia del trastorno por déficit de atención
3. Implementar diversas estrategias que promuevan en sus hijos hábitos de estudio constructivos e incrementar su atención enfocados a realizar y concluir sus tareas académicas
4. Enseñar a los progenitores a reconocer y manejar sus emociones personales y llevar un registro de auto-monitoreo de las conductas negativas y positivas de sus hijos, estimulando su atención

Sesión no. 1

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
1	<p>El psicólogo educativo se presentará y dará la bienvenida al programa a los padres de familia, diciendo su nombre, su cargo y su profesión. Se les invitará a que pasen a la sala virtual del colegio para iniciar la actividad. Se continuará con pase de asistencia.</p> <p>Una vez acomodados en ésta, se les repartirán los trípticos, el cuadernillo No. 1 y en seguida se les presentará una película en video sobre las causas que originan el TDA.</p> <p>Terminada la exhibición se les pedirá que hagan preguntas sobre el contenido de la película, sus dudas y comentarios.</p> <p>Terminada la actividad anterior, se les repartirá el cuestionario de Connors para padres, se les darán instrucciones para que lo contesten y se les informará el tiempo con el que cuentan para hacerlo.</p>	<p>Expositiva</p>  <p>Expositiva</p> <p>Trabajo grupal</p> <p>Trabajo individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Tríptico informativo de invitación al programa de apoyo para padres * Lista de asistencia para padres * Disco compacto de música instrumental * Cuadernillo No. 1 ¿Qué es y qué no es el TDA? * Disco compacto explicativo del TDA (20') * Computadora, pantalla y video proyector * Cuestionario de Connors para padres 	90 minutos

Sesión no. 2

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
1	<p>El psicólogo educativo del colegio dará inicio al programa retomando algunos puntos mencionados en la sesión no. 1 para ir familiarizando a los padres con la terminología del TDA.</p> <p>Concluido el resumen el psicólogo expondrá mediante diapositivas, los tecnicismos más utilizados por el TDA: comorbilidad, hiperactividad, impulsividad, agresividad, entre otros.</p> <p>Posteriormente se les entregará el cuadernillo no. 2 que informa de las principales causas que se relacionan con el TDA, destacando: antecedentes genéticos durante el embarazo, posteriores al parto, factores ambientales y sociales, y enseñanza deficiente. Al finalizar la exposición se les hará entrega de un cuestionario con preguntas alusivas a los factores que origina el TDA, el cual deberán contestar y entregar.</p>	<p>Expositiva</p>  <p>Expositiva</p> <p>Expositiva y trabajo individual</p>	<p>* Diapositivas resumiendo el contenido del disco compacto sobre TDA</p> <p>* Computadora, pantalla y video proyector</p> <p>* Diapositivas alusivas a cada tecnicismo</p> <p>* Cuadernillo No. 2 "Factores que originan el TDA"</p> <p>* Cuestionario del cuadernillo no. 2 de preguntas y respuestas</p>	90 minutos

Sesión no. 3

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
2	<p>El psicólogo educativo del colegio entregará el cuadernillo no. 3; el contenido es fomentar la comunicación intrafamiliar mediante relaciones humanas constructivas, la autoestima y el autoconcepto mediante un poema que fomenta estos aspectos, a efecto de que tengan conciencia de sus debilidades pasadas y las conviertan en fortalezas en el presente, en beneficio del desempeño escolar de sus hijos.</p> <p>Finalizada la exposición del poema se aplicarán las siguientes dinámicas grupales: “El cuadrado” permite descubrir sumisión, liderazgo o manipulación. Se reparten una, dos o más piezas irregulares de foamy a cada participante y se les indica que entre todos deberán formar un cuadrado. Hayan terminado o no, deberán expresar cómo se sintieron cuando alguien trató de ejercer un liderazgo o si se sintieron</p>	<p>Expositiva</p>  <p>Trabajo grupal</p>	<p>* Cuadernillo no. 3 “Importancia de la comunicación intrafamiliar”</p> <p>* Computadora, disco compacto de música instrumental, pantalla y video proyector</p> <p>* Poema “El credo de los niños, el credo de los padres”</p> <p>* Imágenes alusivas al poema</p> <p>* Aula virtual bien iluminada y ventilada</p> <p>* Computadora, pantalla y video proyector</p> <p>*Una mesa grande y sillas</p> <p>* 17 piezas de foamy grueso de color verde</p>	90 minutos

	<p>manipulados o se quedaron pasivos ante los demás. Se les indica el tiempo de realización, 45 minutos.</p> <p>“Sin preguntas”, permite aprender formas diferentes de comunicación intrafamiliar. Se les explicará la importancia de hacer preguntas de manera adecuada porque muchas veces se utilizan para evadir responsabilidades personales.</p> <p>Durante la dinámica y la sesión no deberán hacer preguntas; en caso contrario se hará sonar una campana para que se cambie la entonación y se diga como una afirmación. Se les dará un ejemplo y para finalizar, se comentarán los sentimientos que experimentaron al ser corregidos por los demás. El tiempo de la dinámica durará 45 minutos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> * Solución al cuadrado en diapositiva * Aula virtual bien iluminada * Sillas acojinadas * Una campana de metal con badajo * Hoja de instrucciones y ejemplo 	
--	--	--	---	--

Sesión no. 4

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
3	<p>Al iniciar la presente sesión, el psicólogo educativo entrenará a los padres en la utilización de un cuestionario de auto-instrucciones de Meichembaum, herramienta indispensable que les permitirá guiar, controlar, dirigir y coordinar las conductas inadecuadas de sus hijos, con la finalidad de que la apliquen de manera inmediata en casa, para que sepan cómo pueden fomentar el autocontrol, la solución de problemas familiares, educativos y sociales de sus hijos. Al término de esta actividad los padres deberán conformar un programa propio de auto-instrucciones, considerando la problemática individual que viven con sus hijos y deberán explicar su contenido al resto del grupo.</p> <p>Para concluir la presente sesión, se transmitirá un video de creatividad que describe la importancia de</p>	Modelamiento, trabajo individual y discusión de tema	<ul style="list-style-type: none">* Computadora, pantalla y video proyector * Disco compacto de música instrumental * Ejemplo impreso en diapositivas de un programa de auto-instrucciones de Meichembaum * Formatos en blanco de auto-instrucciones tamaño carta * Bolígrafos, lápices y gomas de migajón * Computadora, pantalla y video proyector	90 minutos

	<p>aprender a ordenar, procesar, organizar y almacenar la información relevante, la cual les permitirá visionar diferentes formas de crear</p> <p>respuestas alternativas y efectivas para enfrentar y resolver problemas en su vida familiar y de apoyo a sus hijos, principalmente en el ámbito educativo.</p>	Expositiva	<p>* Video</p> <p>¿Cómo puedo realizar mi trabajo con creatividad?</p>	
--	--	------------	--	--



Sesión no. 5

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
4	<p>Para dar inicio a esta sesión, el psicólogo educativo del colegio entregará a los padres de familia un formato en blanco para tratar de ser una persona más positiva en cuanto a manifestar actitudes constructivas y el cuadernillo no. 4 para conocer algunos ejercicios que les apoyarán en transformar sus actitudes negativas hacia aspectos más constructivos, mismos que servirán como modelo para sus hijos.</p> <p>Finalizada la actividad, se procederá a utilizar la computadora del aula virtual para conectarse a Internet y en la página www.picture.com realizar las actividades que el programa proporciona para utilizar caricaturas a efecto de reconocer y manejar sus emociones personales mediante bromas y diseños graciosos. El tiempo de aplicación de la actividad será de 45 minutos debiendo pasar todos los padres. Se imprimirán sus trabajos para aplicarla</p>	Expositiva y de modelamiento	<ul style="list-style-type: none"> * Formato en blanco “Me ejercito para ser una persona más positiva en mis actitudes” * Disco compacto de música instrumental * Cuadernillo No. 4 “Ejercicios sobre actitudes constructivas” * Programa de PC en línea (caricaturas) “Celebrity matchup” * Impresora a color * Hojas blancas tamaño carta 	90 minutos

con sus hijos.			
----------------	--	--	--

Sesión no. 6

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
4	<p>Para iniciar la sesión se pedirá a los padres las hojas impresas a color de las caricaturas realizadas por sus hijos mismos que habrán de manifestar las reacciones que pudieron visualizar en sus hijos durante el ejercicio.</p> <p>Concluida la actividad anterior referida al control emocional, el psicólogo educativo dará a conocer a los padres de familia, mediante lectura en voz alta, la técnica de relajación de Jacobson en una hoja impresa. Se les indicará que la característica de este ejercicio es crear y aliviar de forma activa la tensión muscular apretando los puños, encogiendo los hombros, haciendo muecas, inclinar la cabeza, entre otros.</p> <p>Se les solicitará que pongan en práctica la técnica de relajación consigo y con sus hijos para ser comentada en la sesión 7.</p>	<p>Trabajo individual</p>  <p>Expositiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Hojas impresas a color de las caricaturas realizadas por los alumnos con TDA * Hoja impresa de la técnica de relajación de Jacobson * Computadora * Disco compacto con música de relajación 	90 minutos

--	--	--	--	--

Sesión no. 7

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
4	<p>Al iniciar la sesión se preguntará a los padres de familia cómo llevaron a cabo la actividad de relajación de Jacobson y cómo reaccionaron sus hijos; deberán manifestar de manera individual sus expectativas respecto a esta dinámica.</p> <p>Se dará entrenamiento a los padres de familia en habilidades sociales, solución de problemas e incremento de la autoestima mediante una serie de actividades lúdicas que se practicarán en familia, siendo éstos: Scrabble: para formar palabras. Twister: permite la ejecución de movimientos musculares complejos que despiertan emociones y actitudes. Salta sobre la figura correcta: permite incrementar la atención y la coordinación de movimientos gruesos.</p>	<p>Trabajo individual</p>  <p>Expositiva</p>	<p>* Hoja de registro sobre las conductas manifestadas durante la relajación</p> <p>* Computadora</p> <p>* Disco Compacto con música instrumental</p> <p>* Juego: Scrabble</p> <p>* Juego: Twister</p> <p>* Tapete: "Salta sobre la figura correcta"</p>	90 minutos

Sesión no. 8

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
-----------------	---------------------------------------	-------------------------	------------------------------	---------------



Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
4	<p>Para esta sesión, el psicólogo educativo explicará a los padres la importancia de pensar en fantasías con la intención de comprender el proceso de abstracción lo cual les permita lograr diferentes grados de relajación física y mental.</p> <p>Se realizará una lectura de 20 minutos para que los padres aprendan a dar instrucciones y logren transmitir confianza y seguridad; se implementará por medio de palabras que contengan imágenes terrestres y marinas enfocadas hacia una historia ficticia.</p> <p>Al término de la lectura los padres deberán dar respuesta a las preguntas contenidas en el cuadernillo ¿cómo se imaginaron el lugar?, ¿qué sensaciones experimentaron?, ¿lograron concentrarse con facilidad?</p>	<p>Expositiva y práctica guiada</p> <p>Expositiva</p> 	<p>Disco compacto de música para relajación</p> <p>Computadora e imágenes de paisajes terrestres y marinas</p> <p>Cuadernillo para leer una historia ficticia</p> <p>Cuestionario de preguntas y respuestas específicas a la fantasía leída</p>	90 minutos

Sesión no. 10

Fecha de impartición _____

Horario: 08:00 a 09:30 a. m.

Objetivo	Descripción de las actividades	Técnica empleada	Materiales a utilizar	Tiempo
----------	--------------------------------	------------------	-----------------------	--------

<p>4</p>	<p>Para finalizar las sesiones del presente programa, el psicólogo educativo guiará a los padres de familia para que estimulen las diferentes funciones ejecutivas en escenarios lúdicos que les permita comprender la importancia de lograr concluir actividades complejas, que fomentarán su autoestima, hábitos de estudio, resolución de problemas, concentración y atención; para tal efecto se utilizará el videojuego “Turbo brain” para adultos, con actividades de creciente complejidad.</p> <p>Al concluir las actividades se dará por clausurado el presente programa de apoyo para padres a efecto de que éstos lo continúen aplicando con sus hijos.</p> <p>Se les instruirá para que acudan al colegio, con el psicólogo educativo, para informarle de los avances logrados mediante estas actividades así como de las dificultades que se presenten a lo largo del año escolar.</p>	<p>Expositiva</p> 	<p>Computadora personal</p> <ul style="list-style-type: none"> * Disco compacto de música relajante * Homeworld 2 <p>Juego de estrategia en línea, complejo y frustrante www.homeworld2.com</p> <p>Juego “Turbo brain” para adultos</p> <p>Juegos en línea de www.janssensilag.entornodigital.com</p> <p>que contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Encuentra las parejas <ul style="list-style-type: none"> * Pinta * Tetris de colores * Imprime y colorea <ul style="list-style-type: none"> * Calendario * Recorta y pega * Encuentra las diferencias <ul style="list-style-type: none"> * Series de lógica * Adivinanzas 	<p>90 minutos</p>
----------	--	--	--	-------------------

