



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA LA ENSEÑANZA DE LÍMITES,  
ATENCIÓN, CAPACIDAD DE ESPERA E INHIBICIÓN MOTORA, A  
TRAVÉS DE UNA ECONOMÍA DE FICHAS, PARA NIÑOS CON  
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. DESDE EL  
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.**

**TESINA.**

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

**P R E S E N T A:  
MARÍA DE JESÚS IBÁÑEZ RODRÍGUEZ.**

**ASESOR DE TESIS: LIC. DAMARIS GARCÍA CARRANZA**

**COMITÉ DE TESIS:**

**DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ.  
LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN.  
MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA.  
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ.**



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.

## **Agradecimiento.**

**Para mi madre y hermanas que son un ejemplo de disciplina, constancia y objetividad en la vida.**

**Para mis dos hijos, Yahir y Shain por quienes, trabaje tanto en este proyecto, para poderlos entender. Gracias por enseñarme a sentir la parte positiva de este trastorno.**

**Muchas gracias Shain por tu comprensión, apoyo, escucha, por ser quien eres mi amor, te amo.**

## **Dedicatoria.**

**Es para ti Yahir; pues no entendía lo que vivíamos y sin saber demasiado, comencé a navegar en este mar de conocimientos, intentando ayudarte, hoy lo logramos, amor.**

## Índice.

Resumen.....	2
Introducción.....	4
1.-Antecedentes del trastorno por déficit de atención con hiperactividad....	6
1.1.- Definición. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	9
1.2.-Etiología.....	13
1.3.- Características diagnósticas.....	15
1.4.-Epidemiología del diagnóstico.....	18
2. La familia como estructura de salud mental.....	20
2.1. La función de la familia.....	21
2.2. Dinámica familiar cuando hay menores con Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad.....	23
3. Enfoque cognitivo conductual.....	24
3.1. Técnicas de modificación de conducta.....	26
3.2. Tipos de reforzadores.....	26
3.3. Contingencias de reforzamiento positivo.....	29
3.4. Economía de fichas.....	31
4. Propuesta de intervención.....	34
Referencias.....	50

## Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder is characterized by: inattention, impulsiveness and hyperactivity, this manifestation turn up in at least 3 areas (home, school, work) and usually take place before 7 years old and prevail in most of cases till adulthood.

Some features of inattention include

Make careless mistakes, no paying attention to details, go through short periods of attention, when talking seems didn't listen, difficulties with organizing, avoid tasks that require mental effort, no complete task and activities that begins.

The behaviors observed in hyperactivity are constant movements of hands and feet, cannot sit still, when required runs everywhere, talks excessively. Finally impulsivity appears to have difficulty waiting turn, answers before questions have been formulated, and it intrudes on others' conversations or activities.

This thesis is approached from the cognitive, behavioral approach and proposes a workshop with the aim of minimizing and encourages certain behaviors in children with ADHD.

Keywords

ADHD

Impulsiveness

Inattention

Hyperactivity

Resumen.

El trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad se caracteriza por: desatención, impulsividad e hiperactividad, estas manifestaciones pueden presentarse en por lo menos tres ámbitos, (casa, escuela y trabajo) y suele presentarse antes de los siete años, prevaleciendo en la mayoría de los casos en la edad adulta.

Algunas de las características de desatención son: cometer errores por descuido, no pone atención a los detalles, cursa por periodos cortos de atención, parece no escuchar cuando se le habla, tiene dificultades para organizarse, evita tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, no termina tareas o actividades que comienza, etc. Las conductas observadas en hiperactividad son: movimientos constantes en manos y pies, no puede permanecer sentado, en los espacios (lugares) donde se requiere, corre por todos lados, habla en exceso. Finalmente la impulsividad se manifiesta, teniendo dificultades para esperar su turno, respondiendo antes de terminar formular una pregunta, inmiscuyéndose en conversaciones ajenas, etc.

Esta tesina se aborda desde el enfoque cognitivo conductual y propone un taller con el objetivo de minimizar y fomentar algunas conductas en niños con TDAH.

Palabras clave.

Tdah.

Impulsividad.

Inatención.

Hiperactividad.

## INTRODUCCIÓN.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es un problema realmente serio para el niño que la padece y para las personas que lo rodean, sobre todo los hermanos padres y profesores. Muchos docentes saben los problemas que genera, el tener alumnos con dificultades de atención, impulsividad, hiperactividad; por otra parte algunos padres esperan que el niño madure es decir crezca, pero su espera no tiene mucho éxito.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se caracteriza por falta de atención, impulsividad e hiperactividad; en su etiología puede presentarse por factores hereditarios, biológicos y/o ambientales. Su epidemiología se encuentra a nivel mundial del 3 al 8%; es decir de cada 10 niños dos o tres pueden presentar dichas características (Arévalo. J, 2004).

Por otra parte la dinámica de familia tiene un importante contexto dentro del TDAH, pues son los padres los que representan la fuente de seguridad, los modelos a seguir, el reflejo mismo de lo que los hijos sienten que son, la base fundamental sobre lo que construyen su propia escala de valores y el concepto de disciplina y autoridad.

El abordaje del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se presenta en esta propuesta desde el enfoque cognitivo conductual, ofertando como una técnica la economía de fichas para la mejora comportamental de conductas (en niños con TDAH), como la atención, capacidad de espera, límites e inhibición motora. Desde esta perspectiva para incrementar las conductas que se desean se utilizarán varios tipos de reforzadores positivos, moldeamiento, costo de respuestas y contingencias.

Se presentarán a lo largo de esta propuesta, capítulos que abarcan antecedentes, definición, etiología y características diagnósticas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.



La familia como estructura de salud mental, se menciona en el capítulo dos, tomando en consideración la función de los padres y la dinámica de familia.

En el último capítulo se menciona el enfoque cognitivo conductual; técnicas de modificación de conducta y reforzadores que desde su naturaleza pueden ser diversos; de esta manera las contingencias de reforzamiento y la economía de fichas son técnicas en el tratamiento en niños con dificultades de atención.

La propuesta del taller puede ser utilizada, reconociendo la individualidad de cada sujeto, identificando las conductas que se desea cambiar, seleccionando reforzadores eficaces, administrando inmediatamente el reforzador; utilizando varios reforzadores para evitar la saciedad; logrando así cambios conductuales; en los niños con TDAH.

## 1. Antecedentes del trastorno por déficit de atención.

Desde el siglo XIX, Maudsey y Bourneville realizaron varios estudios, aunque sólo se describían algunas características clínicas de este padecimiento. En 1902 Still y Tregold informaron acerca de 20 niños que tenían movimientos cuneiformes, incapacidad para sostener la atención, lo que condicionaba problemas escolares, aun cuando no había evidencia de retraso mental y aparente falta de respuesta a los castigos por ello se consideraba que padecían de “un defecto del control moral” (Chávez, 2003).

Se creía que estos niños tenían una anomalía biológica resultado de una lesión natal o postnatal y que no suponía psicosis o demencia.

Tregold, en 1903, describe niños con características de hiperactividad y daño cerebral mínimo y denomina a estos pacientes como portadores de “alto grado de debilidad mental”. Así mismo los consideraba proclives a un comportamiento criminal, aun formados en un ambiente adecuado, su problema radicaba en niveles cerebrales superiores, también creía que estos padecimientos se heredaban de generación en generación dando como resultado: migraña hiperactividad, histeria, neurastenia por lo que le llamo, “diátesis neuropatía” diátesis psicótica” y “blastoforia” (Elías, 2005).

En 1917 y 1918 la epidemia de encefalitis viral demostró la relación existente entre lesión cerebral frontal y conducta hiperactiva y desinhibida, problemas de aprendizaje y se acuñó el término “trastorno de la conducta posecefálica” para describir este comportamiento (Chávez, 2003).

Alfred Strauss y Heinz Werner en (1930), evaluaron a niños con lesiones cerebrales, en búsqueda de anomalías. Basándose en antecedentes personales y de desarrollo, clasificaron a estos sujetos en dos categorías: los que tenían daño cerebral y los que no lo padecían. Al comparar ambos grupos hallaron, que los pacientes con daño más grave eran los que tenían antecedentes patológicos, manifestando hiperactividad, labilidad emocional, trastorno de la percepción, impulsividad, rigidez. En los niños sin antecedentes también se encontró conducta

hiperactiva e impulsividad en ausencia de daño cerebral, pero se les clasifico como portadores de daño cerebral mínimo. De este modo se encontraron elementos para apoyar un trastorno funcional y se sugirió que la génesis se encontraba en una disfunción o inmadurez de la corteza cerebral y se le denominó disfunción cerebral mínima.

En 1960 nuevas contribuciones hicieron posible diferenciar la hiperactividad relacionada con el daño cerebral y en 1969-1970 cuando se crearon las primeras herramientas de valoración como la escala de Conners que permitió medir de manera estandarizada algunas conductas de estos pacientes.

En 1968 la Asociación Psiquiátrica Americana codificó en su nomenclatura oficial la hiperactividad como un síndrome de la infancia. El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-II) utilizó, la expresión reacción hiperquinética de la infancia, para describir un desorden caracterizado por hiperactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos cortos de atención (Ruiz, 2008).

En 1987 la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) y la subsecuente edición en 1994, establecieron un vínculo estrecho entre el déficit de atención y la hiperactividad, conformando así el síndrome conductual llamado Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En 1994 aparecen los subtipos de TDAH, subtipo predominante con inatención y TDAH subtipo predominante hiperactivo impulsivo, las personas que padecían a la vez déficit de atención, hiperactividad e impulsividad fueron clasificadas como combinadas. En el DSM IV-TR se reconoce que el trastorno puede persistir hasta la edad adulta, en cuyo caso se clasifica como variante residual (Elías, 2005).

Tabla 1. Antecedentes de déficit de atención e hiperactividad.

(Elías, 2005).

1930.	Daño cerebral mínimo. Disfunción cerebral mínima. Síndrome del niño Hiperquinético.
1968. DSM-II.	Reacción Hiperquinético..
1980. DSM-III	Desorden de déficit de atención. (TDA-H). TDA con hiperactividad. TDA sin hiperactividad.
1987. DSM-III-R.	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H). Trastorno por déficit de atención no diferenciado.
1994. DSM-IV-TR	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (TDA-H). Subtipo predominante con inatención. Subtipo predominante hiperactivo-impulsivo. Subtipo combinado Variante residual.

### 1.1. Definición. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual (1994), de Diagnostico Estadístico ha denominado las características esenciales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad como: un patrón persistente de desatención y o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado en sujetos del mismo nivel de desarrollo. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad, algunos problemas relacionados con los síntomas deben producirse en dos situaciones casa, escuela, o trabajo (DSM-V, 2014).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) también es conocido por sus siglas en inglés como ADHD, que significa Attention Déficit Hyperactivity Disorder. Este tipo de niños presentan atención lábil y dispersa que no permite incorporar información e impide realizar una tarea prolongada, suele ser acompañada por hiperactividad motora y poca tolerancia a la frustración (Moyano. J, 2004).

El TDAH o ADHD es uno de los trastornos del neurodesarrollo, más común en la niñez, generalmente se diagnostica desde la infancia y a menudo perdura hasta la edad adulta, los niños con TDAH tienen dificultades para prestar atención y presentan un comportamiento impulsivo y en algunas ocasiones son hiperactivos. Es normal que en ocasiones a los niños les cueste trabajo concentrarse, sin embargo los niños con TDAH no superan esas conductas, los síntomas continúan manifestándose y pueden ocasionarles serios problemas; estos niños tienden a soñar despiertos, con frecuencia pueden olvidar y perder objetos, pueden estarse moviendo todo el tiempo y tener problemas para esperar su turno.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se define como una serie de síntomas que engloban dificultades para mantener la atención, control de impulsos y un adecuado nivel de actividad (Arévalo, 2013).

Soutullo (2006), define el trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como un nivel de inatención, hiperactividad e impulsividad inadecuados

para el nivel del niño, cuyos síntomas comienzan antes de los 7 años, que produce un deterioro importante o afecta negativamente al niño en al menos dos ambientes de su vida, como en casa, en la escuela y con los amigos.

Gratch (2009), utiliza la triada sintomática básica del Trastorno por Déficit de Atención que consiste en: inatención, impulsividad y, a veces, hiperactividad. Para Pascual (2008), expresa la presencia de tres signos fundamentales en (TDAH), que pueden presentarse de forma aislada o en diferentes combinaciones: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad.

Actualmente, según lo establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad (Solloa, 2006).

El déficit de atención se define “como una alteración no sólo de una función unitaria, sino de un conjunto de funciones cognoscitivas diversas pero relacionadas”, que interactúan de tal manera que se presentan con diferentes sintomatología (Solzi. R, 2008).

Las funciones alteradas son:

- a) Organización y puesta en marcha de la actividad.
- b) Fijación y mantenimiento de la atención.
- c) Mantenimiento y motivación de la energía en la tarea.
- d) Control de estímulos distractores (visual, auditivo y emocional).
- e) Memoria de trabajo.
- f) Recuperación de procesos.
- g) Dificultades en el control de impulsos.

En el Trastorno por Déficit de Atención son afectadas funciones ejecutivas como la memoria, quien padece dificultades de esta función suele tener fallas en el cálculo, en la resolución de situaciones problemáticas y en la comprensión de textos.

Brown (2014), menciona aspectos que en el trastorno por déficit de atención están relacionados con el desarrollo dinámico del encéfalo. Siendo un trastorno que aumenta mucho el riesgo de que una persona tenga trastornos cognitivos, emocionales y conductuales a lo largo de toda su vida. Algunos investigadores comenzaron a describir el TDAH, como un trastorno de las funciones ejecutivas (concepto en evolución), que incluye la memoria de trabajo verbal, y no verbal, regulación de las emociones y la motivación.

A continuación se muestra una figura donde se desglosan las funciones ejecutivas en el TDAH.

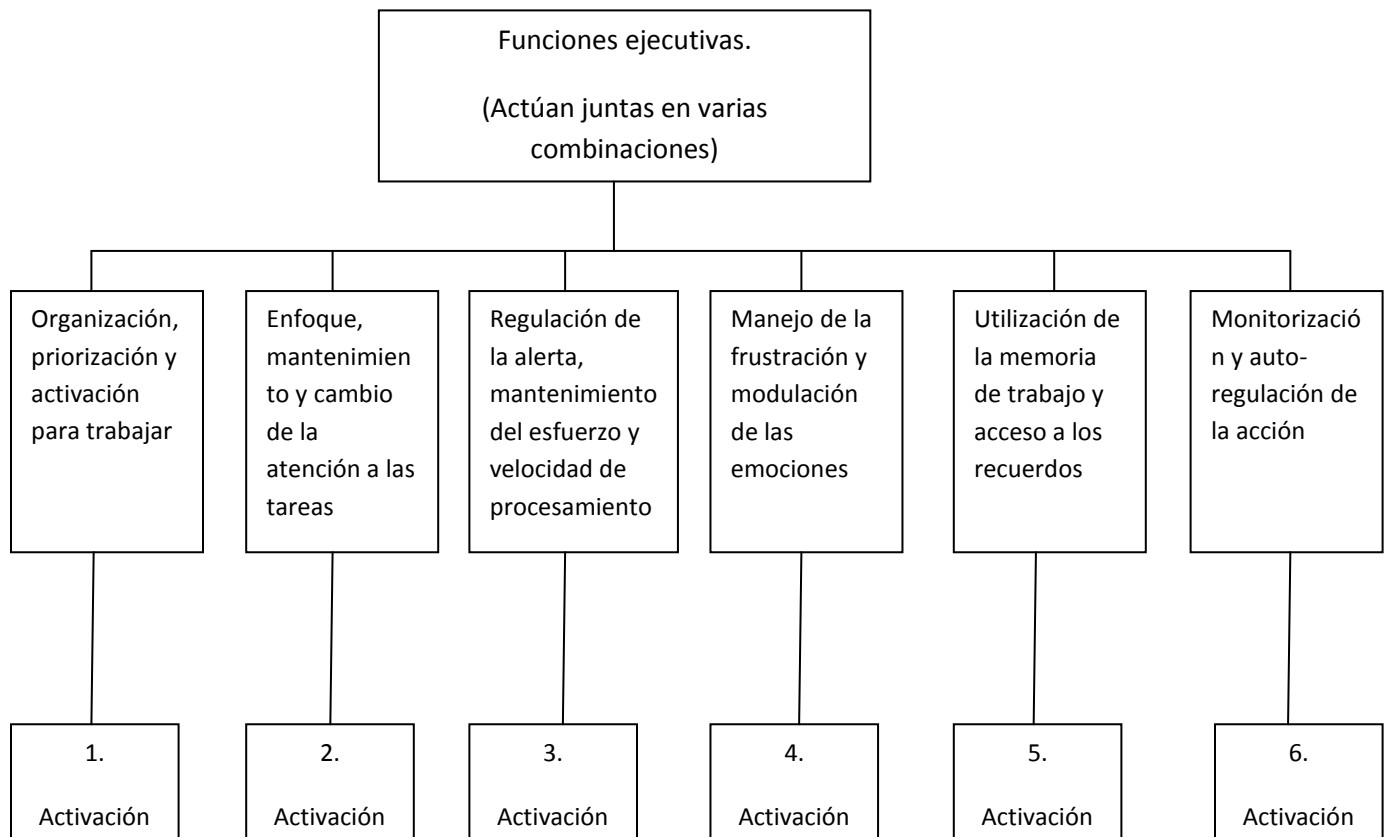


Figura 1. Funciones ejecutivas deterioradas en el trastorno por déficit de atención. (Brown, 2014).

En el TDAH una capacidad muy importante es la ejecución, varios investigadores han descrito esta función ejecutiva, como un proceso que conecta e integra todas

las pequeñas funciones del cerebro para que las tareas puedan realizarse con éxito. Las funciones ejecutivas son complejas y una pequeña falla desorganiza todo el proceso. Los niños están sujetos a fuertes demandas en la escuela, para que se “porten bien”, lo que significa permanecer sentados, no hablar en clase, no distraerse, etc. Todas estas reglas implican organizarse, no distraerse y recordar lo que se les pide.

Según Garza (2005), menciona que quienes presentan TDAH, tienen alteradas las funciones ejecutivas, (planeación, organización, ejecución) y pueden presentar dificultades escolares, manifestando problemas para:

- a). Solucionar problemas.
- b). Organizar habilidades.
- c. Pérdida del sentido del tiempo.
- d). Manejo negativo de las emociones. (Frustración, coraje).
- e). Dificultad en el control motor. (Escritura, torpeza).
- f). Falta de perseverancia en las tareas.
- g). Retardo de la gratificación para una ganancia a largo plazo.
- h). Para interpretar la interacción social.
- i). Concentrarse y bloquear las distracciones.
- j). Tomar decisiones sin pensar en las consecuencias.
- k). Completar proyectos a largo plazo.
- l). Planear el futuro.
- m). En el proceso de la memorización.
- n). Para la fluencia verbal.



## l).Desinterés

Los problemas en la memoria ejecutiva causaran, dificultades académicas, independiente a que el niño sea inteligente o no. Muchos de estos niños necesitan estrategias de apoyo para compensar su déficit, las exigencias académicas irán incrementándose en la medida en que el niño crece, requiriendo más estructura no sólo en la escuela sino a lo largo de su vida.

Amador y Merce (2010), consideran que el TDAH, tiene conductas visibles como: hiperactividad, impulsividad y desatención, pero existen otras menos visibles (escondidas), que afectan la conducta: las funciones ejecutivas, el sentido alterado del tiempo, dificultades de aprendizaje, retraso en el desarrollo, alteraciones del sueño, baja tolerancia a la frustración, y que estas manifestaciones repercuten de una manera importante en el funcionamiento del niño y su adaptación.

## 1.2 Etiología.

Garza (2005), menciona que el estudio en gemelos ha demostrado que el TDAH, es altamente hereditario, así lo demuestran múltiples investigaciones que han tratado el tema. Estudios realizados en genética molecular demostraron una alteración en un neurotransmisor (gen transportador de dopamina), que está asociado en el trastorno bipolar en los adultos, como con el trastorno de la atención en niños. Lo anterior lleva a pensar que existe una asociación en la anomalía de este gen transportador de dopamina.

Entre los factores biológicos no genéticos que se han señalado como causas del TDAH destacan: las complicaciones prenatales, perinatales y posnatales, tales como el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco durante el embarazo, el bajo peso al nacimiento, hipoxia, el retraso en la maduración neurobiológica o lesiones cerebrales.

Estudios con técnicas de neuroimagen, han comprobado que los lóbulos frontales y los circuitos de los ganglios basales en los niños con TDAH; regiones cerebrales

que regulan la inhibición de las respuestas, la planificación y la flexibilidad mental, presentan un funcionamiento defectuoso. En algunos niños hiperactivos la corteza prefrontal derecha, dos de los ganglios basales (el núcleo caudado y el globo pálido) y algunas zonas del cuerpo calloso, que vinculan las zonas frontales y parietales tienen un tamaño reducido en comparación con niños normales Miranda, Amado y Jarques,(2001)

Rickel (2008), menciona que existen muchos factores que contribuyen al desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad; algunos de estos factores pueden ser genéticos y/ o ambientales.

Soutullo (2006), refiere que la causa principal es genética donde un gen que produce un receptor de dopamina que se encuentra en el cromosoma 11 es defectuoso, En estudios de imagen cerebral han encontrado que hay varias regiones cerebrales, afectadas como la corteza frontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales así como el núcleo caudado.

La etiología menciona que existen múltiples factores que acompañan al TDAH como la neuroquímica: en donde la Dopamina (DA) y la noradrenalina (NA) son los neurotransmisores implicados en la fisiología del TDAH, también existe un modelo fisiológico que postula la disfunción de la noradrenalina (NA) en el Locus Coeruleus (LC) que produce un déficit en la vigilia y la atención sostenida. La respuesta del LC a las señales sensoriales esta modulada en gran parte, por los auto-receptores somáticos dendríticos Alfa 2 NA. La pérdida o la perturbación de cualquiera de estas dos aferencias al LC causa una hiperactividad, que altera la respuesta inducida al estímulo, lo cual podría producir los déficits en la atención sostenida característica del TDAH (Solzi. R, 2008).

Amador .A y Merce.G (2010), mencionan que existe una etiología multifactorial que combina factores biológicos, genéticos y ambientales; los genes que más se han relacionado al TDAH son los relacionados con el transporte y recepción de dopamina y serotonina, aunque la mayoría de los investigadores suponen que existe una herencia poligenética. También hay una relación del TDAH, con

factores del ambiente que incluyen complicaciones obstétricas prenatales y perinatales, bajo peso al nacer, lesiones cerebrales, y exposición al alcohol, nicotina o niveles elevados de plomo. La calidad de relaciones familiares y las prácticas educativas y escolares se pueden considerar como factores de protección o de mantenimiento, pero no como factores etiológicos.

### 1.3 Características diagnósticas.

De acuerdo a la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés). En su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM –V, 2014), la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad, impulsividad, algunos síntomas aparecen antes de los 7 años de edad, presentando falta de atención suficiente a los detalles, cometiendo errores por descuido y su trabajo suele ser sucio y descuidado. A menudo parecen tener la mente en otro lugar como si no escucharan; en este trastorno los sujetos afectados se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes.

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto, variando en función de la edad; la impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar repuestas y esperar su turno.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

Desatención.

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares.
- b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos.
- e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

- f) Evita, o le disgusta o se muestra renuente, para realizar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.
- g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

#### Hiperactividad.

- a) Mueve en exceso manos y pies, o se mueve de su asiento.
- b) Abandona su asiento en clase o en otras ocasiones en donde se espera permanezca sentado.
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos de subjetividad e intranquilidad).
- d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) Está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) Habla en exceso.

#### Impulsividad.

- g) Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) Tiene dificultades para guardar su turno.
- i) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

La clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10) hace una clasificación diagnóstica del mismo padecimiento descrito como un trastorno del comportamiento y de las emociones, de inicio habitual en la infancia y adolescencia. Se describen cuatro subtipos de los Trastornos Hiperquinético:

A). Trastorno de la actividad y la Atención.

B).Trastorno Hiperquinético Disocial.

C). Otros trastornos Hiperquinéticos.

#### D). Trastornos Hiperquinéticos sin especificaciones.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima versión (CIE10, 1992), incluye entre sus descripciones, el inicio temprano de los síntomas, falta de persistencia en actividades que requieren la participación de los procesos cognoscitivos y tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminarla, actividad desorganizada con síntomas característicos hasta la edad adulta. Descuido, desconocimiento de reglas, aislamiento y un retraso del desarrollo psicomotor y del lenguaje.

Garza (2005), menciona que los niños con TDAH en la escuela pueden presentar lo siguiente:

No completan tareas, tienen bajas calificaciones, comúnmente no retienen lo que aprendieron, tienen problemas para realizar y planear sus actividades, fallan al seguir reglas, presentan más deserción o cambios de escuela. El autor antes mencionado refiere que el escaso rendimiento escolar, puede deberse a muchos factores como: problemas ambientales, trastornos conductuales o emocionales.

#### 1.4 Epidemiología del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en México.

Este trastorno se presenta entre el 5% y el 17% de los niños, en las escuelas en México y en otros países. El TDAH es un trastorno neuropsiquiátrico que se diagnostica con mayor frecuencia en la edad pediátrica, y se presenta con una incidencia de 5 a 15% en la población de niños (as), es decir de 2 a 3 niños en un salón de clases, aunque depende mucho del lugar y la población estudiada. (Barragan, 2001).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la condición psiquiátrica más frecuente en niños preescolares y escolares; se estima que la prevalencia mundial se encuentra entre el 3% y el 8% de la población infantil (Arévalo, 2013).

Otros estudios mencionan un porcentaje del 67 por ciento de los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que continúan con la sintomatología durante la adultez, interfiriendo en su desempeño en múltiples áreas como: en sus relaciones personales, el ámbito laboral, la vocación o el curso de sus estudios (Joselevich. E, 2006).

En un principio se pensó que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad era un trastorno de la infancia en el que se consideraba que los síntomas principales de hiperactividad, impulsividad y dificultades atencionales se disipaban durante la adolescencia. Sin embargo los estudios prospectivos que examinan los resultados a largo plazo del TDAH en la infancia indican que la enfermedad puede persistir en la adultez. Los cálculos de la prevalencia varían mucho y van de 3 a 9% de los jóvenes y es posible que el 2% de los adultos cumplan con los criterios de diagnóstico del DSM –V, 2014. En la edad adulta los síntomas parecen cambiar conforme el trastorno avanza, pues la impulsividad y la

hiperactividad parecen disminuir con la edad, pero los problemas atencionales persisten en la mitad de los adultos (Young S & Bramham J, 2007).

Elías (2005), menciona que los adultos con TDAH, en comparación con la población normal, suelen tener: cambios de empleo con mayor frecuencia, poca aceptación social, más separaciones o divorcios, bajo rendimiento laboral, sufren accidentes de tránsito y suelen ingerir sustancias adictivas.

## 2. LA FAMILIA COMO ESTRUCTURA DE SALUD MENTAL.

La familia es para cada persona, el punto de partida ante la carrera que supone la vida, siendo la meta alcanzar la madurez, de manera independiente y autónoma. Dentro de ella se nace, crece, enferma, ríe, llora, educa, madura, y un sinfín de experiencias que van a constituir, el marco de referencia, con el resto del mundo. De esta manera la familia debe entenderse como un sistema, en la que cada uno de los miembros que lo constituye influye en el resto, y viceversa (Lara, 2005).

La funcionalidad de una familia se presenta, cuando el grupo responde a un conflicto, buscando maneras de solucionarlo, utilizando estrategias estabilizadoras, para salvaguardar el resto de los integrantes (Gómez, 2008).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en Gómez, (2008). La familia puede ser un grupo fundamental para el concepto de salud-enfermedad, pues en ella se generan los hábitos, costumbres, valores y cuidados para tener mejores condiciones de vida.

Según Barocio, (2004) los límites son un excelente aliado en la familia, manifestándose congruentes y en relación a la edad de los niños y los define como reglas establecidas, democráticamente (en algunos casos) se han definido para que cada miembro de la familia actúe.

Investigaciones longitudinales han demostrado que las familias disfuncionales que se basan en modelos defectuosos y paradójicos de comunicación interpersonal, entre sus miembros, crea afecciones emocionales (Bradshaw, 2005).

A lo largo de la vida el ser humano atraviesa por diversas etapas, en las cuales requiere cuidados distintos, por lo que es de gran importancia que conozcamos las características y necesidades de los niños, en sus distintas etapas para satisfacerlas.



Las familias funcionan de manera diferente, durante los primeros años de vida, el niño aprende más fácil y rápidamente, por lo que una buena educación en esta etapa puede prevenir problemas futuros durante la adolescencia y la vida adulta.

Según Barragán, (2001) la capacidad de atención en los niños, tiene una variación de acuerdo a sus desarrollo y la define como la capacidad mental que tiene una persona para concentrarse sobre un estímulo, por un periodo de tiempo suficiente, que le permite organizar, planear y ejecutar una acción. También define la inhibición motora y capacidad de espera como conductas que definen la sintomatología del TDAH y las conceptualiza como la capacidad de permanecer, en quietud en espacios en donde se requiere, la capacidad de espera la define; como el poder mantenerse en la espera de su turno con o sin frustración.

De acuerdo a Arévalo, (2013) la familia da origen a características personales y sociales entre las cuales destaca:

- 1). Las influencias familiares son las que primero ocurren, debido a que los individuos no podemos sobrevivir sin ayuda y que habitualmente se crece en un seno familiar.
- 2). Las influencias familiares se han acentuado en los últimos años, debido a que los jóvenes tienen una salida tardía dentro del seno familiar.
- 3). Se ha observado la tendencia a pensar que la influencia de la familia es importante en el ámbito social y personal.

De esta manera la familia es fundamental en el niño; es a través de la convivencia diaria que se les trasmite (directa e indirectamente) costumbres, creencias, valores, maneras de actuar y de pensar. Los niños van a enfrentar la vida con los recursos que logren obtener en la niñez, apoyándose en la confianza y seguridad que le ayuden a desarrollar sus padres, en los conocimientos y destrezas que vayan adquiriendo, en las habilidades de decidir y de ser responsables en su autonomía y valores adquiridos. La familia es el fundamento de la sociedad y los

patrones de conducta establecidos en la infancia y en la adolescencia contribuyen en forma importante a la conducta social adulta (Roldan, 1900).

## 2.1. La función de la familia.

La familia es el lugar donde se fundamentan las relaciones, es el espacio donde aprendemos a vernos a nosotros mismos; a partir de lo que nos reflejan nuestros padres, formándose la imagen que tendremos en el futuro, es en la familia donde aprendemos a conocernos íntimamente, de allí la importancia de saber educar a los niños.

Los niños con TDAH, entre 4 y 9 años de edad, con frecuencia desesperan a sus padres, no pueden entretenerse solos, y es común escuchar frases que descalifican a sus progenitores como: no te quiero, te odio, eres el peor papa o mama del mundo, este comportamiento se vuelve más difícil conforme el niño crece, y muchos padres se sienten culpables por no saber educar a sus hijos.

Ávila y Lorente (2002), mencionan que los padres tienen que tomar en cuenta que los niños con TDAH tienen dificultades para seguir órdenes y cualquier norma de conducta; y que el aprendizaje es más lento, con frecuencia padres y maestros acusan al niño de irresponsable, pero esta actitud aumenta los sentimientos de culpa en el niño provocando un desajuste emocional.

Los padres con hijos diagnosticados con TDAH deben proporcionar una estructura y supervisión diaria, estos niños necesitan mayor estructura, debido a su falta de organización y del manejo del tiempo. Para mantener su atención es necesario hablarles de forma directa mirándolos a los ojos, poniéndose a su mismo nivel delante de él, orientando la cara hacia la suya, una vez logrado el contacto visual, las instrucciones que se le den deben ser claras, simples y ser dadas paso a paso, Finalmente para saber si el niño ha entendido, es necesario preguntarle o pedirle que repita las instrucciones (Miranda et al, 2001).

Uno de los aspectos más importantes del manejo en casa es la modificación de las rutinas familiares, la creación de hábitos más estructurados y una mejor

planeación de los objetivos. De esta manera se crea la consistencia que significa responder de la misma manera en situaciones similares guiándose por tres principios: seguridad, amor, calidez (Barragán, 2001).

Mendoza (2003), menciona que cuando menores sean los límites externos, mayor parece ser la desorganización interna, estos niños necesitan organización estructurada de su ambiente y con límites bien establecidos, para desarrollarse emocionalmente. Si la familia ejerce una disciplina proactiva, se manejan límites claros y bien definidos, enseñan al niño a enfrentarse y a asumir sus responsabilidades de sus acciones dando como resultado una organización interna que le ayude a funcionar de manera adaptativa en el ambiente.

De esta manera si se vive un clima de armonía, en el que los niños puedan dialogar con sus padres, y se sientan felices y apoyados por ellos, es más probable que desarrollen recursos para enfrentar los retos de la vida.

## 2.2. Dinámica de la familia, cuando hay menores con TDAH.

Cuando existe un diagnóstico de TDAH es posible que se modifiquen planes, expectativas, formas de comunicarse; los padres se sienten incompetentes, culpables por no saber educar a su hijo, en ocasiones pueden perder la paciencia y castigan al niño, creando ambientes hostiles; viviendo un ambiente de caos, dando lugar a conflictos en la pareja e incluso la separación conyugal, si existen problemas en la relación desde antes (Carballo, 2011).

Cuando hay un familiar con TDAH, y la familia presenta una dinámica disfuncional, las interacciones familiares se vuelven negativas, cuestionamientos, interpretaciones y prejuicios se forman alrededor del niño debido a su conducta. En ocasiones para evitar el rechazo algunos familiares, se aíslan limitando sus relaciones sociales.

El TDAH, tiene un efecto negativo sobre las personas que la padecen, pues afecta el desarrollo social y emocional, Estos niños por su impulsividad, .tienden

a tener pocos amigos, por sus múltiples fracasos en la escuela y discusiones en la familia, bajas calificaciones; son frecuentes síntomas depresivos. Algunos niños con TDAH pueden tener comportamientos negativos, desobediencia cada vez mayor, desafíos a la autoridad, llegando incluso al abuso de alcohol y drogas (Soutullo, 2006).

Los niños con TDAH, necesitan organización y rutinas constantes, entre más consistentes sean los horarios de las comidas, dormir, levantarse, bañarse, etc. más fácil será acostumbrarse a la práctica del orden.

Los niños con TDAH prueban los límites de manera más persistente, una familia inconsistente y poco estructurada invita a romper las reglas. Para corregirlos, deben existir límites preestablecidos y una estructura familiar sencilla, favoreciendo así el desarrollo de un control interno, sobre la impulsividad del pequeño. Al momento de aplicar los primeros cambios, el comportamiento tenderá a exacerbarse, como respuesta al reajuste.

La ayuda familiar, escolar y profesional es muy importantes en niños con TDAH. Es muy importante hacer notar sus cualidades positivas y también las negativas, comprendiendo sus fallas para que logren desarrollar todo su potencial intelectual y creativo.

La convivencia en un grupo familiar tiene ciertas dificultades, cada miembro tiene un lugar especial y único en la familia. Entonces cuando un miembro no cumple adecuadamente con su labor, se generan fallas en el sistema, desajustes que al no ser atendidos generan grandes conflictos. Los desacuerdos entre los miembros de la familia relacionados con poner límites, reglas, quien y como serán ejercidas, son algunas de las dificultades de comunicación que al no ser asertivas dan como resultado mayor conflicto.

Sin importar que exista un trastorno psiquiátrico, alguna enfermedad o condición particular en los niños; la supervisión, estructura, aceptación y afecto son elementos necesarios para mejorar las condiciones de vida (Rodríguez, 2013).

Los estilos de afrontamiento y resolución de problemas, están sujetos a la influencia y al entorno familiar, pues el estilo de afrontamiento en los niños, respecto a los problemas es modelado y reforzado a partir de intercambios familiares. El modelado y refuerzo familiar, inciden en la formación de esquemas y estilos de afrontamiento, y pueden influir en el desarrollo psicopatológico. Los padres intrusivos, exageradamente críticos, que no respetan la individualidad del niño, favorecen una sintomatología ansiosa y/ o depresiva (Holmbeck, en Gomar, Mandil, Bunge, 2010).

### 3. ENFOQUE COGNITIVO.

El postulado fundamental del enfoque cognitivo conductual es “el modo en que las personas interpretan las situaciones; estas, ejerce una influencia en las emociones y la conducta”. Beck 2000 (en Gomar et al, 2010). Esto no significa que todo lo que uno siente depende de sus pensamientos, sino que entre pensamiento, emoción y conducta hay una relación circular, entonces los individuos responden al significado que adjudican a las situaciones.

El modo en que se interpretan las situaciones, está determinado por una serie de elementos: esquemas, creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Los esquemas son definidos como estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, las personas desarrollan sus esquemas, donde incluyen sus creencias acerca de si mismos y del mundo que los rodea a partir de las experiencias infantiles. A través de las interacciones con el medio, estos esquemas pueden permanecer latentes y activarse ante una situación determinada. De acuerdo con el modelo cognitivo los trastornos se caracterizan por esquemas desadaptativos que se activan ante determinadas circunstancias y determinan el sistema de procesamiento de información (Gomar et al, 2012).

Estos esquemas tienden a ser rígidos, por lo tanto el tratamiento de los desórdenes psicológicos, incluye la modificación de estas estructuras, mediante la modificación de esquemas disfuncionales y la adaptación de esquemas más racionales.

De esta manera las creencias nucleares, son representaciones de la realidad estable y profunda que las personas consideran como verdades absolutas; aunque no ocupan un espacio consciente, el contenido de estas creencias pueden ser negativas. Finalmente las creencias intermedias se restringen a la manera de sentir, pensar y actuar ante las demandas ambientales de esta manera al tener contacto con el entorno tiende a auto confirmarse (Gomar et al, 2012).

De acuerdo a Rodríguez y Méndez, (2005). Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas, sustituyendo estas por cogniciones más adecuadas,

### 3.1. Técnicas de modificación de conducta.

La modificación cognitivo conductual, es un tratamiento muy utilizado en los trabajos de Luria y Vigotski, quienes mencionan que los niños aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas, según su teoría el niño se sociabiliza y tiene autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y posteriormente usa autoinstrucciones para guiarse (Solloa, 2006).

El entrenamiento en autoinstrucciones tiene como objetivo, la modificación de una conducta mediante el hablarse uno mismo (self-talking). Aplicada a niños con TDAH, suprime respuestas impulsivas, aumentando la capacidad de atención.

Es necesario dentro del enfoque conductual, saber que conducta se desea modificar y de qué forma se requiere hacer dicha modificación; es decir: aumentando o disminuyendo la respuesta de frecuencia, creándola o desapareciéndola.

### 3.2. Tipos de reforzadores

Existen diferentes tipos de reforzadores según Méndez y Romero 1993 (en Rodríguez y Méndez, 2005.)

Según el origen de su valor reforzante.

Reforzador primario. Son estímulos que satisfacen necesidades biológicas o contribuyen al bienestar físico de la persona. Este tipo de reforzador no es permanente, como el caso de la comida, cuando el sujeto se encuentra satisfecho.

Reforzador condicionado o secundario. Son aquellos estímulos originarios neutros que al ser asociados consistentemente con reforzadores primarios adquieren valor reforzante.

Reforzadores generalizados. Son aquellos reforzadores condicionados que han sido emparejados con más de un reforzador primario.

Según su naturaleza.

Los reforzadores materiales o tangibles. Son aquellos estímulos que poseen una entidad física, es decir que se pueden oler, tocar, ver, etc.

Reforzadores de actividad. Son los que hacen referencias a actividades en el sujeto y resultan ser placenteras y que al seguir de manera contingente a una conducta aumentan su probabilidad.

Reforzadores sociales. Son aquellas conductas que realizan otros individuos dentro de un determinado contexto social, comprenden expresiones verbales positivas, como elogios, alabanzas, felicitaciones, frases de ánimo.

Según el proceso de reforzamiento.

Reforzadores extrínsecos. Se presenta en aquellas situaciones en donde, el reforzamiento es público, donde la conducta es observable, y el reforzador intrínseco, es aquel emitido desde el individuo (Rodríguez y Méndez, 2005).

Puesto que los niños con TDAH pierden casi de manera inmediata el interés por las cosas, la clave para modificar su comportamiento, está en reforzarlos frecuentemente utilizando pequeñas recompensas.

Es necesario detectar el comportamiento que se desea reforzar, administrando el refuerzo con frecuencia e inmediatez y dirigir la atención solo hacia el comportamiento adecuado, es decir los premios deben darse sólo inmediatamente después de la conducta deseada nunca antes, utilizándolos de forma consistente, es decir cada vez que aparezca la conducta que se desea



aumentar y cambiarlos con cierta frecuencia para evitar la saciación (Miranda et al, 2001).

Refuerzo positivo. Es un evento que cuando se presenta inmediatamente, después de una conducta, provoca que la probabilidad de este aumente, es decir si el niño presenta una conducta deseada, es reforzado de manera inmediata con un estímulo positivo, lo esperado es que la conducta se presente con mayor constancia, de esta manera podemos afirmar que el reforzador positivo se refiere a recompensar la presencia de una conducta adecuada (Rodríguez, 2013).

Según Sundel y Stone (1990), el reforzamiento positivo es un procedimiento para incrementar la fuerza de una respuesta, o la probabilidad de que ocurra determinado comportamiento. Un reforzador positivo es un estímulo cuya presentación, después de una respuesta aumenta la fuerza de esta respuesta o su probabilidad de ocurrencia.

Entre los reforzadores positivos más comunes está el alimento, el agua, el sexo, el elogio, el dinero, dependiendo de lo que es reforzante para la persona. Los estímulos desde luego no sirven todos de igual manera como reforzadores positivos, pero casi cualquier evento u objeto puede fungir como reforzador positivo en determinadas circunstancias y para respuestas específicas. La efectividad de un reforzador depende de su tamaño, tipo, o calidad. El estímulo identificado como reforzador positivo resulta efectivo al máximo cuando se suministra o presenta inmediatamente después de la respuesta que se desea fortalecer. La privación y saciedad son otros factores que también influyen en la efectividad de un reforzador. Un reforzador se vuelve al máximo grado efectivo para acrecentar la fuerza de una respuesta cuando existe un nivel alto de privación y por el contrario el reforzador es mínimamente efectivo para acrecentar la fuerza de una respuesta cuando la proporción de privación es baja., mientras que si el individuo está satisfecho con respecto al reforzador, este será del todo ineficiente.

Ver tabla 1. Definición y ejemplos de los tipos de reforzadores según (Rodríguez y Méndez, 2005).

<i>TIPOS DE REFORZADORES</i>		
<b><i>Según el origen de su valor reforzante</i></b>		
TIPOS	DEFINICION	EJEMPLOS
Primarios	Son incondicionados: su valor reforzante no es el resultado de un aprendizaje previo (estímulos que satisfacen necesidades biológicas o contribuyen al bienestar). No poseen valor reforzante para todas las ocasiones.	Comida, debida, sexo, etc.
Secundarios o Condicionados	Adquieren su valor reforzante al asociarse con reforzadores primarios u otros previamente condicionados.	Cualquier evento (objetos, actividades, elogios, etc.); dependen de la historia individual de reforzamiento de sujeto
Generalizados	Reforzadores condicionados que permiten el acceso a otros reforzadores.	Dinero, fichas, puntos, etc.
<b><i>Según su naturaleza</i></b>		
TIPOS	DEFINICION	EJEMPLOS
Materiales o tangibles	Tienen una entidad física. Pueden ser comestibles o manipulables.	Chicles, caramelos, bebidas, balones, bicicletas, etc.
De actividad	Actividad placentera para el sujeto. Se basa en el principio de Premack.	Hablar por teléfono, ir de compras, ir al cine, etc.
Sociales	Expresiones verbales, faciales, contactos físicos y otras respuestas motoras realizadas por otros individuos.	Alabanzas, elogios, caricias, sonrisas, palmadas en la espalda, etc.

### 3.3. Contingencias de reforzamiento positivo.

Las condiciones bajo las que ha de ocurrir una conducta específica para que se dé el reforzador positivo, se denomina contingencia de reforzamiento positivo.

Una contingencia de reforzamiento positivo dicta una relación funcional de “si...entonces”, referente a la conducta que se debe emitir para que ocurra el reforzador positivo. Se ha de declarar en términos positivos especificando

claramente la conducta, el reforzador y las circunstancias en que ocurrirá el reforzamiento (Martin, 1999).

La contingencia conductual, es aquel enunciado que especifica las condiciones bajo las cuales a una respuesta le seguirán ciertas consecuencias. Finalmente el principio de Premack. Es un tipo especial de manipulación de contingencias afirma que cualquier conducta que ocurra con mayor frecuencia que otra puede servir de reforzador de la conducta que ocurre con menos frecuencia, es decir la conducta de alta frecuencia, puede aumentar la fuerza de la respuesta, de una conducta de baja frecuencia (Sundel y Stone,1990).

Un reforzador positivo es aquel que incrementa la frecuencia de una respuesta subsecuente a la presencia de un reforzador positivo (Kazdin, 1996).

Existen técnicas operantes cuyo objetivo es el desarrollo y mantenimiento de conductas y son: moldeamiento, desvanecimiento y encadenamiento.

El moldeamiento. Es una técnica útil para adquirir nuevas respuestas o conductas que se encuentran ausentes o presentes de una forma elemental en el repertorio del sujeto; se puede definir como el desarrollo de una nueva conducta mediante el reforzamiento sucesivo de las aproximaciones más parecidas a la conducta meta (Olivares & Méndez, 2005).

.

Para que el moldeamiento o aproximaciones sucesivas sean eficaces es necesario utilizar instigadores o indicadores los cuales darán como resultado la conducta meta o final.

Desvanecimiento. Es la técnica mediante la cual, las conductas pueden mantenerse en ausencia de apoyo externo, de esta manera, para desvanecerse una ayuda externa previamente ha tenido que haberse introducido (Olivares & Méndez, 2005).

Finalmente el encadenamiento es la unión de segmentos elementales en una única pauta conductual más amplia, es decir las conductas complejas se pueden descomponer en otras más sencillas; esto permite al terapeuta trabajar por separado cada uno de los eslabones simples E-R de la cadena conductual (Olivares & Méndez, 2005).

Pineda, López, Torres y Romano (1987), mencionan una técnica eficaz en la modificación conductual que es el costo de respuestas, en donde al presentarse la conducta problema se observa que el niño tienen a su alcance algún estímulo positivo material que fácilmente puede ser retirado o eliminado inmediatamente después de observar el problema. Las características básicas de la aplicación de esta técnica consisten en:

- a) Asegurarse de que el estímulo positivo material que se retira sea realmente importante para el niño.
- b) Proporcionar información acerca de lo que debe hacer el niño.
- c) Si después de haber dado esta primera orden el niño continúa realizando la conducta problemática, advertir las consecuencias.
- d) Si el niño no cumple la segunda orden, retire el estímulo positivo presente.
- e) Ignore cualquier conducta que tenga el niño como consecuencia de retirar el estímulo.

#### 3.4. Economía de fichas.

Las fichas son reforzadores condicionados como: las monedas, boletos, estrellas, que pueden intercambiarse por diversos eventos reforzantes conocidos como reforzadores sustitutos., de esta manera cada vez que el niño emite una conducta deseada, se le otorga una ficha la cual puede cambiar por algún reforzador dando como resultado el incremento de una respuesta deseada. En la actualidad la

economía de fichas se ha extendido a otros niveles como escuelas, hospitales instituciones (Kazdin, 1996).

Para motivar a un niño con problemas de conducta a que siga reglas en casa y escuela, generalmente es necesario utilizar una estrategia como: la economía de fichas cuya estructura general es:

- a) Seleccionar el comportamiento a modificar.
- b) Toma de decisiones sobre el tipo de ficha que se otorgara por la emisión del comportamiento deseado.
- c) Listado de privilegios por los que puede cambiar las fichas que haya conseguido.
- d) Concretar el valor de las fichas y el de las conductas meta.
- e) Intercambio de las fichas por los privilegios o premios establecidos.
- f) Evaluación continua de la eficacia del programa añadiendo o suprimiendo objetivos y o modificando el tipo de refuerzos.
- g) Retirada progresiva de las fichas para facilitar la generalización de los resultados.

Es decir en lugar de seguir dando una ficha después de un intervalo corto de emisión de conductas socialmente adaptadas se puede ir subiendo gradualmente el criterio de consecución de la ficha aumentando el número de intervalos a dos o tres o cinco (Miranda et al, 2001).

De acuerdo a Garry y Pear (1999), un programa en el que un grupo de individuos puede ganar fichas para emitir diversas conductas deseables, y en el que las fichas pueden ser canjeadas por reforzadores de apoyo se denomina economía de fichas.

El enfoque cognitivo menciona que el sujeto percibe y configura su entorno, como resultado de una integración de estímulos que se traduce en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones. Sus intervenciones enfatizan la compleja interacción entre los eventos, procesos, productos, estructura cognitiva,

el contexto medio ambiental y las experiencias como contribuyentes a varias facetas de la conducta disfuncional.

Esta técnica involucra al paciente en un proceso mediante el cual, se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo; y de adoptar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal.

Según Manoney y Arnkoff (1997) han propuesto tres clases principales de terapia cognitivo conductual (en Arias y León, 2003):

1. Los métodos de reestructuración cognitiva: suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos.
2. Las terapias de habilidades de afrontamiento: que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente, a afrontar una serie de situaciones estresantes.
3. Las terapias de solución de problemas: son una combinación de los dos tipos anteriores, se desarrollan estrategias generales para tratar un amplio rango de problemas generales.

#### 4. PROPUESTA DE INTERVENCION.

Metodología.

Justificación.

Según encuestas realizadas en instituciones de salud mental, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad; es el más recurrente en la población infantil, los pacientes que acuden a los servicios psicológicos y psiquiátricos comúnmente tienen una impresión diagnóstica de dicho padecimiento.

La falta de atención, impulsividad e hiperactividad en casa, escuela y en relaciones sociales, muestra una preocupación por parte de los padres, docentes y familiares. Desde esta visión planteo lo siguiente.

Los beneficios obtenidos con esta propuesta son encaminados a mejorar la atención, límites e inhibición motora y capacidad de espera en niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, debido a los efectos negativos que tiene en el desarrollo social y emocional de los niños; es frecuente escuchar dentro del núcleo familiar, interacciones disfuncionales debido a la conducta del individuo que padece TDAH, presentándose cambios en los planes y expectativas y en la forma de comunicarse dentro de la familia. Debido al impacto que tiene el trastorno en los niños por su falta de atención, es común que presenten baja autoestima por sus múltiples fracasos escolares por la desaprobación dentro del núcleo familiar y por la impulsividad que manifiestan. Los padres tienden a desesperarse y mostrar culpa por no saber educar a su hijo; y en la medida que los niños crecen, mayores serán sus dificultades, por lo tanto algunos sujetos afectados, abandonan la escuela por sentirse no capaces de poder enfrentar las demandas educativas, desafortunadamente no solo es afectada el área escolar, también los niños con TDAH muestran más rebeldía e impulsividad debido a su desestructura interna, así mismo los niños afectados muestran pocas habilidades sociales y es común que no tengan amigos o que sus relaciones sean poco duraderas.

En la adolescencia con todas las manifestaciones mencionadas y sin una intervención oportuna es posible que los sujetos afectados terminen cometiendo actos delictivos o incurriendo en abuso de drogas y alcoholismo.

Finalmente por el desconocimiento del trastorno, muchas familias consideran que las manifestaciones comportamentales, son debido a motivos voluntarios a rebeldía por parte del sujeto, y por lo tanto pueden castigar de manera aversiva a los niños afectados por este padecimiento.



Planteamiento del problema.

Durante varios años se han investigado las causas del trastorno por déficit de atención en los niños, estudios recientes mencionan, el grado de comorbilidad en este padecimiento. La mayoría de los niños con TDAH, incrementan síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad, cuando inician sus años escolares.

Es común escuchar dentro del aula y en el ambiente familiar, el deterioro conductual y escolar en niños con TDAH, se ha encontrado que las causas principales son la inatención, impulsividad e hiperactividad que no permiten dirigir y regular, la conducta y aprendizaje del niño.

De esta manera entrenar al niño con estrategias que modifiquen conductualmente su comportamiento, es necesario para una mejor calidad de vida.

Objetivo general.

Proporcionar a los niños una serie de actividades, que propicien; identificar, conductas que permitan la enseñanza de límites, atención, capacidad de espera e inhibición motora.

Objetivos específicos.

Conocer y aplicar los conceptos de límites, atención, capacidad de espera e inhibición motora en los asistentes al taller, que se irán desglosando en cada sesión.

\*Participantes.

Este taller está diseñado para un grupo reducido de 4 o 5 niños, de 6 a 9 años de edad, que están diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

\*Escenario.

Este programa se podrá llevar a cabo en el aula de profesores, en condiciones adecuadas de ventilación, iluminación, y mobiliario de ser posible sin distractores, en escuelas de educación básica, de la Secretaría de Educación Pública.

\*Material.

	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
1	Sillas.	6
2	Hojas blancas tamaño carta.	12
3	Bolígrafos.	6
4	Mesas.	6
5	Pizarrón.	1
6	Mochilas.	6
7	Colores.	12

Procedimiento.

El taller se llevará a cabo en 5 sesiones de 50 minutos cada una, una vez a la semana, en un lugar y horario fijo.

Se utilizará el reforzamiento positivo, contingencias y moldeamiento para entrenar a los niños bajo un programa de economía de fichas, utilizando deferentes estrategias para la mejora de atención, límites, capacidad de espera e inhibición motora.

## Programa

Taller para la enseñanza de límites, atención, capacidad de espera e inhibición motora a través de una economía de fichas, para niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad desde el enfoque cognitivo conductual.

<p>Sesión Uno.</p> <p>Objetivo general.                  Proporcionar a la los participantes una serie de actividades que propicien, identificar, expresar y aplicar; conductas que permitan la enseñanza de límites, atención, capacidad de espera e inhibición motora en niños con TDAH.</p>					
Objetivo específico.	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.	Forma de evaluación.
1.1 Conocimiento de los participantes.	Realizar la dinámica “cinco sentidos”	Presentación de los asistentes. Proporcionar a los participantes la actividad y pedir que describan tres preferencias para cada uno de los sentidos	*Lápices *Gomas *Actividad (Anexo 1).	10 minutos	
Objetivo específico  1.2 Conocer las expectativas al taller con la finalidad de detectar posibles discrepancias.	Esclarecimiento de expectativas	Facilitar de manera escrita y/o verbal las expectativas que tiene cada uno de los participantes en el taller.	*Lápices *Gomas *Sacapuntas * Actividad. (Anexo 2).	10 minutos	

Objetivo específico  1.3 Dar a conocer a los asistentes los contenidos y objetivos y dinámicas.	Encuadre	Proporcionar actividad a cada uno de los asistentes para que dibujen o escriban las reglas del taller.	*Lápices *Gomas *Sacapuntas * Actividad (Anexo 3).	10 minutos	
Objetivo específico  1.4 Integrar a los participantes a fin de favorecer el trabajo grupal.	Actividad	Procedimiento  Los participantes, sacaran de sus mochilas, los objetos que llevan dentro.  Ejercicio de relajación. Sentado en una silla realizara una relajación general contrayendo y distensando todo el cuerpo.	Material  *Mochilas de los participantes. Actividad. (Anexo 4).  Actividad. (Anexo 5).	Tiempo  10 minutos.  10 minutos.	Forma de evaluación

### Descripción de la sesión

Presentación de los asistentes al taller, a continuación, se mencionara el objetivo y los temas que se abordaran en este, se realizara la dinámica “cinco sentidos” (ver anexo 1, Orjales 1999), para promover el conocimiento de los participantes. Posteriormente se les indicara a los niños contesten el cuestionario de expectativas al taller recordándoles, que no hay respuestas buenas ni malas, servirá únicamente para conocer sus objetivos, (ver anexo 2, Bello, 2010). A través de la dinámica, encuadre se pedirá a los niños, escriban las reglas al

taller y lo que esperan al término de este. A continuación se promoverá la integración de los participantes a fin de favorecer el trabajo grupal, con la dinámica “mochilas vacías” (ver anexo 4, Bello, 2010). Finalmente se hará el cierre a esta sesión con la dinámica de relajación progresiva (ver anexo 5, Orjales 1999). En la mayoría de las ocasiones el niño hiperactivo, no aguanta mucho tiempo quieto, es importante solo relajar una parte del cuerpo, prolongando el tiempo progresivamente en cada sesión.

Sesión dos.

Objetivo específico	Actividad	Procedimiento.	Material	Tiempo	Forma de evaluación
2.1 Identificar el concepto de límites.	Expresar de manera verbal y/o escrita el concepto de límites.	El instructor mostrara cartulinas con dibujos que muestren conductas de límites. Los asistentes que conductualmente manifiesten la conducta que se reforzara, obtendrán un punto en la economía de fichas.	*Cartulinas *Hojas blancas *Lápices *Gomas.	10 minutos	Economía de fichas.
	Identificar límites en casa y escuela.	Los participantes realizarán un listado de conductas que manifiesten límites, en los lugares mencionados.	Hojas. Lápices. Gomas. (Anexo 7).	15 minutos.	Economía de fichas.

		Lectura del cuento, “los conflictos de Pedro y Miguel.	Lápices y (Anexo 8).	25 minutos.	
--	--	--	----------------------	-------------	--

Descripción de la sesión.

Al inicio de la sesión pedirá a los padres su asistencia y participación, se mostrara el concepto de límites, para que los niños identifiquen la definición. Posteriormente se presentaran dibujos animados de niños sin límites y con límites. Como ya se mencionó en esta actividad padres e hijos realizaran un listado de reglas que se llevan a cabo en casa y en la escuela. Posteriormente se leerá el cuento, “los conflictos de Pedro y Miguel” (Programa Educativo de Prevención Escolar SEP, anexo 8).

Sesión Tres.
--------------

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo	Forma de Evaluación
3.1 Identificar el concepto de atención	Identificar conductas de atención.	Técnica de relajación un viaje en el tren.	Anexo 9.	15 minutos	
		Mostrar dibujos donde este manifiesta la conducta de atención a los participantes.	*Dibujos que muestren atención.	10 minutos	Economía de fichas.
	Si los asistentes; muestran la conducta esperada, se les reforzara, un punto en la economía de fichas.	*hojas blancas *gomas *lápices	5 minutos	Economía de fichas.	
	Dinámicas de atención motriz.	Ejercicios motrices.	Ninguno.	20 minutos	Economía de fichas.

Descripción de la sesión.

Al inicio de la sesión, se narrara una técnica de relajación “un viaje en el tren” anexo 9 (Chaparro, 2010). A continuación se mostrara el concepto de atención, para que los niños a lo largo de la sesión identifiquen esta conducta, se mostraran dibujos en caricatura de personajes, que manifiestan inatención en la escuela, se realizarán “ejercicios de motricidad” anexo 10 (Dennison,2003). Al final de la actividad los participantes que muestren la conducta de atención tendrán un reforzamiento social, y un punto en la economía de fichas.

Sesión Cuatro.
----------------

Objetivo específico	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.	Forma de evaluación.
4.1 Conocer el concepto de capacidad de espera.	Identificar la capacidad de espera.	Técnica de relajación, estira y afloja.	Ninguno	10 minutos.	Economía de fichas
4.2 Lograr que los asistentes describan sus propias conductas; cuando tienen que esperar.		El instructor mostrara cartulinas con dibujos de sujetos que muestren espera. A los asistentes se les reforzara positivamente esta conducta, con un punto en la economía de fichas.	*Cartulinas con dibujos *Hojas blancas *Lápices *Gomas *Película animada de los "Increíbles".	10 minutos.  30 minuto	

Descripción de la sesión.

Al inicio de la sesión, se realizara una técnica de relajación, “estira y afloja” (Chaparro, 2010). A continuación se mostrara en concepto de espera y se observara la conducta de Dash el niño increíble (película animada). Los participantes mencionarán que conductas tiene Dash en la serie y explicarán que entienden por capacidad de espera. De esta manera a los niños se les darán reforzadores sociales para incrementar las conductas esperadas para esta sesión y se otorgaran puntos en la economía de fichas.



Sesión Cinco.

Objetivo específico.	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo	Forma de evaluación
5.1 Conocer e identificar el concepto de inhibición motora.	Marionetas.	Instrucciones en la actividad correspondiente.	Anexo 12.	10 minutos	
	Los asistentes describan conductas de inhibición motora.	El instructor mostrara dibujos de individuos que muestren inhibición motora.	*Dibujos de inhibición motora *Gomas *Lápices. Sacapuntas.	10 minutos.	Economía de fichas.
	La historia de mi amiga Rosa.	En esta actividad se reforzara el permanecer sentado y terminar sus actividades, generando puntos en la economía de fichas.	Anexo 13.	30 minutos.	
		Hacer una reflexión de las cinco, sesiones anteriores, para que los niños identifiquen a través de la actividad conductas propias del tdah.			

## Descripción de la sesión.

Con esta sesión se dará el cierre a el taller, se iniciara con la actividad marionetas del (anexo 12 de Chaparro 2010). Se mostrara el concepto de inhibición motora, y los asistentes mencionarán, conductas que manifiesten en casa o escuela este concepto. A continuación se narrara “la historia de mi amiga Rosa” programa educativo de prevención escolar. SEP. Y se hará una reflexión de las conductas del personaje, los asistentes contestaran las preguntas al cuestionario de la narración y finalmente se dará el cierre a las sesiones.

## DISCUSION.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es un trastorno serio para el niño que la padece y las personas que lo rodean, sobre todo los padres y profesores, por las implicaciones que tiene el funcionamiento cognitivo y social.

La conducta cotidiana del niño con TDAH en el salón de clases en casa y fuera de ella se caracteriza por grandes rasgos de impulsividad, desatención e inquietud excesiva, manifestaciones que tienen una repercusión negativa en el rendimiento académico y emocional. Los padres por falta de conocimiento, esperan a que el niño madure y entonces cambie; pero realmente la espera es sin ningún éxito; incluso los problemas pueden agravarse, pues la demanda académica es cada vez mayor resultando un incremento en el desorden y la organización, así como dificultades en atención, ansiedad y comportamiento impulsivo como lo menciona Joselevich en el 2006. Bajo esta perspectiva muchos niños, al llegar a la adolescencia, manifiestan una deserción escolar alta involucrándose en situaciones de riesgo, como conductas delictivas, adicciones y abuso de sustancias, es importante una intervención oportuna para un diagnóstico diferencial, como para la comorbilidad en el trastorno. No es extraño pues comprobar que a medida que avanzan los años, los niños no tratados adecuadamente, no solo acentúan su sintomatología, también su inadaptación escolar, problemas de conducta, autoimagen negativa como lo menciona Barragán en el 2001.

Los niños con TDAH comienzan a detectarse por su inquietud, falta de autonomía, desobediencia, falta de conciencia de las normas, su descontrol e inmadurez los hace más propensos a sufrir accidentes y a mostrarse irritables y caprichosos. Por lo general se les describe como niños inquietos e insoportables, entrometidos. Un niño con estas características es difícil de criar lo que a menudo conduce a los padres a sentirse angustiados y a sobreproteger al niño, en algunas ocasiones, la familia puede atribuir estas manifestaciones a los rasgos familiares, al carácter a los profesores o a la falta de exigencia de los padres.

Considerando que en México el porcentaje de niños diagnosticados con TDAH es del 3 al 8%, manifestando una gran cantidad de problemas comorbidos como; Depresión, Trastorno Opositor Desafiante (TDO), Trastorno Antisocial (TA), Trastorno de Ansiedad, Trastorno del Aprendizaje, etc., con una detección temprana y una intervención eficaz la problemática del niño con TDAH, resulta controlable, tomando en consideración dentro del tratamiento integral; el entrenamiento a padres para una familia estructurada y organizada con normas flexibles y claras, con la capacidad de adaptarse al niño con dificultades de atención pero sin caer en la sobreprotección, reforzando todas las conductas que manifiesten cambios positivos, evitando los castigos físicos para controlar la conducta, pues es bien sabido que estos niños, manifiestan baja autoestima; el apoyo escolar es primordial para un adecuado rendimiento académico, brindando dentro del aula estrategias que permitan la adquisición de los aprendizajes esperados reforzando positivamente la atención y el término de actividades en el salón de clases.

En los niños con TDAH no sólo muestra dificultades de atención impulsividad e hiperactividad también las funciones ejecutivas son afectadas como: planeación, organización y ejecución, de esta manera se recomienda el tratamiento farmacológico y psicológico.

## LIMITACIONES.

Algunas limitaciones al taller pueden ser: la asistencia, padres con falta de conocimiento acerca del trastorno, consideran que los cambios conductuales en el niño deben ser rápidos, y si estos no suceden comienza el ausentismo.

El número de sesiones es una limitación sabiendo que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad va a acompañar al niño en un porcentaje del 70% cuando sea adulto y solo cambiara la forma de manifestación de los síntomas.

Es común que en casa la falta de límites y la interacción entre los miembros de la familia, cause el mantenimiento de los síntomas de TDAH, manifestando inhabilidad en las relaciones sociales, baja autoestima, deterioro cognitivo de las funciones ejecutivas, que son aspectos no contemplados dentro del taller. Asimismo la desestructura interna dentro de los miembros de la familia limita los cambios comportamentales en los niños con TDAH.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tiene una comorbilidad extensa que en su diagnóstico diferencial puede ser confundido con Trastorno Oposicionista Desafiante o Trastorno de Personalidad Antisocial y estos aspectos no se consideran dentro de la propuesta.

Uno de los objetivos de este taller es que los niños con TDAH, logren mantener atención, límites, inhibición motora y capacidad de espera, para lograr una mejor adaptación en casa y escuela, por lo tanto se sugiere que al término del taller se continúe trabajando en técnicas de atención y concentración, así como un entrenamiento para padres y docentes de grupo.

Finalmente se sugiere que el niño con un diagnóstico de TDAH tenga un tratamiento integral es decir, con fármaco y psicológico, para lograr la mejor adaptación de su ambiente; dentro del taller puede haber participantes que se encuentren medicados como otros asistentes a los que no se les administre ningún fármaco, que a juicio de un psiquiatra haya sido evaluado.

## ALCANCES.

Al planear el taller uno de mis objetivos, era que los niños con TDAH, lograran atreves de identificar el concepto, aplicar los conocimientos adquiridos, en actividades que requieran atención, limites, capacidad de espera e inhibición motora que son algunos de los síntomas más visibles en los niños TDAH. Basándome en una economía de fichas donde la estimulación se logra a través de un reforzador individual. Esta técnica servirá como una brújula que señale hacia dónde dirigir los pasos de los niños con estas características, es preciso manejarla con mucha paciencia y constancia pues solo así se llegara a un puerto seguro.

El taller hace participes a los padre en una sesión, en donde mi objetivo es sensibilizarlos, para aprender a no ir a la deriva con sus hijos hiperactivos, sabiendo que la impulsividad no conduce a la independencia, sino a la vulnerabilidad y el riesgo. Es común escuchar a los padres expresiones en donde refieren que sus hijos son berrinchudos, irritables, desobedientes, etc. En esta sesión, mi prioridad es que los papas identifiquen que la conducta de sus hijos, en características, como los limites, no es voluntaria, es parte de la sintomatología del TDAH. Todos los niños necesitan seguridad, amor, apoyo, etc. Aún más los que tienen TDAH, pues como ya lo mencione en el marco teórico este tiene un efecto de bola de nieve.

Por su desatención impulsividad e hiperactividad no es de extrañar que presenten un bajo rendimiento escolar, pues es dentro del aula donde se requiere, permanecer sentado, poner atención, no distraerse, etc. Es por lo tanto mí propuesta una oferta en la triada sintomática del trastorno.

## Referencias.

Amador A. y Merce G.(2010).Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). España. Síntesis.

Arévalo R.(2013). Curso psicoeducativo de manejo de la conducta infantil para padres de niños de 6 a 8 años diagnosticados con TDAH. Tesis de licenciatura. UNAM.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición Washington, EE.UU: Autor.

Ávila C. y Lorente P. (2002). Niños hiperactivos. Comportamiento diagnostico tratamiento ayuda familiar y escolar. México. Alfaomega.

Barragán E,(2001). El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención su mundo y sus soluciones. México. Novartis.

Barocio R. Disciplina con amor, como poner límites sin ahogarse en la culpa. Guía para padres y maestros. Mexico. Pax.

Bradshaw J.(2005). La familia. Florida. Selector.

Bello, (2010). Autoestima y asertividad. Mexico. Trillas.

Brown E. (2014). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. España. Mason.

Chaparro, L. (2010). Propuesta de un taller de regulación emocional y conductual para elevar el bajo rendimiento académico en adolescentes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Tesis de licenciatura facultad de Psicología de la UNAM.

Chávez, P y Martínez, G. (2003). Aprender a vivir con TDAH. Guía para padres sobre los trastornos de déficit de atención con hiperactividad. Mexico. Norma.

Dennison E,(2003). Aprender mejor con gimnasia para el cerebro. Mexico. Pax.

Elías C.(2005). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México. Trillas.

Garza G. (2005). Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos. Guía para médicos padres y maestros. México. Trillas.

Gomar, Mandil y Bunge,(2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina. Polemos.

Harre R. y Lamb R. (1992). Diccionario de psicología social y de personalidad. España. Paidós.

Izquierdo A,(1996). Como educar a los hijos. Terapia de conducta. Madrid. Mensajero.

Joselevich E, (2006). ¿Soy un adulto con ADHD?. Comprensión y estrategias para la vida cotidiana. Argentina. Paidos.

Kazdin A,(1996). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México. Manual Moderno.

Lara V, (2005). La comunicación en familia más allá de las palabras. España. Síntesis.

Mendoza E, (2003). ¿Qué es el trastorno por déficit de atención?. Una guía para padres y maestros. México. Trillas.

Miranda A, (2001). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Malaga. Aljibe.

Moyano J, (2004). Enfermos o singulares. Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Argentina. Lumen.

Martin G, (1999). Modificación de la conducta. ¿Qué es y cómo aplicarla?. México. Manual moderno.

Olivares y Méndez, (2005). Técnicas de modificación de conducta. Madrid. Biblioteca nueva.

Orjales, I. (1999). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. España. CEPE.

Pineda, Torres, López y Romano, (1987). Modificación de conducta en el niño. Programa de entrenamiento para padres. México. Trillas.

Rodríguez y Méndez, (2005). Técnicas de modificación de conducta. España. Nueva biblioteca.

Ruiz M, (2007). Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención. Textos Mexicanos.



Rickel A, (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. México. Manual Moderno.

Solloa G, (2006). Los trastornos psicológicos en el niño. México. Trillas.

Solzi R, (2008). Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención. Diagnostico tratamiento y orientación para padres y docentes. Argentina. Espacio.

Soutullo (2006). Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. España. Panamericana.

Sundel M y Stone S,(1990). Modificación de conducta humana. Introducción sistémica a los conceptos y aplicaciones. México. Limusa.

Young S y Bramham J,(2007). TDAH en adultos. Una guía psicológica para la práctica. México. Manual moderno.

# **Anexos**

## Anexo 1.

### Cinco Sentidos. (Chaparro, 2010).

Escribe preferencias para cada uno de los sentidos.

Me gusta mucho.

Ver

---

---

---

Oír

---

---

---

Comer

---

---

---

Oler

---

---

---

Tocar

---

---

---

## Anexo. 2.

Esta actividad permitirá ubicar los propósitos del taller.

Contesta de manera verbal o escrita las siguientes preguntas.

1.- ¿Se las razones por las cuales estoy aquí?

---

---

---

2.- ¿Qué me gustaría aprender?

---

---

---

3.- ¿Qué me gustaría que no ocurriera en el taller?

---

---

---

4.- ¿Qué me gustaría que ocurriera?

---

---

---

**Anexo 3.**

**Encuadre.**

Escribe aquí las reglas al taller.

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo.4

### Integración grupal.

Mochilas vacías. (Bello, 2010).

Mencionar la razón por la cual traes esos objetos y que significan para ti, respondiendo el siguiente cuestionario.

1.- ¿Qué objetos traigo?

---

---

---

2.- ¿Olvide algún objeto que comúnmente llevo conmigo?

---

---

---

3.- ¿Intencionalmente no quise sacar algo? ¿Qué es?

---

---

---

4.- ¿Cómo me sentiría si en algún momento lo que llevo en mi mochila desapareciera?

---

---

---

## Anexo 5.

### Ejercicios de relajación progresiva.(Orjales, 2010).

Sentado en una silla se realizara una relajación general, contrayendo y distensando por partes todo el cuerpo.

1. Estas sentado tranquilamente. Estas con los ojos vendados, no ves nada y no te preocupas por no ver nada. Estas tranquilo y a gusto.
2. Te voy a ir diciendo algunas cosas que tienes que hacer, cada vez que contraigas alguna parte de tu cuerpo que yo te diga, concéntrate en sentir la diferencia entre esta situación y la anterior.
3. Aprieta tu puño izquierdo, nota la tensión en la mano y el antebrazo, relájate.
4. Aprieta tu puño derecho, nota la tensión en la mano y el antebrazo relájate.
5. Dobla el brazo izquierdo hacia arriba, levanta la muñeca y estira los dedos levantados hacia el techo.
6. Lo mismo con el brazo derecho.
7. Tócate los hombros con los dedos, levanta los brazos, nota la tensión de los brazos relájate.
8. Arruga la frente todo lo fuerte que puedas. Relájate.
9. Aprieta los ojos con fuerza. Nota la tensión en toda la cara.
10. Aprieta los labios con fuerza. Nota la tensión en el cuello a la barbilla.
11. Coloca la cabeza hacia atrás. Presiona con fuerza y relájate.
12. Arquea la espalda. Relájate.
13. Toma mucho aire, retenlo en el pecho y en la espalda, déjalo ir lentamente.
14. Tensa el estómago con fuerza relájate
15. Tensa los glúteos haciendo presión sobre la silla. Relájate.
16. Estira las piernas y contráelas con fuerza, relájate.
17. Levanta hacia arriba los dedos de los pies. Nota como la tensión sube por la pierna. Relájate.

**Anexo.6.**

**¿Qué son los límites?**

Describe lo que entiendes por límites.

---

---

---

**Anexo 7.**

**Listado de límites en casa y escuela.**

---

---

---

---

---



## **Anexo 8. Programa educativo de prevención escolar. SEP**

- Con relación a la importancia de ser ordenado, se introducirá la actividad preguntando, como se siente cada uno cuando su cuarto o salón de clases esta desordenado y que importancia tendrá el ordenar sus juguetes, ropa, libros y cuadernos.

“Los conflictos de Pedro y Miguel”.

Pedro y Miguel son dos hermanos a los que les gusta mucho jugar, como tienen edades parecidas 6 y 8 años, siempre están jugando y se divierten mucho. Cuando están en casa suelen jugar en su recamara.

Pero tiene un problema. A Pedro le gusta guardar los juguetes en su sitio después de jugar, coloca la ropa en el closet, guarda los zapatos. Dice que de esta forma no le molestan las cosas al moverse por la recamara y además encuentra todo rápidamente.

Sin embargo a Miguel: le gusta llegar a su recamara ponerse cómodo y jugar, sin perder el tiempo en guardar la ropa en su sitio, ni ordenar los juguetes al terminar, pues dice que, para que los va a guardar si mañana va a jugar con ellos, Miguel le dice continuamente a sus hermano “¡Ay Pedro!” ya estas otra vez con las tonterías de ordenar la recamara...

Una vez leída la narración los niños contestaran las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el problema de Pedro y Miguel?
2. ¿Quién de ellos cree que tiene la razón? ¿Por qué?
3. ¿Cómo podrían solucionar su problema?
4. ¿Tú qué harías si tuvieras un hermano como Miguel?
5. ¿Con que personaje te identificas?

## **Anexo 9.**

### **Un viaje en el tren (Chaparro, 2010).**

Se pide a los participantes que adopten una postura cómoda, se darán las instrucciones necesarias y se ira narrando de manera pausada, dando espacio entre cada espacio con una voz suave, se pide a los participantes que cierren los ojos y que vayan imaginando todas las situaciones de la narración.

Te vas de viaje, aboradas el tren, viajas solo tú. Tu asiento esta junto a una de las ventanas, puedes observar todo el paisaje, es un tren antiguo, pero está en buenas condiciones y muy cómodo, tu asiento es muy suave y con una textura agradable, la temperatura es ideal, ni frio, ni calor, fijate en todo lo que rodea el vago, los carteles, las cortinas, continua respirando

profundamente uno... dos... tres... cuatro permite que tus pulmones se llenen de aire, para después sacarlos uno... dos... tres...

El tren a comenzado su marcha lentamente, puedes sentirlo, no necesitas ningún equipaje, respira tranquilo, al principio estuviste un poco nerviosos pero ahora estas muy a gusto, respiras lentamente, por tu nariz para después dejarlo salir por tu boca, el tren comienza a tomar velocidad.

El paisaje está en construcción, edificios grises, montones de fábricas, no resulta muy bonito sin embargo a ti te da una sensación de tranquilidad el movimiento del tren y su música suave te arrullan, llevándote a un estado de somnolencia.

Fíjate en todos los detalles de tu alrededor, mientras tanto respiras lentamente, respira por la nariz y deja salir el aire por tu boca profundamente...

Comienzas a dejar el paisaje de la ciudad, para adentrarte en el campo, donde predominan los tonos verdes... hay riachuelos y grandes zonas repletas de árboles, sigue respirando hazlo profundamente, siente el aire puro llenando tus pulmones y llegando a todos los rincones de tu cuerpo, ahora el paisaje ofrece tonos dorados, campos de trigo...

Te acercas al mar el paisaje es más hermoso, hacia donde mires te encuentras en ese mar de tonos ocre y amarillos, continuas respirando profundamente, inhalas por la nariz y continuas sacando el aire por la boca lentamente.

El tren se aproxima a su destino, hay otros trenes esperando su hora de partir... ahora abre tus ojos lentamente y continua en tu lugar.

## **Anexo 10.**

### **Ejercicios de motricidad. (Dennison, 2003).**

los participantes pueden permanecer sentados o de pie, y el instructor se encontrara al frente y de espaldas hacia los niños.

Con la mano derecha voy a tocar mi fosa nasal izquierda, y con la mano izquierda mi oreja derecha y cambio es decir, con la mano izquierda, toco mi fosa nasal derecha, y con la mano derecha mi oreja izquierda.

Con el pie derecho voy a tocar mi tobillo izquierdo y con mi mano izquierda toco mi rodilla derecha.

Para el siguiente ejercicio los niños se encontraran en parejas y uno frente a el otro realizaran los ejercicios ya realizados de manera cruzados, (es decir en el compañero).

## **Anexo11.**

### **Marcha cruzada. (Chaparro, 2010).**

Estando de pie se les pide a los participantes que estiren su brazo derecho y pierna izquierda, a continuación su brazo izquierdo y la pierna derecha, se les pide a los niños que toquen con la mano derecha, la rodilla izquierda, después que toquen con la mano izquierda, la rodilla derecha a continuación, coloquen sus brazos hacia arriba y los doblen las rodillas, después bajar sus brazos y estirar las rodillas. Deben brincar hacia la derecha y hacia la izquierda, se les pide que se sienten en la silla y que muevan los brazos hacia la derecha y doblen las piernas hacia la izquierda y viceversa, finalmente respiran profundamente tres veces.

## **Anexo 12.**

### **Relajación: “Estira y afloja” (Chaparro, 2010).**

Este ejercicio debe practicarse en una silla en una postura cómoda, con la columna recta y sin tensar las piernas, se les pide a los participantes que tensen los músculos de los pies, que junten sus talones, luego las pantorrillas y la parte superior de las piernas, a continuación se les pide que tensen los glúteos, el abdomen, pecho y los hombros, que aprieten los puños, que crucen sus brazos, que tensen los músculos de su cuello, su mandíbula sus ojos y el ceño. Una vez todo el cuerpo en tensión, se les pide que tomen aire y lo retengan por 10 segundos, después de 10 segundos se les pide que exhalen y aflojen el cuerpo.

### **Anexo 13.**

#### **Marionetas. (Chaparro, 2010).**

Se instruye a los participantes para que cada vez que el diga “tiesos”, ellos adopten una postura rígida estando de pie y cuando les diga “flojos”, ellos se dejen caer de la cintura hacia abajo balanceando los brazos, este ejercicio este combinado con la respiración es decir, cuando los participantes se encuentren en la postura de “tiesos”, aspiran aire y los detienen en los pulmones, cuando pasan a la posición de 2 “flojos”, sueltan el aire.

### **Anexo 14.**

#### **La historia de mi amiga Rosa.**

\*Se leerá la siguiente narración a los niños.

Rosa es una niña de 10 años, es muy cariñosa y tiene buenas amigas. Su madre tiene que despertarla varias veces para ir a la escuela, ya que por la noche nunca quiere irse a dormir a su hora. Como va con prisa, desayuna cualquier cosa, o no desayuna y a menudo llega tarde a la escuela.

A Rosa siempre se le olvida algo en casa, ya que no suele mirar el horario de clases y por eso siempre le falta algún libro, pierde los lápices, las plumas y tienen que pedir a sus compañeros cada vez que los necesita.

Constantemente no copia la tarea y en el salón de clases deja las actividades incompletas. En los primeros exámenes reprobó Matemáticas y Español, Rosa dice casi todo lo dejó para el último momento, el cuarto de Rosa es un desastre, mezcla la ropa sucia con limpia y aunque hace la cama todos los días, se amontonan debajo de ella, zapatos, juguetes, libros y otras chácharas, discute con su madre por ese motivo.

Rosa quería estudiar guitarra, le compraron un instrumento y se apuntó en una academia, pero se aburrió enseguida y no quiso ir más porque le daba flojera.

Preguntas de reflexión para los libros:

¿Qué debería de hacer Rosa para no llegar tarde a la escuela?

¿Cómo debería arreglar su cuarto en desorden?

¿Por qué reprobó los exámenes?

¿Por qué se aburrió Rosa en su clase de música?

**Anexo 15.**

Registro de conducta							
Conductas que se desean modificar	Días de la semana						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo