



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“INTERVENCIÓN OPORTUNA PARA PADRES DE
FAMILIA CON HIJOS DE TDAH EN EDAD ESCOLAR”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

GLORIA STEFANI GONZÁLEZ BANDERAS

DIRECTORA DE TESINA

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

Comité de Tesis

Dra. Lucina Isabel Reyes Lagunes

Dr. Rolando Díaz Loving

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Mtra. Miriam Camacho Valladares



Ciudad de México

2017



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.

AGRADECIMENTOS

Primeramente mi mayor agradecimiento es a Dios y al Universo por la vida y por permitirme llegar a la culminación de este trabajo.

A mi mamá Rosa María por siempre apoyarme incondicionalmente, por su tenacidad y veracidad con la educación que me procuro y aún lo sigue haciendo.

A mi papá Juan por estar al pendiente de mí y sobre todo por la disciplina de me inspiro para seguir.

A mi hermano Juan José por siempre compartir su prosperidad y tranquilidad y ser un inspirador para perseguir sueños.

A mi esposo Abraham por apoyarme siempre, por ser cómplice, amigo por ocuparse de mí y de nuestro hijo.

A mi hijo Dastan Emmanuel por su entendimiento, alegría, júbilo y paciencia.

A mi familia Banderas tías y tíos que siempre han estado al pendiente de mi y alentado para cumplir mis metas.

A mi familia González tías y tíos por su amor y comprensión.

A mi Directora de Tesina la Dra. Sofía por siempre confiar en mí, porque jamás me soltó y siempre fue persistente conmigo.

A mi Abuelita Tere porque me sigue brindando amor, por ser siempre mi cómplice, por ser una mujer valiente que se atreve y enfrenta cualquier situación, por ti Abue (QEPD).

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
1.- CAPITULO I	9
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	9
1.1.2.- Aparición del Término de TDAH.....	10
1.1.3.- Definición	13
1.1.4.- Desarrollo de la atención	14
1.1.5.- Etiología.....	15
1.1.5.1.- Factores Asociados.....	17
1.1.5.1.1.- Componente genético	18
1.1.5.1.2.- Factores psicosociales.....	20
1.1.5.1.3.- Receptores y Neurotransmisores asociados con el TDAH.....	21
1.1.5.1.4.- Estructuras y circuitos cerebrales implicados	22
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	24
1.2.- Criterios Diagnósticos del DSM-IV	24
1.3.- Criterios Diagnósticos del CIE-10	25
1.4.- Diagnóstico Diferencial.....	27
1.5.- Problemas Asociados	28
2.- CAPITULO II.....	29
2.1 LA FAMILIA Y EL NIÑO.....	29
2.2 Tipos de familia.....	33
2.2.1 Prevalencia del TDAH en diferentes familias.....	34
3.- CAPITULO III.....	38
TEORÍA Y MODELOS DE INTERVENCIÓN	38
3.1.- Teoría conductual.....	38
3.1.1.- Modelo conductual	39
3.1.2.- Autocontrol	39
3.1.3.- Técnicas de Modificación de la conducta.....	40
3.2.- Teoría cognitiva.....	42

3.2.1.- Modelo cognitivo	45
3.3.- Terapia cognitivo-conductual	47
3.3.1.- Modificación Cognitiva-Conductual (CBM)	49
3.3.1.1.- Entrenamiento en autoinstrucciones	50
3.4.- Pautas de intervención	51
4.- CAPITULO IV	53
INTERVENCIONES	53
4.1.- México	53
4.2.- Intervenciones Psicológicas	55
4.2.1.- Terapia Conductual	55
4.2.2.- Tratamientos Psicosociales	55
4.3.- Intervenciones Pedagógicas.....	56
4.4.- Intervenciones Farmacológicas.....	58
4.5.- Intervenciones Complementarias	61
IV PROPUESTA	63

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es proponer un taller que logre minimizar los síntomas del TDAH en niños en edad escolar brindando las herramientas necesarias para que los padres lo lleven a cabo. Por medio de este taller de intervención oportuna dirigida a padres de familia con hijos con TDAH en edad escolar, se espera que haya no solo conocimiento, sino entrenamiento en el tratamiento y aproximación a este tipo de población, tanto en los niños como en los padres. Si bien existen numerosos tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos es importante que los padres de familia tengan no sólo información teórica, sino también práctica. Ya que la mayoría del tiempo los niños se encuentran en casa y con los papás, bajo esta perspectiva, que mejor que ellos integren a sus hijos en las áreas escolar y social, siempre con el apoyo de los tratamientos psicológicos y farmacológicos. De esta forma, al proveer a los padres de familia con actividades, ideas e información y que tengan todo el conocimiento para que sepan intervenir con sus hijos, dará una mayor pauta a mejorar tanto aspectos conductuales, como emocionales y cognoscitivos; por otro lado cada niño y familia son diferentes y las situaciones que puedan vivir, requieren ser individuales; es decir el trastorno puede generalizar, sin embargo, con cada tratamiento habrá una evolución diferente dependiendo al niño, la familia y los tratamientos adicionales con que se estén apoyando.

De esta manera se espera que el taller brinde todas las herramientas que requieran los padres para intervenir en casa sin necesidad de que haya un especialista presente; cabe mencionar que siempre se necesita la supervisión del especialista este puede ser a distancia, mediante ejercicios y técnicas desarrolladas en el taller.

ABSTRACT

The objective of this work it is to propose a workshop that can minimize the symptoms of TDAH in school age kids bringing the parents the necessary tools to accomplish it.

By means of this workshop for timely intervention geared towards the parents of children with TDAH in school age it is expected not just knowledge but also training and approaching about this treatment

As known there are lots of pharmacological and psychological treatments, it is important that the parents have not only theory information but also practical. Because more of the time the children are in their home with the parents about this perspective, how better than the parents to integrate their children on the school and the society with the help of both treatments mention above.

In this way helping and giving the parents information, activities and ideas providing them the knowledges in way to intervene with their kids, it would help to improve aspects like behavioral, emotional and cognitive. It is important to mention that every family and every child are different and also all the situations that they deal with are, so it is important to manage individually, it means that the disorder can be general but the treatment can result different depends of the children, the family, and the additional treatments they are learning on. So that this workshop is designed to bring the parents all the necessary tools to intervene at home and not necessary have an specialist there, but is important to know that this treatment needs the supervision of a specialist and it can be from distance, with exercise or with developed techniques at the workshop.

INTRODUCCIÓN

El trastorno déficit de atención con hiperactividad, es un trastorno neurobiológico con características que incluye: hiperactividad, impulsividad y distractibilidad. Es más común en hombres y aparece en edad temprana. Muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales, por obvias razones impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.

Aún no se sabe con exactitud el origen de este trastorno, sin embargo, existen diferentes factores genéticos, neurológicos, sociales, entre otros que afectan el desarrollo del niño. Las áreas principalmente afectadas son la académica y social, se requiere de un tratamiento completo y fundamental que sea constante, con apoyo psicológico, psiquiátrico, pedagógico y familiar; todas las áreas en un mismo fin intervenir oportunamente en el infante.

Muchos padres de familia tienen poco conocimiento de cómo apoyar a sus hijos en casa o bien sin que este necesariamente presente un especialista. Es decir que los papás apoyen directamente a sus hijos con actividades divertidas y creativas y que puedan ser llevadas a cabo en casa. Es importante no dejar a un lado ningún tratamiento, al contrario, sumar la intervención oportuna del niño.

Debido a la importancia que tienen los padres en el tratamiento que tienen los niños con este trastorno, este trabajo propone un Taller para la intervención oportuna para niños con TDAH en edad escolar con actividades dirigidas a padres de familia y niños con TDAH.

De ahí este trabajo propone cinco capítulos que van describiendo el trastorno, la familia, los diferentes modelos de intervención, las intervenciones que se han desarrollado, finalizando con la propuesta del taller

Es así el primer capítulo, describe los antecedentes históricos respecto a la aparición del término TDAH, desarrollo de la atención, algunos factores asociados

como el genético, receptores, neurotransmisores y circuitos cerebrales asociados al trastorno. Se mencionan los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10; así como el diagnóstico diferencial y algunos de los problemas asociados.

En el capítulo dos se encuentra el área familiar, la relación con el niño, los tipos de familia y la prevalencia que hay de niños con TDAH en las diferentes familias. Cabe mencionar que es importante la relación y el desarrollo de la madre con su hijo es por eso que se desarrolla más en este tema.

En el capítulo tres se desarrollan los modelos de intervención y teorías que desarrollan el proceso de intervención como métodos de apoyo y prevención; siendo más específicos la intervención en México con diferentes tratamientos que suman para la calidad de vida del infante con TDAH.

Por último el capítulo cuatro hace la propuesta del taller en donde se desarrollan 10 sesiones de 2hrs. Cada una; con el objetivo de que los padres lo lleven a cabo, para la intervención debidamente, así como evitar consecuencias en los diferentes espacios, como escuela, familia y ambiente social; con actividades creativas apoyando la memoria, atención, seguimiento de instrucciones, autocontrol, entre otras.

Es importante señalar que el taller es una estrategia de apoyo; el taller no soluciona, sin embargo las habilidades que se desarrollen con base a las actividades se pueden llevar a cabo para la disminución de los síntomas, con el objetivo también de que la población tenga un mayor alcance. La disminución de síntomas dependerá de cada niño y de cada padre, ya que cada uno actúa de diferente forma.

1.- CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los tiempos han ido cambiando y con ello los conceptos, términos y actualizaciones de investigaciones, mediante las exigencias de la población, la socialización, cultura y herencia de la humanidad.

Scharfetter, en su introducción a la Psicopatología General (1977), incluye un capítulo sobre "Atención y concentración". En él define la atención como la "orientación (activa o pasiva) de la consciencia hacia algo que se experimentó. Concentración, es la persistencia concentrada de la atención". A partir de esta definición ofrece la siguiente clasificación de los trastornos atencionales:

1. Falta de atención y trastorno de concentración.- Se define como incapacidad o capacidad disminuida para enfocar, concentrarse y orientarse hacia un objeto. Se trata de un trastorno de la capacidad de prestar atención persistente a una determinada actividad, objeto o vivencia. Lleva consigo una intensa distraibilidad y falta de concentración.
2. Estrechamiento de la atención.- Definida como concentración sobre unas pocas cosas.
3. Oscilación de la atención y de la concentración.- Se refiere a alteraciones en cuanto a la duración de la atención. Esta oscila con arreglo al interés, a la participación personal de un sujeto en un objeto, etc. (Belloch, Ramos, Sandín, 2008)

Por más de cien años, se ha reconocido que los niños extremadamente hiperactivos tienen problemas conductuales. En la década del setentas, los médicos admitieron que los niños hiperactivos también tenían problemas graves para "prestar atención". Los investigadores de la década de los ochenta descubrieron que algunos niños presentaban problemas graves de atención, pero pocos o ningún problema de hiperactividad. Es a partir de entonces que se comienza a hablar de dos tipos de trastorno por déficit de atención: con o sin hiperactividad.

1.1.2.- Aparición del Término de TDAH

Los trastornos por déficit de atención se han descrito en la literatura desde los años treinta. El antiguo término disfunción cerebral mínima, usando conceptos actuales, hace referencia a los niños identificados sus PA; hiperactividad, distractibilidad, impulsividad y dificultades sociales y emocionales, ahora, los problemas de aprendizaje se consideran un trastorno neurológico que afecta el proceso de la comprensión o del uso de lenguaje oral o escrito, y se caracteriza por una habilidad imperfecta para oír, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o resolver ejercicios matemáticos (Silver, Thomas, 1990)

El trastorno que actualmente conocemos como déficit de atención, hiperactividad, fue descrito por primera vez por un médico alemán llamado Heinrich Hoffmann en 1854. Desde entonces, muchos autores han estudiado este síndrome que aparece a una edad temprana, que es más común entre los varones y que se manifiesta por un patrón de síntomas que incluye: hiperactividad, impulsividad y distractibilidad.

En 1902, Still, un famoso pediatra británico, describió un grupo de niños que tenían lo que él llamo “un defecto del control moral”; estos niños tenían serias dificultades académicas sin presentar un impedimento general del intelecto ni un trastorno físico. En 1929, después de una epidemia de encefalitis letárgica, algunos de los niños que se recobraron de la enfermedad presentaban un síndrome de conducta hiperactiva, que se definió como “impulsividad orgánica”. Brandley, en 1950, fue el primero en emplear anfetaminas en el tratamiento, al descubrir que dentro del grupo de pacientes que él atendía había un subgrupo con hiperquinesia y distractibilidad que respondía de manera paradójica a los estimulantes.

Strauss y Lethinen, en 1947, plantearon que la conducta hiperactiva era el resultado de un daño cerebral manifiesto o supuesto y denominaron el trastorno como síndrome de daño cerebral; posteriormente, Laufer y Denhoff, en 1957, fueron los primeros en hacer una descripción sistemática del síndrome hiperquinético y en establecer la exigencia de un componente fisiológico, en una época en la que se

hacía énfasis en los factores psicodinámicos para explicar la psicopatología infantil. Estos autores explicaron que el síndrome era consecuencia de un efecto en el funcionamiento de un conjunto de estructuras subcorticales que incluían el tálamo, el hipotálamo, el subtálamo y el epitálamo y concluyeron que el problema no se debía a un daño cerebral sino a una disfunción.

En 1966, gracias a las aportaciones de Clements, se logró cambiar el término *daño cerebral* por el de *disfunción cerebral*, puesto que no era posible localizar un daño, y así se acuñó el término *disfunción cerebral mínima*, que prevaleció durante muchos años y que fue descrito en una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos Neurológicos con 10 características citadas en orden de mayor a menor frecuencia:

1. Hiperactividad.
2. Dificultades perceptomotoras.
3. Labilidad emocional.
4. Déficits en la coordinación general.
5. Desórdenes de atención (lapsos de atención cortos, distractibilidad y perseverancia)
6. Impulsividad.
7. Desórdenes de la memoria y el pensamiento.
8. Problemas de aprendizaje en lectura, aritmética, escritura u ortografía.
9. Dificultades del habla y audición.
10. Signos neurológicos equívocos e irregularidades neurológicas.

En esta descripción todavía no se distinguía entre los niños que cursaban únicamente con problemas de aprendizaje de los que padecían lo que hoy conocemos como trastorno de déficit de atención, hiperactividad, o TDA-H. De esta manera, muchos de los niños que presentaban problemas académicos eran fácilmente diagnosticados como “disfunción cerebral mínima”.

En 1968, en el Manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM III) se distinguió por primera vez la “reacción hiperquinética de la niñez” como

un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos, especialmente en niños pequeños, y se planteaba que los síntomas generalmente desaparecían en la adolescencia.

Durante los años setenta, la investigación sobre este trastorno arrojó datos que sugerían la necesidad de considerar la inatención y la impulsividad como los problemas más profundos y crónicos del trastorno. Con este planteamiento surgió en 1980 el DSM III, en que se describió el trastorno por déficit de atención, hiperactividad (TDA-H), como un problema relacionado con la atención y la impulsividad, en donde los síntomas de hiperactividad podían o no estar presentes. En 1987, en el DSM III-R se vuelve a considerar el trastorno en forma unidimensional; con esta visión, los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad se podían presentar en diferentes grados. En esta versión del manual se agrupó el trastorno por déficit de atención, hiperactividad, junto con los trastornos de la conducta perturbadora, y el diagnóstico se hacía con base en 14 descripciones conductuales sin que necesariamente éstas tuvieran que reflejar dificultades en la atención, impulsividad e hiperactividad.

Por su parte, la comunidad psiquiátrica europea, y especialmente la británica, sostiene que los niños con TDA-H no son esencialmente diferentes de los niños que presentan trastornos de conducta y consideran que tienen el mismo desorden pero con diferente grado de severidad. Abbikoff y Gittleman, en 1985, encontraron que 50% de los pacientes con TDA-H desarrollaban trastornos de conducta en la adolescencia y, éstos, dos terceras partes presentaban abuso de alcohol o drogas. Más recientemente la Organización Mundial de Salud (OMS, 2003), en su manual diagnóstico CIE-10, postuló que la hiperquinesia y la inatención son los síntomas centrales del trastorno. Este planteamiento es muy similar al del DSM IV en el que también se considera el TDA-H como bidimensional.

A partir de 1980 aparecieron estudios que mostraron que existía el TDAH sin hiperactividad y que se podían definir tres subtipos: inatento, mixto e hiperactivo-impulsivo.

Este trastorno se entiende como un retraso de la maduración. Pero, para que podamos hablar de un problema de salud, los grupos de síntomas deben de presentarse en exceso y producir problemas de adaptación a la vida normal.

Por el tipo de síntomas que caracterizan estos trastornos en inatención, incapacidad de aguantar una actividad, etc.; a menudo las primeras llamadas de atención vienen por parte de los profesores (Solloa, 2010).

1.1.3.- Definición

Es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, en ocasiones hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta. Muchos niños y adolescentes con TDAH tiene dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales, por obvias razones impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.

Por lo general suele descubrirse en el aula, donde se espera que los niños estén sentados tranquilamente y presten atención al profesor o que trabajen sin interrupción en un tema. La incapacidad de algunos niños para cumplir estas expectativas se hace entonces evidente. Les cuesta trabajo aplazar sus respuestas, actúan irreflexivamente, a menudo tienen comportamientos temerarios e impetuosos y se dejan invadir por otras actividades que interfieren en las tareas que están llevando a cabo.

El TDAH puede perjudicar gravemente la educación de un niño y la de los otros niños de su clase (Brown, 2003).

A menudo se observa a los tres años de edad, pero no se diagnostica hasta que el niño asiste a la escuela (6/7 años).

Existen 3 tipos de evolución:

1. Remisión y desaparición en el momento de la adolescencia.
2. Persistencia completa hasta la edad adulta aparecen complicaciones como fracaso escolar o conductas de exclusión (personalidad antisocial).
3. Persistencia parcial de las dificultades de atención de la impulsividad, pero desaparición relativa de la hiperactividad (tipo residual) (Ajuriaguerra & Marcelli; 1996).

1.1.4.- Desarrollo de la atención

La persistencia y estabilidad de los problemas atencionales proporcionan un valor primario y discriminativo a este síntoma, frente a otros, como la actividad motriz excesiva, que si bien caracteriza el trastorno hiperactivo, tiende a desaparecer con el transcurso del tiempo.

Para mayor comprensión del alcance de los trastornos de la atención vinculados a la hiperactividad, puede ser útil la referencia de desarrollo normal del control atencional, en el que podemos distinguir varias etapas (Vega, 1988).

Hasta los dos años de edad, la atención está controlada y dirigida por determinadas configuraciones estímulos, no existiendo control voluntario por parte del niño.

Entre los dos y cinco años, aparece el control voluntario por parte del niño de la atención. El niño puede centrarse ya de forma selectiva en algunos aspectos de la estimulación externa, pero su atención aún está dominada por las características más centrales y salientes de los estímulos; de ahí, que en cierta forma, continúa estando dirigida desde el exterior.

A partir de los seis años, se produce un cambio notable. El control de la atención pasa a ser interno. El niño ya es capaz de desarrollar estrategias para

atender selectivamente aquellos estímulos que él considera relevantes para la solución de determinados problemas, independientemente de que constituyen o no los aspectos más centrales de la estimulación externa.

Los resultados de estudios experimentales realizados con sujetos hiperactivos demuestran que estos procesos están alterados (Barkley, 2011). Por una parte, en términos generales, se puede afirmar que estos niños presentan dificultades para centrar su atención durante períodos de tiempo continuado. Por otra parte, el proceso de evolución no llega a estar controlado por estrategias internas, que ayudarían al niño a centrarse de forma selectiva en aquellos aspectos pertinentes para la solución eficaz de los problemas; por el contrario, el proceso atencional continua estando dirigido por la estimulación externa.

Estas dificultades se intensifican en las situaciones grupales, ya que dichas situaciones exigen atención más sostenida y selección para poder manejar la gran cantidad de información que se genera (Coll, Marchesi & Palacios, 1990).

1.1.5.- Etiología

La etiología es multifactorial, ya que influyen diversas variables; sin embargo, actualmente se cuenta con el conocimiento de algunos de ellos; es importante saber que ningún factor por sí solo explica el origen del trastorno (Vázquez, 2010).

Por otro lado se cree que el TDAH se origina por múltiples causas de diferente tipo y que cada una constituye en parte a que el trastorno se manifieste. A veces es necesaria solamente una causa muy fuerte, a veces la superposición de varias causas más débiles. La causa principal de que un niño tenga TDAH es la genética, las otras pueden tener lugar en diversos momentos del desarrollo del niño. Casi todas se producen durante el embarazo (prenatales) o cerca del nacimiento del niño (perinatales). Las causas más importantes de TDAH son:

- Causa genética: que el padre o la madre tengan TDAH multiplica por 8,2 el riesgo de tener TDAH.

- Bajo peso al nacer: multiplica el riesgo por más de 3.
- Adversidad psicosocial: multiplica el riesgo por 4.
- Consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo: multiplica el riesgo casi por 3.
- Consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo: multiplica el riesgo por algo más de 2.

Se postula que el origen del TDAH está en una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas.

La etiopatogenia del TDAH implica la interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales. El TDAH se considera un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos resultado de distintas combinaciones de los factores de riesgo que actúan al mismo tiempo. Diversos datos apoyan este modelo etiopatogénico, entre ellos el efecto beneficioso de los estimulantes y los modelos animales que implican las vías dopaminérgicas de gran relevancia en el funcionamiento del lóbulo prefrontal (Arnsten, 2006; Shaywitz, 1978).

Estudios volumétricos cerebrales han demostrado desviaciones en el desarrollo de las estructuras corticales en los sujetos con TDAH respecto a los controles. Estos estudios sugieren que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical más que una desviación en el desarrollo (Shaw, 2007).

Se estima que entre el 3 y el 7 por ciento de los niños en edad escolar y alrededor del 4 por ciento de los adultos padecen TDAH.

Los niños tienen una probabilidad diez veces mayor que las niñas de ser diagnosticados con TDAH, pero en la vida adulta la proporción es aproximadamente de 2 a 1, lo que sugiere que muchas niñas con este trastorno no llegan a ser diagnosticadas. Dada la variabilidad de los síntomas, -en algunos niños los síntomas son básicamente los de inatención, en otros, los de hiperactividad, y otros presentan síntomas mixtos-, la mayoría de los investigadores opinan que tiene más de una causa el diagnóstico, por lo cual suele ser difícil, ya que los síntomas no están bien definidos (Browen, 2003).

No se ha hallado ninguna causa biológica del TDAH. Sin embargo, la mayoría de los investigadores indican que la principal causa de TDAH son los genes heredados de los padres. En la actualidad, los científicos buscan qué genes, o combinación de genes, influyen sobre la manera en que el TDAH afecta el comportamiento de quienes padecen la enfermedad.

1.1.5.1.- Factores Asociados

Entre algunos factores ya mencionados como fumar, estar expuesto a sustancias alcohólicas. El nacimiento prematuro o experimentar estrés extremo durante el embarazo y lesiones cerebrales traumáticas también pueden contribuir al desarrollo del TDAH (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2007*).

Fundamentalmente se considera un trastorno de origen neurobiológico de carácter hereditario (Barkley et al., 1999).

Los estudios de Barkley et al. (1990), Biederman et al. (1992) y Pauls (1991) indican que los factores socioambientales pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas, en un peor pronóstico del TDAH y en el aumento del riesgo de presentar trastornos o problemas asociados (trastornos emocionales, conductas inadecuadas, dificultades de aprendizaje, etc.), pero estos factores raramente se pueden considerar como la causa que genera el trastorno (Mena et al., 2006).

Distintos investigadores han encontrado una incidencia superior de complicaciones prenatales (sangrados, toxemia, uso de medicamentos, entre otras), perinatales (prematuridad, anoxia, parto prolongado), postnatales (muy bajo peso, malformaciones menores, convulsiones) en las historias con déficit de atención con hiperactividad comparadas con las de los niños normales (Milberger, Biederman, Faraone & Jones, 1998), asimismo también se ha visto en diferentes estudios la repercusión de las circunstancias ambientales desfavorables (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Edy, Toro, Salamero, Castro, &

Hernández, 1999), incluso algunos estudios apuntan la importancia de variables protectoras como la coherencia intrafamiliar o la ausencia de conflictos familiares y la dedicación del tiempo suficiente a los niños con TDAH (Niederhofer, Hackenberg & Lanzendorfer, 2002; 2004).

Según Sagvolden y Sergeant (1998), las conductas impulsivas e hiperactivas que se observan en niños con TDAH son consecuencia de una alteración en el intervalo del gradiente de refuerzo, que tiene una pendiente más pronunciada de lo normal. El suceso de un estímulo ratificante puede reforzar la conducta que lo acaba de preceder. Por ejemplo, un poco de comida puede reforzar la conducta de presionar la palanca que acaba de hacer una rata, y una sonrisa puede reforzar los intentos de establecer conversación que hace una persona. Los estímulos reforzantes son más eficaces si siguen inmediatamente una conducta: cuanto mayor sea el aplazamiento menos eficaz será el refuerzo, Sagvolden y Sergeant sugieren que ciertas diferencias fisiológicas en el encéfalo de los niños aumentan la inclinación de la pendiente del gradiente de refuerzo (intervalo entre la respuesta y el refuerzo), lo que significa que el refuerzo inmediato es aún más eficaz en estos niños, pero incluso un ligero aplazamiento del refuerzo disminuye su eficacia.

Siguiendo a Sagvolden y Sergeant, en quienes tienen un gradiente pronunciado el refuerzo con un breve aplazamiento, será aún más eficaz y por tanto producirá un exceso de actividad. Por otra parte, estas personas tendrán menor predisposición a ocuparse en conductas a las que sigue un refuerzo demorado, como lo son tantas de nuestras conductas (especialmente las actividades escolares) (Browen, 2003).

1.1.5.1.1.- Componente genético

Se ha encontrado que un tercio de personas con TDAH tienen un familiar con el trastorno. Si el niño o adolescente tiene TDAH, sus hermanos tienen la probabilidad de padecerlo. Tienen un riesgo dos veces de padecer el trastorno que la población general. No en todos los hermanos se manifiesta de la misma manera.

Existe mayor presencia en hijos de alcohólicos y de padres con personalidad antisocial.

Existe evidencia científica de la importancia de los aspectos genéticos en el TDAH. En 20 estudios independientes realizados en gemelos, se han comprobado que la heredabilidad del TDAH es del 76% (Faraone *et al.*, 2005). Recientes estudios genómicos muestran la complejidad genética del TDA, que se ha asociado con marcadores en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17 (Faraone *et al.*, 2005, Smalley *et al.*, 2002). Faraone *et al.* (2005) han identificado 8 genes que se han investigado en al menos tres trabajos más; 7 de estos genes han mostrado una asociación estadísticamente significativa con el TDAH. Estos genes se relacionan con los receptores DR4, DR5 y el transportador de dopamina DAT), la enzima dopamina –hidroxilasa, el transportador (DBH) y el receptor 1B de la serotonina (HTR1B) y el gen asociado a la proteína sinaptosómica 25 (SNAP25).

Hay pruebas sólidas, aportadas tanto por estudios con familias como por estudios con gemelos, de que existen factores hereditarios en la probabilidad de que se llegue a padecer TDAH (Faraone & Biederman, 1994; Levy *et al.*, 1997). En su estudio con gemelos, Levy y colaboradores concluyen que <<el TDAH se entiende mejor como una conducta extrema que varía genéticamente en toda la población que como un trastorno con determinantes discretos (Browen, 2003).

Estudios recientes implican a mutaciones genéticas relacionadas con la neurotransmisión dopaminérgica (Swanson *et al.*, 2000; Smith, Daly, Fischer, Yiannoutsos, Bauer & Barkley, 2003) Los resultados más consistentes apuntan a las regiones del gen DRD4, DRD5 (que codifican al receptor de la dopamina) y DAT1 y DAT5 (que codifican el transporte de la dopamina).

Los estudios de familias, señalan en general que el TDAH tiene un componente hereditario. La evidencia para apoyar la base genética del TDAH se basa principalmente en la gran frecuencia de presentación en gemelos monocigóticos y dicigóticos. También se ha observado que los hermanos de niños con TDAH tienen el doble de riesgo de sufrir este trastorno que los niños de la población

general (Barkley Dupaul & McMurray, 1990; Biederman, Faraone, Keenan, Knee & Tsuang, 1990).

1.1.5.1.2.- Factores psicosociales

La familia es muy importante. Las vivencias que producen estrés psicológico, la pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad contribuyen a la aparición o a la persistencia de TDAH.

Factores predisponentes. Temperamento difícil del niño y exigencias sociales. Técnicas educativas inapropiadas como falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre los padres (Vázquez, 2010).

Se sabe que el TDAH ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

El TDAH está asociado con serias dificultades sociales, psicológicas (baja autoestima) y de aprendizaje, así como otros más complejos como fracaso académico, abuso de sustancias y delincuencia en la adolescencia y la edad adulta.

En consecuencia, este trastorno produce una demanda sustancial de servicios judiciales, de salud mental y de educación. La calidad de las relaciones sociales de estos niños y adolescentes con sus hermanos, compañeros, padres y otros adultos es pobre; como resultado de su agresividad, de atención a las normas sociales y de tendencia a atribuir motivos hostiles a los otros (Vázquez, 2010).

Como consecuencia, los niños y adolescentes son rechazados por los otros, y tratados de una manera negativa y controlada por sus iguales, profesores y padres. Sus familias experimentan estrés, sentimientos de incompetencia y discordias matrimoniales a causa de estas conductas socialmente perturbadoras (Vázquez, 2010).

1.1.5.1.3.- Receptores y Neurotransmisores asociados con el TDAH

Los neurotransmisores son mensajeros químicos que sirven para que las neuronas se comuniquen entre ellos por todo el sistema nervioso a través de unos receptores. Hay distintos neurotransmisores, unos excitan o activan la neurona, como la dopamina, la adrenalina o la noradrenalina; otros inhiben como GABA; y otros modulan o regulan, como la serotonina (SHT) cuando el neurotransmisor se une al receptor de la neurona 2, ésta se activa o manda el mensaje a la neurona 3; finalmente el neurotransmisor se desliga del receptor y se recicla, entrando en la neurona 1 para usarse otra vez.

Los estudios indican que en el TDAH hay problemas en los circuitos reguladores que comunican dos zonas determinadas del cerebro llamadas córtex prefrontal y ganglios basales. Estas áreas se comunican mediante la dopamina y la noradrenalina. Las medicinas que se emplean para tratar el TDAH son inhibidores de la recaptación de dopamina y/o noradrenalina, es decir evitan, que el neurotransmisor se recicle, por lo que aumenta el nivel de neurotransmisor que sigue activando la neurona 2 repetidamente (Soutollo Esperón, 2007).

El que se descubrieran antagonistas dopaminérgicos para reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia surgió la hipótesis de que la esquizofrenia se debe al exceso de actividad de la transmisión dopaminérgica. Del mismo modo, el metilfenidato, un agonista dopaminérgico, alivia los síntomas de TDAH ha sugerido la hipótesis de que este trastorno se debe a una falta de actividad de la transmisión dopaminérgica. La vía dopaminérgica mesolímbica desempeña un papel fundamental en el refuerzo, de modo que la sugerencia de que anomalías en la transmisión dopaminérgica intervienen en el TDAH parece razonable.

Algunos investigadores (incluyendo a Sagvolden y sus colegas) han apuntado que la anomalía se localiza exactamente en el mismo lugar donde opera el metilfenidato: los transportadores de dopamina. Estos se hallan en la membrana

presináptica de los terminales dopaminérgicos y se encargan de la recaptación de dopamina, que pone fin a la transmisión de dicha sinapsis. El metilfenidato disminuye la recaptación en la sinapsis dopaminérgicas bloqueando a los transportadores de dopamina.

Los estudios con TEP de los transportadores dopaminérgicos en el encéfalo de niños y adultos con TDAH han obtenido resultados mixtos. En unos (Doherty & et al., 1999; Dresel et al., 2000; Krause et al., 2000) se han encontrado signos de un aumento de número de transportadores de dopamina y una reducción de su cantidad tras la administración de metilfenidato. Sin embargo, en un estudio de van Dick et al. (2002) no se encontraron diferencias en el número de transportadores en el encéfalo de pacientes con TDAH.

La administración de agonistas dopaminérgicos tales como anfetaminas, situó de nuevo su nivel de actividad en los valores normales. Estos resultados parecen contradecir la hipótesis de que una actividad excesiva de transportadores de dopamina es la razón de los síntomas de TDAH (Browen, 2003).

1.1.5.1.4.- Estructuras y circuitos cerebrales implicados

A nivel estructural, en la población pediátrica con TDAH se han encontrado volúmenes significativamente inferiores a nivel de la corteza prefrontal dorsolateral y regiones conectadas con ésta, como el núcleo caudado, el núcleo pálido, el giro cingulado anterior y el cerebelo (Castellanos, 2002, Seidman et al., 2005) los estudios de neuroimagen funcional, especialmente en adultos, también implican de forma consistente a la corteza prefrontal y al cíngulo anterior (Bush et al., 2005, Pliszka et al., 2006).

En 1999 Castellanos declaró que el TDAH “no es simplemente un déficit de atención, un exceso de actividad locomotora o su simple conjunción”. Observó que “la abstracción unificadora que mejor abarca las facultades que están afectadas principalmente en el TDAH se ha denominado función ejecutiva, que es un concepto

en evolución. La mayoría de los investigadores está de acuerdo en que se debe utilizar el término para referirse a los circuitos del encéfalo que priorizan, integran y regulan otras funciones cognitivas. De este modo las funciones ejecutivas gestionan las funciones cognitivas del encéfalo; constituyen el mecanismo de la “autorregulación” (Vohs & Baumesiter, 2004).

La compleja función del encéfalo precisa y tiene una gestión dinámica e integrada de sus redes componentes. Algunas redes neurales, unas en la corteza prefrontal, otras en la región límbica, otras en el cerebelo y otras distribuidas de forma más general, sirven para coordinar e integrar las funciones cognitivas del encéfalo (Brown 2005^a; Fuster, 2003; Gaffan, 2005). Estas redes de gestión actúan rápidamente, en un intervalo de milisegundos, habitualmente fuera del dominio de la conciencia. Son inconscientes, en el sentido de “autorregulación automática” descrito por Fitzsimons y Bargh (2004) y Hassin et al. (2005).

Willcutt et al. (2005) realizaron un meta-análisis de 83 estudios que administraron medidas neuropsicológicas de función ejecutiva a grupos de niños y adolescentes con y sin TDAH. Sus análisis indicaron que el grupo con TDAH, en comparación con el grupo que no tenía TDAH, tenía un deterioro significativo de medidas neuropsicológicas de inhibición de la respuesta, vigilancia, memoria de trabajo y planificación, aunque estas diferencias no se encontraron de forma homogénea en pacientes con TDAH. En conclusión el deterioro de la función ejecutiva es simplemente un trastorno asociado que se encuentra en algunas personas con TDAH, aunque no en todas (Brown, 2009).

Los estudios de la estructura cerebral con sujetos con TDAH no han revelado una anomalía localizada, aunque el volumen total de su encéfalo sea aproximadamente un 4 por ciento más pequeño de lo normal (Castellanos et al., 2002). No obstante, un método especial de neuroimagen funcional que estima la volemia (o volumen sanguíneo) en diversas regiones del encéfalo puso de manifiesto una disminución de la volemia en los ganglios basales y el vermis cerebeloso de niños con TDAH (Teicher et al., 2000; Anderson et al., 2002) (Brown, 2003).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1.2.- Criterios Diagnósticos del DSM-IV

No hay duda de que el TDAH es un trastorno que tiene una amplia distribución, el uso de criterios más precisos ha logrado la identificación de muchos casos, que anteriormente pasaban inadvertidos o se confundían con problemas académicos no específicos (Bratkley, 1998). Algunos estudios indican que la prevalencia podría ser más alta cuando se aplican los criterios del DSM-IV. Es importante especificar cada criterio y así tener un amplio conocimiento y diagnóstico específico.

F98.8. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]. Este subtipo se utiliza si han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad).

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A. (1):

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel desarrollo:

Desatención.

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

- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es recuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuido en las actividades diarias.

B. Algunos síntomas de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Las pautas diagnosticas del DSM IV son de 6/9 de desatención y/o 6/9 de hiperactividad impulsividad. Más sensible (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1995).

1.3.- Criterios Diagnósticos del CIE-10

Es uno de los sistemas de clasificación más referenciado se utiliza como guía para casos clínicos y en investigaciones como es el tema. Es esencial tener conocimiento de cada uno de los criterios tanto para el diagnóstico como para el tratamiento que se implementará.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.- Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-), pero no satisface el de F91- (trastorno disocial). Incluye: trastorno de déficit de atención, síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Excluye: trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1).

Al menos seis criterios de este grupo.

G1.1.- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.

G2.2.- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.

G1.3.- A menudo aparenta no escuchar lo que se dice.

G1.4.- Imposibilidad persistente para cumplir las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originadas por un comportamiento deliberado de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).

G1.5.- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.

G1.6.- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.

G1.7.- A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.

G1.8.- Se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.

G1.9.- Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias. (Clasificación de los trastornos mentales, 2003).

Lo que diferencia ambas clasificaciones son las pautas para el diagnóstico y no los criterios diagnósticos, siendo la CIE-10 más restrictiva al exigir que se cumplan seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad; correspondiendo el diagnóstico de la CIE-10 a un TDAH combinado y más severo que en la DSM IV; es decir, 6/9 de desatención más 3/5 de hiperactividad, más 1/4 de impulsividad. Más específico.

1.4.- Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales incluye prácticamente toda la psicopatología, desde la hiperactividad normal de niños pequeños hasta los trastornos más graves del desarrollo.

- Hiperactividad normal de los niños pequeños.
- T. reactivos (Adaptativos, T. Stress Postraumático).
- T. de Ansiedad.
- T. Humor.
- T. Generalizado del Desarrollo.
- Esquizofrenia y otros T. Psicóticos.
- T. Relacionado con Sustancias.
- Retraso Mental.
- C.I. Alto en contextos poco estimulantes.
- T. Negativista Desafiante y T. Disocial.
- T. del Aprendizaje.
- T. de Vinculación de la Infancia.

Algunos trastornos pueden ser también comórbidos, la posibilidad de ir añadiendo otros diagnósticos se deja a criterio clínico (si el trastorno no aparece solo en el curso de otro, si puede o no ser secundario, si produce un deterioro importante y merece ser atendido específicamente etc.) (Jara, 2009).

1.5.- Problemas Asociados

El siguiente cuadro muestra algunos problemas asociados al TDAH donde intervienen relaciones personales, académicas, estados de ánimo y de comportamiento; sin embargo, no es todos los casos van a intervenir todos, existe una variabilidad dependiendo cada caso (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Problemas asociados al TDAH*

Comportamentales.	Relaciones Personales.	Estados de Ánimo.	Dificultades Académicas.
<ul style="list-style-type: none">• Desafiantes.• Oposicionistas.• No respetan normas.• Pérdida de control ante exigencias.	<ul style="list-style-type: none">• Rechazo por el grupo de iguales.• Falta de habilidades sociales.• Etiquetados por el entorno social.• Baja tolerancia a las críticas.	<ul style="list-style-type: none">• Dominados por la desilusión.• Estado de ánimo decaído.• Baja tolerancia a la frustración.• Cambios bruscos de humor.	<ul style="list-style-type: none">• Planificación.• Procesamiento del pensamiento.• Memoria de trabajo.• Relaciones por espacios temporales.• Coordinación viso-motora.• Orden y pulcritud.

Cabe destacar que tienden a ser resistentes ante las adversidades y desarrollar la generosidad, les encanta ayudar y son capaces de hacer con las demás personas cosas que no son capaces de hacer para sí (Adahlgj, 2006).

2.- CAPITULO II

2.1 LA FAMILIA Y EL NIÑO.

Cuando se trata del “marco familiar”, se acostumbra hacer una referencia implícita a la familia occidental o, precisando más a la familiar nuclear: el padre, la madre y los hijos. Es corriente hablar del padre y de la madre como si cada uno tuviera un rol universal equivalente. Ahora bien, sabemos positivamente y sus factores están íntimamente ligados a una determinada sociedad en un momento dado pudiendo ser patriarcales, matriarcales o sencillamente diferentes y no obligatoriamente malas porque no respondan a los cánones occidentales. E incluso habría que precisar el calificativo “occidental”. Además, se hablado muchas veces de la relación madre-niño (buena o mala) sin ninguna referencia a su entorno y especialmente el rol del padre del niño, esposo de la madre. Añadamos que la familia occidental nuclear clásica está actualmente en plena mutación.

Debemos comprender lo que sigue teniendo en cuenta estas restricciones. Arbitrariamente, tratemos de considerar los roles de los diferentes miembros de la relación triangular.

Según las investigaciones K. Abraham y Melanie Klein, el niño reacciona ya en una época precoz con angustia y hostilidad frente a su madre porque esta no puede satisfacer a todos sus deseos instintivos incluso se le da todo lo que es posible.

Según D. W. Winnicott, en la preocupación materna primaria, es necesario que la madre sea capaz de llegar a un estadio de hipersensibilidad, casi una enfermedad, para comprender a su bebé. Concede un valor especial a los cuidados maternos, al *holding* (Traducible por “conservación” o “mantenimiento”) que protege al niño de los riesgos psicológicos, tiene en cuenta la sensibilidad, comprende toda la rutina de los cuidados diurnos y nocturnos, así como la adaptación de los cambios debidos al crecimiento y desarrollo. Sin embargo, D. W. Winnicott piensa que “la

necesidad de un buen entorno (absoluto al principio) se convierte rápidamente en relativa. La madre ordinaria es suficientemente buena. Si lo es, el bebé llega a ser capaz de paliar las deficiencias de la madre, a través de su actividad mental. Está transformando un entorno bastante bueno en un entorno perfecto, es decir transforma una falta relativa de adaptación en una adaptación lograda. La facultad de comprensión del niño permite a la madre no ser del todo perfecta”.

En la familia nuclear “clásica”, la madre o su sustituto se presenta como un “alimento” absolutamente indispensable para el niño. La madre “normal” es la madre que acepta al niño como fruto de la naturaleza; lo alimentará para que se desarrolle, dependerá de él en la época en que tenga necesidad de esta dependencia y reparará ulteriormente su independencia para que procrea a su vez. El niño constituye todo su ser a sabiendas de que es fruto de la independencia que ella misma adquirió; así mismo constituye su alegría y placer de los que ella es, al mismo tiempo, el arquitecto, y siente que su oblatividad adquiere todo el sentido en la construcción.

Muchas veces se habla de la relación madre-niño como si el bebé reconociera la madre como tal. En realidad, el bebé es manejado por un sujeto portador de un deber tradicional y de una ritualización de la actividad mediante la cual contribuye a la subsistencia del niño. El que es objeto de cuidados puede sentirse o no satisfecho, la que los prodiga puede encontrarse a sí misma en el afecto, yendo en búsqueda de lo que se llama amor maternal. Pero a menudo, apoyándose en su fe y en las respuestas del niño la madre va a entablar un diálogo en que el amor expresará en forma de un diálogo tónico y de una erotización de la relación, de la que disfruta el niño y la madre. Es difícil definir la noción de niño deseado o no deseado porque, a veces, el no-deseado puede deberse a un no-poder, de ser una mala madre, pudiendo responder a la denegación inconsciente del no- deseo el niño pensado deseado. La hora de la verdad es aquella en que se confunden el niño que pide y la madre que encuentra las necesidades inconscientes de dar y recibir.

La importancia atribuida a la relación madre-niño en el transcurso en los primeros años hizo que el rol del *padre* haya sido minimizado a menudo en el marco familiar. El padre no actúa solo a través de su acción directa sobre el niño, es también un punto de referencia en la atmosfera familiar.

Para E. W. Winnicott, el padre es necesario en la causa:

1. Al principio para ayudar a la madre a sentirse bien en su cuerpo y feliz en espíritu.
2. Luego para sostenerla en autoridad, para hacerla la encarnación de la ley y el orden que la madre introduce en la vida del niño, a fin de no ser ella sola a dispensar al mismo tiempo el amor y la fuerza.
3. En fin, el padre es necesario para el niño a causa de sus cualidades positivas que lo diferencian de los otros hombres.

Según J. Laplanche, hay que tener en cuenta “la intervención del padre como ley, como elemento regulador que introduce una cierta medida y hace soportable la relación primitiva a la madre”.

Es evidente que el rol del padre es difícil porque representa al mismo tiempo para el niño un rival con relación a la madre y otro Si-mismo; sin embargo, puede ser objeto de amor, pues amor y celos no son contradictorios.

Para D. W. Winnicott, la unión del padre y de la madre proporciona al niño un hecho sólido alrededor del cual puede construir un fantasma, una roca a la que puede agarrarse y contra la que puede dar golpes. Proporciona además, una parte de los fundamentos naturales para una solución personal del problema de las relaciones triangulares.

En cuanto a la situación triangular se habla casi siempre de las aportaciones de los padres a los niños y no lo suficiente de lo que los niños aportan a los padres (J. de Ajuriaguerra, 2007).

La familia, como sistema, se caracteriza por la propiedad de totalidad, que denota que el sistema está formado por un grupo de personas, quienes forman conjuntamente un todo complejo y unitario. Esta postura teórica, en la que se sustenta este artículo, plantea que el todo se distingue de la suma de las contribuciones individuales de sus integrantes, por la estructura de sus reglas de relación, que determinan como los miembros de la familia interactúan unos con otros. Tal y como lo indican Anderson y Sabatelli (2002); O'Connor y McDermott (1998); Simon (1994) y, Watzlawick, Bavelas y Jackson (1993) la propiedad de totalidad, sugiere que, la unidad que existe en cada familia, puede ser entendida únicamente al entender las reglas de interacción que estructuran el sistema

Asimismo, la familia es una unidad social que enfrenta múltiples tareas de desarrollo, desempeñadas con base en los parámetros propios de cada cultura, pero, manteniendo raíces universales; siendo la familia es un nexo de intercambio diario entre sus miembros y entre éstos y ambientes externos, tales como el lugar de trabajo de los padres, la escuela de los hijos y otras instituciones de la comunidad; en este intercambio, los miembros de la familia son afectados y a su vez afectan a otros, específicamente los procesos psicológicos y emocionales en turno influyen y moldean patrones específicos de relaciones familiares (Larson & Almeida, 1999; Minuchin, 1995, Wood, Klebba & Miller, 2000).

De acuerdo a Minuchin (1986), la familia es un sistema abierto que presenta periodos de homeostasis y morfogénesis, que le permite autorregularse. La familia se conforma con subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno; en su interior sus miembros interactúan entre sí y por tanto se afectan unos a otros, siendo entonces que los conflictos familiares han de presentarse cuando existe una disfunción en las interrelaciones que establecen los miembros de la familia; es decir, que un conflicto individual en cualquiera de ellos es la manifestación de un conflicto familiar. La meta de la terapia estructural es establecer cambios en la interacción familiar de manera que ésta sea funcional, con base en el aquí y ahora (Barker, 1983; Martínez, 1986).

Umbarger (1983), Minuchin (1986) y Hoffman (1992) señalan que una estructura disfuncional tendría todas o algunas de las siguientes características: límites difusos y/o rígidos al interior y/o exterior del sistema, la jerarquía no sería compartida en el subsistema parental, presencia de hijo (a) parental, centralidad negativa, coaliciones, algún miembro periférico. Esta estructura posibilitaría la presencia de un síntoma en alguno de los miembros de la familia.

Para Minuchin (1986) la familia se desarrolló en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufrió variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las cuatro etapas son:

1. Formación de la pareja.
2. La pareja con hijos pequeños.
3. La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes.
4. La familia con hijos adultos.

Minuchin, también señala que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer en una misma etapa a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación (nacimiento de un hijo (a), crecimiento de los hijos (as) con lo que ello implica como puede ser ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela, alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, etc.). Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar.

2.2 Tipos de familia.

Las familias construyen e interpretan con significado y sentido sus particulares realidades cotidianas y experiencias de sí misma, de su identidad como grupo y la de sus integrantes, de sus relaciones y vínculos, funcionales roles, etc.,

así como de sus capacidades, recursos, limitaciones, dificultades o experiencias problemáticas (González, 2002).

Por tanto, cada familia interpreta de forma diferente con base a sus creencias, cultura, entre otras. La manera que ellos resuelven es de la misma forma, ya que sólo conocen su única visión.

Actualmente existe una diversidad de familias (por ejemplo, nucleares, extensas, monoparentales, mixtas, entre otras); sin embargo, aún ante esta diversidad, continúa siendo el grupo natural del ser humano y el más importante, pese a las transformaciones del mundo contemporáneo, y a los progresos científicos y tecnológicos que generan un nuevo sistema de vida (Arés Muzio, 1990). Además, aun cuando diferentes sociedades tengan distintos tipos de familias, hay características comunes que le son esenciales; por ejemplo, para Soifer (1980) la familia es la estructura social básica, con un íterjuego diferenciado de roles, integrado por personas que conviven en forma prolongada, en interacción con la cultura y la sociedad, dentro de la cual se desarrolla el ser humano.

2.2.1 Prevalencia del TDAH en diferentes familias.

Bullard (1997), en un estudio con padres de niños con TDAH de 6 a 12 años, realizó un análisis cualitativo de las percepciones que tenían los padres de niños con TDAH y el impacto que les había ocasionado el problema. El trabajo presenta las principales preocupaciones que estos padres manifestaban:

Comportamiento imprevisible ante la severidad de la conducta problemática.

Alteraciones en las relaciones matrimoniales, en la relación con los hermanos y con la familia extensa.

Aislamiento social de los padres: menos visitantes en su casa y reducción de las visitas fuera de casas debido a los problemas de la conducta del niño, la desaprobación de los otros y el nivel de demandas que requiere el niño.

Dificultades en la escuela: relación con el maestro, exigencias de una mayor planificación y supervisión de las tareas escolares.

Sentimientos emocionales de frustración, culpa, desesperación y agotamiento.

Dilemas de la medicación: esfuerzos por encontrar la dosis terapéutica ajustada y los efectos de la misma.

En una investigación realizada con 36 familias de niños hiperactivos de la Comunidad Valenciana (Rosello, García Tárraga & Mulas, 2003), también se evidenciaron importantes problemas de crianza del niño con TDAH: el 100% de los padres consideraban que la convivencia les resultaba mucho más difícil que con otro niño de su misma edad, el 88% de los padres mostraban un nivel muy elevado de estrés, el 75% consideraban que no eran capaces de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% manifestaban que podrían ser mejores padres, el 50% mantenía más enfrentamientos maritales a causa de su hijo, el 31% presentaban restricciones en la vida social y el 44% consideraban que el niño con TDAH incomodaba a sus hermanos.

Un estudio internacional, "Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas" realizado por la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) en 2004, se planteó como objetivo incrementar la conciencia y comprensión internacional sobre el impacto del TDAH en los niños y sus familias. Se entrevistaron 930 padres de niños con TDAH de 9 países: Australia, Alemania, México, Países Bajos, Estados Unidos, Canadá, Italia, España y Reino Unido. Los resultados referidos al impacto familiar fueron los siguientes: el 88% de los padres a menudo están estresados y preocupados acerca del TDAH de su hijo; el 87% está preocupado por su éxito académico; el 58% considera que su hijo ha sido excluido de actividades sociales debido a los síntomas de TDAH; EL 39% piensa que causa problemas con otros en el vecindario, el 60% cree que se ven alteradas las actividades familiares, el 50% considera que su matrimonio se ha visto negativamente afectado, y el 43% advierte que es difícil ir a lugares con su hijo.

Córdoba y Verdugo (2003) señalan que los hermanos, especialmente los mayores, se auto-responsabilizan por el cuidado permanente de su hermano con TDAH, la implicación en sus necesidades especiales es alta y poseen información suficiente sobre el trastorno, experimentan mayores niveles de estrés en aquellas situaciones en las que su hermano manifiesta comportamientos impulsivos o agresivos, consideran que no saben perder y, en ocasiones, por recomendación de los adultos o por iniciativa propia, deciden dejarlos ganar. Asimismo, consideran que sus padres dedican más tiempo a su hijo con TDAH. Stone (2000) encontró que la mayor cantidad de demandas que presenta el niño con TDAH les resta tiempo a los padres para dedicarlo a otros miembros de la familia.

Sin embargo, los hallazgos de Morande y Lázaro (1992) nos muestran que, aunque en las familias de TDAH se puede producir una mayor desorganización familiar y una mayor incidencia de conflictos, también hay niños hiperactivos que se encuentran bien ajustados en su familia y se desarrollan en ella sin demasiados problemas.

Weiler (2000) realizó un estudio para analizar los procesos interactivos que se producen entre las conductas problemáticas que presenta un niño con TDAH y las características de bienestar familiar. Seleccionó una muestra de 52 familias controlando la administración de medicación y la comorbilidad. En su estudio encontró que las dificultades familiares más frecuentes en núcleos de convivencia con niños con TDAH eran: dificultades en la resolución de problemas, en la comunicación, en la claridad de los roles, y en las relaciones afectivas; lo cual producía un nivel de funcionamiento familiar poco satisfactorio. El análisis correlacional identificó como relaciones significativas la relación afectiva entre los miembros de la familia y los problemas conductuales (hiperactividad y conducta oposicional) y, por otra parte, la salud/patología familiar en general y las conductas oposicionistas.

Por tanto existe una gran problemática entre familia (hermanos, papás) y TDAH; entre conducta y emociones del niño y la misma familia, es complejo estar en la situación tanto de la familia como del niño; por un lado el niño sólo actúa desde

su instinto generando acciones inapropiadas dentro del núcleo familiar, social y escolar; por otro lado la situación familiar si está o no quebrantada o lacerada, aunado a la situación del niño con TDAH es compleja y nueva para cada miembro de la familia, no basta con sólo apoyar al niño con TDAH se requiere apoyo en general para toda la familia para saber cómo guiar al niño y también para orientarse con sus propios conflictos.

3.- CAPITULO III

TEORÍA Y MODELOS DE INTERVENCIÓN.

3.1.- Teoría conductual

En la ciencia de la conducta, Skinner (1953) cree que las variables de la personalidad en realidad sólo son etiquetas verbales para conductas específicas. Por ejemplo, la dependencia es un término que representa ciertos tipos de conductas en relación con ciertos tipos de personas. No es algo que exista en la estructura de la personalidad como característica. Según Skinner, el conocimiento de las conductas designadas como dependencia se promueve mejor si se aprende la historia de reforzamiento de las conductas clasificadas como dependientes y las situaciones que provocan esas conductas, que tratando de aprender acerca de la naturaleza de la supuesta característica y sus interacciones con otros pretendidos rasgos de la personalidad.

Existen dos formas de conducta: una de ellas es el condicionamiento de respuestas los estímulos producen una respuesta, en tanto que el otro; condicionamiento operante se emite una conducta.

Un estímulo o situación provoca una respuesta emocional condicionada o incondicionada, la cual, a su vez, dispara una operante adaptativa o inadaptativa. Skinner llama “operantes” a los actos instrumentales porque debemos operar en el medio para lograr un resultado. Los actos instrumentales son los medios para alcanzar un objetivo.

El término contingencia puede definirse como “dependencia de”. Decir que el reforzamiento es contingente con una conducta operante específica significa que depende de la ocurrencia de esa conducta. Un individuo no es reforzado a menos que actúe apropiadamente.

Los programas de reforzamiento específico tienen tasas de respuesta características relacionadas con ellos. Los programas de reforzamiento por la razón

dependen de la conducta del sujeto en el sentido de que éste pueda incrementar la obtención de reforzamiento al emitir más respuestas (Dicaprio, 1992).

3.1.1.- Modelo conductual

Según el modelo conductual, el niño aprende las conductas inadaptadas durante su historia de desarrollo y a partir de sus interacciones con el entorno. El educador de orientación conductista emplea las técnicas de análisis conductual para ayudarle a aprender respuestas nuevas y adecuadas y eliminar las inadaptadas.

Los programas educativos y los educadores rara vez utilizan sólo uno de estos enfoques y sus técnicas. La mayoría aplica un enfoque ecléctico, lo que significa que en su trabajo con niños que sufren trastornos emocionales y de conducta combinan diversas teorías, principios y métodos (Beare, 1991). Los propios modelos no son excluyentes, sino que comparten ciertos aspectos entre sí; algunas veces sus diferencias son sólo terminologías, y las prácticas educativas de los profesores que aplican distintos modelos pueden ser muy similares (Heward, 1998).

3.1.2.- Autocontrol

Se han realizado cada vez más investigaciones sobre el entrenamiento de capacidades de autocontrol en niños, con resultados alentadores (Clark & Mackenzie, 1989; Rhode, Morgan & Young, 1983). Los alumnos que aprenden técnicas de autocontrol sobre su propia conducta, y como resultado, sobre el mismo.

Las técnicas de autocontrol también tienen intereses desde el punto de vista de la generalización de aprendizajes a otros entornos. Un agente externo de control no puede acompañar a los alumnos todos los entornos en que debe mostrar la conducta recién aprendida, pero la única persona que siempre está con el alumno, es el alumno mismo (Baer & Fowler, 1984).

Los niños con TDAH requieren ser instruidos en mediadores verbales (pensamientos en forma de frases para hablarse a sí mismo) para que utilicen su lenguaje verbal con el objeto de que regulen su conducta.

Para la realización de la tarea intervienen los padres, los profesores y los terapeutas, actuando como modelos.

Primero van ejecutando la actividad, dándose instrucciones a sí mismos en voz alta. Posteriormente, dan orientaciones en voz alta al niño y, finalmente, van haciendo la tarea con instrucciones cada vez más encubiertas.

3.1.3.- Técnicas de Modificación de la conducta

La modificación de la conducta es una terapia básica para tratar el TDA y tiene como fundamento científico derivado de la teoría de las funciones ejecutivas que ha establecido como causas de este trastorno:

Una falla en el control de los impulsos, que además impiden que las funciones mentales superiores (ejecutivas) sean privadas (internas).

La imposibilidad de que las funciones mentales superiores (ejecutivas), como el razonamiento, se realicen en forma adecuada (Barkley, 1998).

La modificación de la conducta constituye un proceso largo que requiere de una gran dedicación por parte del niño, sus padres, profesores y terapeutas. Este proceso terapéutico es posible porque sabemos que el cerebro, especialmente del niño, es altamente educable.

El mecanismo básico de una terapia de modificación de la conducta consiste en “trasplantar” al sujeto con TDA pensamientos y conductas correctos que lo ayuden a subsanar sus deficiencias. Sabemos que el sujeto con TDA no internaliza las reglas de conducta, es decir, no las almacena en la memoria para después utilizarlas en el momento oportuno, sino que simplemente sigue sus impulsos. Otro

problema es que no deduce las conductas o pensamientos adecuados, por lo que debe “enseñar a pensar” en forma constructiva y antes de meterse en problemas.

Existen diferentes técnicas dentro de esta orientación como se puede observar en la siguiente tabla, aunque si bien comparten la misma orientación, los objetivos que persiguen son diferentes. Dependiendo de este, algunas hablan de incremento de la conducta, algunas generan conductas nuevas, otras de la desaparición o extinción de la conducta (ver Tabla 2).

Tabla 2

Clasificación de las diferentes técnicas de modificación de conducta.

TÉCNICAS	OBJETIVO	APLICACIÓN	EFFECTOS
Reforzamiento positivo.	Aumentar la frecuencia de una conducta que existe previamente en el repertorio del sujeto.	Reforzar la conducta de una consecuencia positiva.	Incremento de la tasa/frecuencia de esa conducta.
Modelamiento de aproximaciones sucesivas.	Obtener una conducta que se halla previamente en el repertorio del sujeto.	Reforzar de un modo diferencial una serie de respuestas cada vez más parecidos a la respuesta final previa.	Obtención de la conducta nueva.
Modelamiento.	Obtener una conducta que no	Colocar la conducta del	Obtención de una conducta nueva

	se halla en el sujeto bajo control y/o incremento de repertorio del topográfico y la tasa/frecuencia sujeto o aumentar temporal que de conducta.
	la frecuencia de brinda la conducta una conducta ya del modelo. existente.
Extinción.	Eliminación de Suspender Obtención de una conductas que masivamente la conducta nueva están mantenidas entrega del y/o incremento de por una reforzamiento que la tasa/frecuencia consecuencia mantiene esa de conducta. específica. conducta.
Práctica positiva.	Eliminación de Practicar durante Reducción rápida conductas que períodos de de la conducta tienen un carácter tiempo inapropiada e estereotipado determinados incremento de fundamentalmente conductas que son conductas motor y que físicamente aceptables. descentran de incompatibles con manera grave la la conducta atención del niño inadecuada.

3.2.- Teoría cognitiva

Fue creada por el psicólogo Jean Piaget (1946). Basada en la cual, el lenguaje está subordinado al pensamiento, y se encuadra dentro de las teorías de tipo innatista: la adquisición del lenguaje se debe a factores biológicos y no culturales. El ser humano llega al mundo con una herencia biológica, de la cual depende la inteligencia. Por una parte, las estructuras biológicas limitan aquello que podemos percibir, y por otra hacen posible el progreso intelectual.

Según esta teoría la adquisición del lenguaje depende del desarrollo de la inteligencia, es decir, se necesita inteligencia para poder adquirir un lenguaje. En esta teoría se refleja cómo se desarrolla el conocimiento cognitivo en una persona desde sus primeros años de vida hasta que alcanza su madurez intelectual.

Piaget sostiene que el pensamiento y el lenguaje se desarrollan por separado, ya que la inteligencia empieza a desarrollarse desde el nacimiento, antes de que el niño hable, por lo que el niño va aprendiendo a hablar según su desarrollo cognitivo va alcanzado el nivel necesario para ello. Para él, es el pensamiento el que hace posible adquirir un lenguaje, lo que implica que cuando el ser humano nace no posee un lenguaje innato, como afirmaba Chomski, sino que lo va adquiriendo poco a poco como parte del desarrollo cognitivo. Una vez adquirido un lenguaje este a su vez ayudará también al desarrollo cognitivo (Cuelli, 1999).

Vygostki (1982) menciona que en el proceso de desarrollo infantil surge una conexión entre las funciones de percepción y de memoria eidética, y con ello surge un nuevo conjunto único, en cuya composición la percepción actúa como parte interna suya. Surge una fusión inmediata entre las funciones del pensamiento visual y las de la percepción, y esa fusión es tal que no podemos separar la percepción categorial de la inmediata, es decir, la percepción de objeto como tal del sentido, el significado, de ese objeto. La experiencia muestra que surge aquí una conexión entre el lenguaje o la palabra y la percepción, que el curso normal de la percepción en el niño cambia si miramos esa percepción a través del prisma del lenguaje. Por tanto, las investigaciones experimentales muestran que a lo largo del desarrollo del niño emergen constantemente nuevos sistemas, dentro de los cuales actúa la percepción. En estos sistemas, y sólo en ellos, la percepción adquiere nuevas características que no son inherentes a ella, a margen del sistema de desarrollo.

En cuanto a la memoria, el análisis pone de manifiesto que el niño que memoriza con ayuda de material auxiliar organiza la operación en un plano distinto que el que lo memoriza de forma inmediata, porque al niño que utiliza signos y operaciones auxiliares no se le exige, tanto la memoria como la habilidad para crear nuevas conexiones, para crear una nueva estructura, sino que se le exige que posea una

imaginación rica, a veces una forma de pensamiento desarrollado, es decir, unas cualidades psíquicas que en la memorización inmediata no juegan un papel importante. Entonces con el desarrollo varía no tanto la estructura funcional de la memoria, sino el carácter de las funciones, con ayuda de las cuales tiene lugar la memorización y, a su vez, varía la relación interfuncional que une la memoria con otras funciones.

En la edad infantil temprana, la memoria es una de las funciones psíquicas centrales, en función de la cual se organizan todas las restantes funciones. El análisis muestra que el pensamiento del niño de corta edad lo determina en alto grado su memoria. Su pensamiento no es en absoluto el mismo que el del niño de más años. Para el niño pequeño pensar es recordar, es decir, apoyarse en su experiencia precedente, en su variación. Jamás manifiesta el pensamiento en tan alta correlación con la memoria como en la edad temprana, en la que aquel se desarrolla en función inmediata de ésta; en el niño, la determinación de los conceptos se basa en los recuerdos.

Por tanto en la determinación del concepto, el objeto del acto de pensar constituye para el niño, no tanto la estructura lógica de los propios conceptos como el recuerdo, y la concreción del pensamiento infantil, su carácter sincrético, es otra faceta de ese mismo hecho, el cual consiste en que el pensamiento infantil se apoya ante todo en la memoria.

Por otro lado, el comportamiento del niño en el medio le obliga a comprender el pensamiento de otros, a responder a él, a comunicar el propio pensamiento.

De los procedimientos de comunicación surge el proceso que Piaget denomina metafóricamente proceso de socialización del pensamiento infantil, el cual recuerda la imagen del proceso de “socialización de la propiedad privada”. El pensamiento infantil, como algo que pertenece al niño, se ve desplazado, sustituido por formas de pensamiento, que impone al niño el medio que le rodea.

El cuadro del pensamiento del niño e cada nueva fase de su desarrollo tiene su explicación en que en él están mezclados lo lógico, que, según Piaget, siempre esta socializado y procede de fuera, y lo ilógico, inherente al propio niño.

Lo central para toda la estructura de la conciencia y para todo el sistema de actividad de las funciones psíquicas lo constituye el desarrollo del pensamiento. Con ello guarda también estrecha relación la idea de la intelectualización de todas las funciones restantes, es decir, sus variaciones dependen de que una determinada fase del pensamiento lleva a la atribución del sentido de estas funciones, que el niño comienza a comportarse racionalmente hacia su actividad psíquica. Debido a ello, toda una serie de funciones que actuaban automáticamente comienzan a hacerlo consciente, lógicamente (Vygotski, 1982).

3.2.1.- Modelo cognitivo

En toda situación de aprendizaje (Pozo, 1999), espontáneo o generado en una experiencia educativa, puede identificarse tres componentes básicos: el qué se aprende (resultados), el cómo se aprende (los procesos cognitivos) y las condiciones del aprendizaje (la acción educativa) que responde a las preguntas cuándo, cuánto, donde, con quién etc. Estos tres componentes se pueden mirar ya sea desde un enfoque conductual o social cognoscitivo.

Desde el enfoque conductual los resultados de aprendizaje son las conductas, los procedimientos cognoscitivos no son importantes para este enfoque y las condiciones se refieren a la forma de organizar situaciones estimulantes y refuerzos continuos a las conductas adecuadas. Desde el enfoque cognoscitivo los resultados de aprendizaje se refieren a representaciones cognitivas internas o estructuras cognoscitivas que pueden tener un correlato en una representación simbólica externa para comprobar su presencia, los procesos cognitivos se refieren a toda aquella actividad mental que hace posible la constitución de representaciones y las condiciones se refieren a las acciones educativas de carácter social educativo

o interaccional y a los diferentes recursos culturales con que se apoya el aprendizaje.

Desde el punto de vista social cognoscitivo los resultados de aprendizaje se refieren a la manera como se construye significado al conjunto de categorías que constituyen un discurso disciplinar. Los resultados de aprendizaje no se refieren en especificidad a un saber sino al significado que un aprendiz le da a ese saber. La construcción de esos significados se hace en especial cuando el conocimiento se presenta estructurado.

Los procesos cognoscitivos en términos de aprendizaje se dan por niveles de complejidad ya sea en relación con el desarrollo (edad) o con los niveles de complejidad en una tarea. En términos del desarrollo, las teorías de Piaget o de Vigotsky definen una serie de características según ciclos de vida de los individuos y según la complejidad de las tareas, los enfoques computacionales representacionales, definen una serie de procesos y subprocesos subyacentes a la solución de problemas y a la toma de decisiones.

En relación con la complejidad como se estructura un conocimiento, se pueden definir cuatro grandes procesos básicos: conceptualización, interpretación, transferencia, creatividad.

1. La conceptualización se refiere a la manera como se define un concepto en relación con una experiencia asociada o con otro concepto en una proposición o estructura conceptual.
2. La interpretación se refiere a la manera como un concepto o conjunto de conceptos o proposiciones toma significados en relación con un contexto lingüístico o discursivo o en relación con un fenómeno. Dentro de la interpretación se juegan procesos cognoscitivos como la deducción, la inferencia, el análisis, la síntesis y diferentes modalidades de categorización.
3. La transferencia se refiere a la manera como se aplica un conocimiento a la solución de problemas surgidos en contextos diferentes a aquellos en donde se dio la situación de aprendizaje.

4. La creatividad se refiere a la manera como se reestructura o se proponen estructuras diferentes a las aprendidas.

Los niveles cognoscitivos del aprendizaje no son totalmente lineales y su recorrido se puede dar en espiral. Lo cierto es que en términos de organización de las experiencias educativas definir niveles de aprendizaje permite organizar una educación para el desarrollo de habilidades cognitivas.

Las condiciones de aprendizaje se refieren a la organización de las experiencias educativas para la consecución de aprendizajes. Las experiencias educativas son de carácter interaccional y los aprendizajes cognoscitivos, desde el punto de vista social cognoscitivo. Las condiciones de aprendizaje desde el punto de vista social cognoscitivo se refieren a la manera como se organiza un modelo curricular-pedagógico y una serie de acciones educativas para la consecución de aprendizajes cognoscitivos con referencia a un tema de conocimiento (Parra, 2000).

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Beck, 1964; Ellis, 1962). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación. (Beck, 1995).

3.3.- Terapia cognitivo-conductual

La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan (Dattilio & Padesky, 1990, *Cognitive Therapy with*

Couples) En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

- (1) Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
- (2) La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- (3) Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- (4) La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo las terapias cognitivas enfatizan:

1. La importancia de la alianza terapéutica, la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
2. Un enfoque orientado al problema y los objetivos.
3. El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o visual (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Las creencias

nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos.

En un sentido literal, la terapia cognitivo-conductual es un término donde se engloban la terapia cognitiva compatible con la terapia de conducta, como aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista.

Ya que dentro de la Terapia de conducta se ha adoptado un nivel de análisis y tratamiento donde se analiza la conducta observable, pensamientos verbales y respuestas fisiológicas, así como las relaciones entre sí y la "conducta problema". En este sentido, las estrategias "cognitivo-conductuales" que no están directamente inmersas en la Terapia de conducta suelen ser criticadas por la necesidad de más fundamentación teórica, ya que la psicología cognitiva y la psicología conductual presentan algunos axiomas incompatibles entre sí.

3.3.1.- Modificación Cognitiva-Conductual (CBM)

La CBM es un tratamiento actual y muy utilizado por parte del trabajo de Luria y Vigotsky, quienes sugirieron que los niños en el curso del desarrollo, aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas. Según su teoría, el niño se socializa y gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después en una forma abreviada usa "autoinstrucciones" para guiar y controlar su propia conducta.

Hay niños que presentan dificultad con respecto a la educación a causa de unas u otras insuficiencias del carácter, pero existe otra enorme cantidad de niños que presentan dificultades en relación con la instrucción por ciertos defectos de la

capacidad, es decir, por la insuficiencia de la reserva general del desarrollo psicológico, lo que impide al niño estudiar en la escuela y adquirir los conocimientos que adquieren los otros niños (Vygotski, 1983).

3.3.1.1.- Entrenamiento en autoinstrucciones

El objetivo terapéutico de esta estrategia es la modificación mediante el hablarse a uno mismo (self-talking) de las cogniciones que preceden y acompañan a la conducta. Aplicada a niños con TDAH, esta estrategia ésta dirigida a suprimir las respuestas impulsivas, a aumentar la capacidad de mantener la atención y facilitar el automonitoreo y el autorreforzamiento. La secuencia de este tratamiento es la siguiente:

1. Selección de una tarea.- El terapeuta escoge una tarea que requiera atención y algún tipo de estrategia sistemática para ser realizada.
2. Modelamiento cognitivo.- El terapeuta realiza la tarea en lo que habla a sí mismo en voz alta explicando el problema y las estrategias que está usando.
3. Asesoramiento externo abierto.- El niño realiza la tarea en la que el terapeuta lo dirige siguiendo los mismos seis pasos en la resolución de problemas.
4. Verbalización autodirigida abierta.- El niño realiza la tarea dirigiéndose a sí mismo en voz alta.
5. Modelamiento de verbalización autodirigida abierta.- El terapeuta se autoinstruye en el procedimiento de la tarea en voz baja.
6. Ensayo por parte de niño de la verbalización autodirigida abierta.- El niño vuelve a realizar la tarea, esta vez autoinstruyéndose en voz baja.
7. Modelamiento de autoinstrucciones encubiertas.- El terapeuta mueve sus labios, pone cara de que está pensando, revisa las alternativas apuntando con el dedo a cada una de ellas.
8. Práctica en darse autoinstrucciones en voz baja.- El niño realiza la tarea autoinstruyéndose con lenguaje interno. Tiene que pensar los pasos que hay que seguir para realizar la tarea.

En 1977, Michenbaum sugirió que el entrenamiento en autoinstrucciones se debe complementar con estrategias como costo de respuesta y monitoreo cognitivo. En la primera el niño pierde reforzadores previamente ganados cada vez que exhibe una conducta no aceptable. Obviamente esta estrategia debe ser complementada con estrategias de reforzamiento directo de conductas deseables. La adición de la estrategia de costo de respuesta y el programa cognitivo es de suma importancia y altamente recomendada para lograr un tratamiento cognitivo-conductual realmente integrado que puede proveer al niño ayuda tanto en sus problemas conductuales como con sus problemas de atención.

Así pues, el tratamiento CBM intenta simular y construir esta secuencia de desarrollo incluyendo una serie de pasos como: instrucción directa, Modelamiento, ensayo abierto y encubierto por parte del niño, oportunidades para aprender por descubrimiento, autorreforzamiento y un programa para la generalización de estas estrategias (Solloa, 2010).

Es por eso que los niños con TDAH requieren ser instruidos en mediadores verbales (pensamientos en forma de frases para hablarse a sí mismo) para que utilicen su lenguaje verbal con el objetivo de que regulen su conducta.

En el aprendizaje de la ejecución de dichos pensamientos, para la realización de la tarea intervienen los padres, los profesores y los terapeutas, actuando como modelos.

Primero van ejecutando la actividad, dándose instrucciones a sí mismos en voz alta. Posteriormente, dan orientaciones en voz alta al niño y, finalmente, van haciendo la tarea con instrucciones cada vez más encubiertas.

3.4.- Pautas de intervención

Los objetivos se consideran básicos en el proceso educativo-atención, adquieren una especial relevancia para el desarrollo armónico de aquellos que

tienen más dificultades para aprender, en la medida en que pueden cumplir una función preventiva respecto a las nuevas o mayores dificultades que el resto de sus compañeros para acceder a la atención del aprendizaje que se determinan en el currículo que les corresponde por su edad (MEC, 1992), y también compensadora de las limitaciones y de las condiciones (físicas, psicológicas, sensoriales, socioeconómicas, ambientales, geográficas, educativas) que han originado tales dificultades.

El carácter preventivo de la educación infantil, según el diseño curricular base de educación especial infantil, se manifiesta en dos sentidos:

- Evitando que se generen tempranamente dificultades de aprendizaje en los niños, con mayor atención; sobre todo aquellos con determinadas condiciones de riesgo de carácter personal, familiar o social.

Proporcionando la atención necesaria a aquellos niños que ya presentan problemas y trastornos en el desarrollo, para que no se intensifiquen (Botías, 2001)

4.- CAPITULO IV

INTERVENCIONES

4.1.- México

En México, el TDAH es una alteración relativamente desconocida en ámbito educativo, y muchos maestros no le reconocen una base biológica importante ni que haya que referir a estos niños a los servicios de salud para su atención y tratamiento. Así mismo, muchos neurólogos y pediatras manejan esta alteración sin ver sus implicaciones educativas. Por lo tanto, es necesario darle un enfoque más integrador y multidisciplinario.

Los padres y maestros con su apoyo pueden acelerar la maduración del niño ofreciéndole las oportunidades para descargar su energía destructiva en un ambiente seguro. Tomando en cuenta estas expectativas evolutivas se puede decir que muchos niños hiperactivos pueden ser tratados medicamente, pero, sin el apoyo del tratamiento psicológico, la superación de este trastorno no alcanzaría los niveles deseados.

Uriarte (1989) señala que los maestros y padres de familia existe la creencia generalizada de que muchos niños, que en realidad presentan este trastorno, son flojos, traviosos y desobedientes, y por tanto, no buscan una ayuda profesional, lo cual los pone en alto riesgo de fracaso escolar. Más aún, la falta de tratamiento y manejo adecuado del síndrome hace que muchos padres y educadores quieran controlar la conducta de los niños por medio de agresión física y castigos añadiendo efectos negativos de tipo emocional a los problemas escolares.

El TDAH es el trastorno de comportamiento que más se diagnostica en la infancia y se calcula que afecta de un 3% a un 5% de los niños en edad escolar, es decir, que alrededor de 1.5 millones de niños de México sufren este padecimiento que se caracteriza principalmente por la falta de atención.

Las causas de este trastorno aún no están tan claras, se ha observado que existe predisposición familiar, además existen pruebas científicas que apoyan las conclusiones de que el TDAH tiene una base biológica y que los niños con TDAH pueden tener niveles más bajos del neurotransmisor dopamina en regiones críticas del cerebro. Otros estudios sugieren una disminución de la actividad en alguna área del cerebro en donde se manejan funciones de ejecución; por ejemplo: organización, integración, anticipación, atención, etc.

El tratamiento se ha probado tener un mayor nivel de efectividad que es el que aborda el trastorno desde una perspectiva multidisciplinar. En este enfoque intervienen tres profesionales (médica, psicológica y educador) y por su puesto los padres de familia.

El médico debe ser especialista en neurología con experiencia en el manejo de TDAH generalmente estos especialistas le solicitan al paciente un electroencefalograma (EEG) para determinar con mayor precisión el diagnóstico y el tipo de medicamento que requiere el paciente.

Desde la perspectiva psicológica el enfoque terapéutico más adecuado es el cognitivo-conductual, este modelo ha demostrado eficacia por el tipo de estrategias que maneja en su tratamiento, como son, premiar los cambios positivos de comportamiento y explicar claramente lo que se espera de los niños con TDAH.

La participación de padres de familia y educadores en el tratamiento es muy necesaria debido a que el padecimiento afecta negativamente la autoestima del paciente (se siente menos apto), y por su impulsividad puede llegar a tener dificultades para establecer relaciones interpersonales (se siente rechazado), además los niños con TDAH suelen recibir menos halagos o menos recompensas (Instituto Mexicano de Orientación Vocacional y Profesional, 2002I).

4.2.- Intervenciones Psicológicas

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH se basan en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC). El tipo de intervenciones que se aplican se darán a continuación teniendo en cuenta la teoría ya revisada anteriormente.

4.2.1.- Terapia Conductual

Basado en un análisis funcional de la conducta en el que se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea cambiar, se lleva a cabo la observación y registro de éstas, se analizan las contingencias existentes, se construye un nuevo sistema de contingencias acorde con los objetivos propuestos, se planifica un programa de reforzamientos y se evalúa el programa durante el retraining. Los reforzamientos positivos pueden incluir alabanza, atención positiva, recompensas y privilegios. Las técnicas para reducir los comportamientos no deseados incluyen el costo de respuestas, el tiempo fuera o aislamiento, la sobrecorrección, la extinción y el castigo. Otras técnicas de modificación de conducta son la economía de fichas que combina el reforzamiento positivo, el costo de respuesta y el contrato de contingencias.

4.2.2.- Tratamientos Psicosociales

Los niños que padecen TDAH, enfrentan problemas en su vida diaria que van mucho más allá de sus síntomas de falta de atención, como el mal rendimiento académico y la mala conducta en la escuela, malas relaciones con sus compañeros y hermanos, falta de disciplina ante las órdenes de los adultos y mala relación con

sus padres. Estos problemas son muy importantes ya que predicen cómo se desempeñarán los niños con TDAH a largo plazo.

Existen tres elementos que son cruciales para predecir cómo se desempeñará en un niño con TDAH en la adultez:

1. Si los padres utilizan métodos de crianza efectivos.
2. Cómo se relaciona el niño con otros niños.
3. Su éxito en la escuela.

Los tratamientos psicosociales son efectivos para tratar estas áreas importantes.

Los niños y adolescentes con TDAH presentan a menudo problemas de relación con la familia, tienen dificultades en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales. El entrenamiento en habilidades sociales emplea técnicas de la TCC y se realiza habitualmente en formato grupal (Ministerio de Sanidad, 2010).

4.3.- Intervenciones Pedagógicas

La intervención psicopedagógica representa un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención y tratamiento de trastornos, sea como modificación del proceso de aprendizaje escolar (Castorina, 1989).

La intervención psicopedagógica procura comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos escolares y extraescolares e intervenir eficazmente en su mejora permitiendo al estudiante abordar las situaciones de aprendizaje de un modo más eficaz.

La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo durante o después del horario escolar y que tiene como objetivo disminuir los efectos negativos del TDAH en el niño o adolescente que lo presenta, en relación a su aprendizaje o competencia académica. Se trabaja sobre la

repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar (Ministerio de Sanidad, 2010).

Dirigido a mejorar las habilidades académicas del niño y el comportamiento mientras estudia o hace los deberes, también pretende instaurar un hábito de estudio al niño que no lo tiene.

Se puede encontrar individuos que muestren características de déficit de atención, pero que no representan ningún tipo de dificultad o impedimento en su vida social, académica, familiar y personal. Es decir, personas que han aprendido estrategias para manejar y no requieren tratamiento, pues están perfectamente adaptados a su entorno.

Un tratamiento combinado –correctamente pautando- y de instauración precoz puede ofrecer nuevas perspectivas a la vida del niño y a su futuro.

Algunas de las estrategias que parecen ser más efectivas con niños con TDAH en el ámbito escolar son (Mulligan, 2001):

- Cambios en el lugar en la clase.
- Contacto frecuente.
- Estructurar la situación, rutinas.
- Técnicas de modulación sensorial.
- Tiempo fuera de reforzamiento.
- Ser tutorizado por un compañero.
- Descansos con actividad motora.
- Enseñarle a autocontrolar su conducta.
- Refuerzo positivo.
- Clases con menos de 20 alumnos.
- Entrenamiento de los profesores.
- Enseñar técnicas de refuerzo positivo a los padres.
- Aumentar la comunicación entre escuela y padres.
- Programa ALERTA, focaliza.

También es frecuente realizar la intervención con niños con TDAH realizando:

- Modificaciones: Añadir colores o indicaciones en tareas, cambios frecuentes al principio, romper la tarea en pasos breves y proporcionar feedback, etc.
- Cambio en el estilo de enseñanzas: rutinas y organización de la clase, disposición del niño en el aula, supervisión de los deberes y tareas asignadas en casa, análisis de los errores, uso de actividades de motricidad gruesa inicialmente para motivar al niño, etc.
- Estimulación sensorial durante la clase: comer un caramelo o realizar alguna actividad en la que se pida un cambio de posición.

En este sentido, Schilling, Washington, Billingsley y Deitz, (2003) realizaron un estudio para comprobar la eficacia de la disposición de los asientos de la clase. Para ello, utilizaron los tradicionales pupitres y asientos con balones mientras se realizaban actividades de escritura. Estos autores encontraron que, al sentarse sobre los balones, los niños con TDAH mejoraban su productividad en la escritura, siendo más legible su letra.

4.4.- Intervenciones Farmacológicas

El objetivo de la medicación es hacer remitir los síntomas básicos del trastorno. Los medicamentos más eficazmente utilizados son los estimulantes. Su eficacia y seguridad han sido ampliamente estudiadas durante décadas. En la mayoría de los casos suelen ser tratamientos de larga duración (años) y facilitan tanto el correcto desarrollo intelectual, social y familiar, como la eficacia de otras terapias psicopedagógicas, de manejo de conducta, de comunicación social, etc.

El tratamiento es integral, personalizado y multidisciplinario. El tratamiento debe ser adecuado a las necesidades y características específicas de cada uno de los pacientes. Después de realizar un adecuado diagnóstico se deben identificar los síntomas clave para que se pueda establecer de forma adecuada la directriz terapéutica a seguir.

El uso de medicamentos estimulantes como el metilfenidato (MFD) y no estimulantes (Atomoxetina) en el tratamiento de TDAH han sido muy estudiados; más de 70 niños de cada 100 que son tratados con estos medicamentos muestran mejoría, cabe mencionar que los medicamentos para el TDAH no son drogas adictivas.

Se conoce que la etiología como mecanismo final una alteración del sistema dopaminérgico noradrenérgico, señal de los mecanismos de acción de los medicamentos estimulantes y no estimulantes de manera respectiva (Vázquez, 2010).

El mecanismo de acción básico del metilfenidato es aumentar la disponibilidad de algunos neurotransmisores (en especial la noradrenalina y la dopamina) en el espacio sináptico (el que existe entre las neuronas). Actualmente existen tres formas de presentación: de liberación inmediata, de liberación prolongada y de liberación osmótica. En los tres casos, la sustancia farmacológica es la misma (metilfenidato) y lo que varía es su farmacocinética, es decir, la forma y el tiempo en que se libera dentro del organismo. El metilfenidato aporta un beneficio indudable al tratamiento del TDAH. Sobre su uso existen numerosos prejuicios y temores infundados, sin base científica que los sustente. Algunos de estos temores se refieren a los siguientes aspectos:

- ✓ **Apetito.** En general, disminuye el apetito en momentos diferentes del día en función de la hora de la toma del medicamento y de la forma de liberación. No es infrecuente una leve pérdida de peso inicial, sin que se vea afectado el peso final. Se aconseja un control periódico del peso.
- ✓ **Crecimiento.** No hay evidencias de que afecte a la talla final del individuo (Biederman et al., 2004; Willens et al., 2005). En algunos casos, pueden producirse enlentecimientos en el crecimiento en las fases iniciales de la adolescencia sin que se vea afectada la talla final esperada. Se aconseja un control periódico de la talla.
- ✓ **Tics.** Actualmente no hay argumentos en contra del uso de metilfenidato en los niños con tics. Éstos pueden mejorar, empeorar o no verse afectados.

Debe realizarse un seguimiento cuidadoso de estos niños, pero no privarlos, de entrada, de esta opción terapéutica.

- ✓ Epilepsia. No existen datos publicados que sugieran que el tratamiento a corto ni a largo plazo del TDAH aumente el riesgo de desarrollar convulsiones. Diferentes estudios sugieren que el uso de metilfenidato es seguro en niños con epilepsia.
- ✓ Abuso de drogas. No hay ninguna prueba científica de que el consumo de metilfenidato predisponga al consumo de drogas. Al contrario, numerosos estudios a largo plazo indican que su uso en pacientes con TDAH previene su consumo.
- ✓ Vacaciones terapéuticas. No existen evidencias de que las “vacaciones terapéuticas” aporten beneficios. Cuando el TDAH haya mejorado y se encuentre estable, el tratamiento farmacológico puede interrumpirse para reevaluar la situación y la necesidad de continuar o no con él.
- ✓ Rendimiento escolar. El tratamiento farmacológico no aumenta ni disminuye el rendimiento escolar del niño, pero al mejorar algunas funciones necesarias para el estudio (atención, impulsividad, tic) se sientan las bases para una mejoría de éste. El esfuerzo del niño y las orientaciones psicopedagógicas son fundamentales en este aspecto.

Hoy en día en España se dispone de otro tratamiento de primera línea, la atomoxetina, que es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. En ensayos con animales, se ha demostrado también su capacidad para aumentar tanto la noradrenalina como la dopamina de manera selectiva en algunas áreas cerebrales (corteza prefrontal), pero no en otras, lo que podría relacionarse tanto con su eficacia como con un perfil diferente de afectos secundarios.

4.5.- Intervenciones Complementarias

Para ayudar a las familias a tomar decisiones importantes sobre el tratamiento, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) llevó a cabo el estudio más profundo que se realizó para evaluar los tratamientos del TDAH. Este estudio se llama Estudio de Tratamiento Multimodal para Niños con TDAH (o MTA, por sus siglas en inglés).

El estudio MTA, junto con decenas de otros estudios a gran escala que han evaluado la seguridad y la efectividad de los medicamentos para el TDAH, brinda pruebas de que los medicamentos tienen un papel importante en el tratamiento de niños, adolescentes y adultos que padecen TDAH.

La investigación demuestra que, para la mayoría de los jóvenes que padecen TDAH, los medicamentos reducen drásticamente la hiperactividad, mejoran la atención y aumentan la capacidad para relacionarse con los demás.

Si bien se ha demostrado que los medicamentos por sí solos constituyen un tratamiento adecuado para el TDAH, el estudio MTA descubrió que combinar la terapia conductual con la administración de medicamentos ayudaba a las familias, los maestros y los niños a aprender maneras de controlar y modificar las conductas que causan problemas en el hogar y en la escuela. Además, algunos niños que recibían el tratamiento combinado podían tomar dosis menores del medicamento.

Entre los tratamientos conductuales del estudio MTA se encuentran tres enfoques:

- **Capacitación para padres:** Ayuda a los padres a conocer sobre el TDAH y las maneras de controlar las conductas relacionadas con el TDAH.
- **Tratamiento enfocado en el niño:** Ayuda a los niños y adolescentes que sufren TDAH a aprender a desarrollar destrezas sociales, académicas y de resolución de problemas.
- **Intervención escolar:** Ayuda a los maestros a cumplir con las necesidades educativas de los niños enseñándoles a controlar las conductas de sus

estudiantes relacionadas con el TDAH dentro del salón de clases (como dar recompensas, evaluar consecuencias y enviar boletines diarios a los padres).

A los niños que padecen TDAH y otras enfermedades mentales, como depresión y ansiedad, les resultó particularmente útil llevar a cabo un tratamiento individual y familiar como parte de su plan de tratamiento (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2007*).

Habitualmente, el trabajo con los padres incluye los siguientes objetivos:

- Practicar la escucha empática.
- Proporcionarles información sobre el trastorno, los déficits y su afectación en la vida diaria.
- Ayudarles a entender mejor cómo los distintos contextos pueden afectar al comportamiento de sus hijos.
- Ayudarles a establecer expectativas más realistas.
- Proporcionarles un sentimiento de mayor control sobre la problemática, haciéndoles parte activa del tratamiento, aprendiendo actividades terapéuticas que pueden realizar en casa, etc.
- Reforzarles el sentimiento de eficacia como padres.

IV PROPUESTA

Se propone un taller de actividades para que los padres de familia puedan intervenir oportunamente el TDAH, ya que se encuentran con poca información en cuanto a actividades padre e hijo con este tipo de trastorno.

Por tal motivo se propone en el taller actividades de retención de memoria, seguimiento de instrucciones, fomentar la atención, técnicas de modificación de la conducta, autocontrol, estilos de aprendizaje entre otras; con el objetivo de que los padres lo lleven a cabo, para la intervención debidamente, así como evitar consecuencias en los diferentes espacios, como escuela, familia y ambiente social; como ya se sabe la mayoría de los síntomas aparecen generalmente en la etapa escolar; por tal motivo que sean atendidos oportunamente puede disminuir síntomas en la adolescencia y edad adulta.

Cabe destacar que la mayoría de las estrategias para el aprendizaje donde se fomenta la atención, son muy similares y generales, por tanto, sólo controlan y disminuyen los síntomas; sin embargo, no curan por completo. Por tal motivo no se pretende curar, sino conocer, explicar e intervenir el TDAH que tiene el niño recibiendo actividades estratégicas que sean óptimas para su desarrollo y aprendizaje con apoyo de sus padres, que es el objetivo fundamental de la investigación. Cabe señalar que es una estrategia de apoyo; el taller no soluciona, sin embargo las habilidades que se desarrollen con base a las actividades se pueden llevar a cabo para la disminución de los síntomas, con el objetivo también de que la población tenga un mayor alcance. La disminución de síntomas dependerá de cada niño y de cada padre, ya que cada uno actúa de diferente forma. A continuación, se muestran los datos generales del taller (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Descripción General del Taller

Características	Descripción
Nombre.	Taller para la intervención oportuna para niños con TDAH en edad escolar con actividades dirigidas a padres de familia y niños con TDAH.
Perfil del participante.	Padres de familia con hijos de 6-12 años con síntomas con TDAH. Niños de 6-12 años.
Duración.	20 horas. 10 sesiones de 2 horas cada una.
Modalidad.	Presencial.
Perfil del terapeuta.	Psicólogo especialista en niños en edad escolar, pedagogos con antecedentes en el tema y en el desarrollo del niño y del TDAH, o bien un paidopsiquiatra.
Tipo de taller.	Disminución de síntomas.
Materiales.	Descripción del curso (Cartas descriptivas).

- Nombre: Taller para la intervención oportuna para niños con TDAH en edad escolar con actividades dirigidas a padres de familia y niños con TDAH.
- Tipo de propuesta: Intervención para disminuir síntomas.
- Justificación.

Los talleres de intervención para padres proporcionan un ambiente propicio y de seguridad, en donde ellos pueden manejar a través de interrogar a los terapeutas sobre sus dudas y miedos para enfrentar el TDAH.

Los talleres de intervención cumplen varias funciones, por un lado, apoyan el conocimiento sobre el TDAH, por otro lado proporcionan herramientas que permiten generar habilidades en los padres.

Así mismo generan estrategias que de manera conjunta, los padres y el terapeuta, abordan las problemáticas de los niños con Trastorno. Como son el autocontrol, seguimiento de instrucciones, que adquieran la capacidad de inhibir sus impulsos, concentración, constancia, aprendan a reconocer y diferenciar sus sentimientos ante diferentes situaciones, principalmente de estrés, ira, frustración, tristeza, entre otras.

- Objetivo General: Al término del taller los padres de familia apliquen actividades cognitivas-conductuales para la disminución de síntomas de TDAH en niños edad escolar.
- Participantes: Padres de familia con hijos y niños de 6-12 años con síntomas con TDAH.
 - Edad: Padres de familia de 22 – 50 años y niños de 6-12 años.
 - Grado escolar: Padres de familia que tenga mínimo estudios de nivel secundarios y niños en edad escolar.
 - Nivel socioeconómico: Medio y bajo.
 - Población: Con hijos en edad escolar.
 - Número de participantes: de 10 a 15 personas.
 - Convocatoria: en escuelas por medio de platica inductiva del tema.
 - Materiales: Hojas blancas, pluma, lápiz, colores, Cuestionario de Conners (ver Anexo 1); todo lo requerido para que se lleve a cabo.
- Escenario: Aula con pizarrón o rotafolio con hojas, plumones o gises (Según sea el caso).
 - 10 o 15 sillas (Dependiendo los participantes).
 - Mesas de 2 a 3.
 - Iluminación abundante.
 - Ventilación: con aire acondicionado o ventanas.
 - Cañón.

- Computadora.

CARTAS DESCRIPTIVAS

- ✓ Módulo I. ¿QUÉ ES EL TDAH? Y ACTIVIDADES PARA DISMINUIR SÍNTOMAS.

Durante las primeras 3 sesiones se concentran actividades físicas y cognitivas intercaladas; con el objetivo principal de fomentar la atención, memoria, concentración, seguimiento de instrucciones al mismo tiempo tener relajación por medio de visualizaciones, estiramiento de músculos y así promover el control de impulsos para llegar a un autocontrol con cada uno de los niños.

Por otro lado, hay actividades que serán en conjunto papá e hijo, con el objetivo de que el papá observe, analice y conozca cómo implementar las actividades con su hijo en casa, para seguir impulsando el déficit de síntomas del TDAH.

Asimismo, se harán actividades entre los niños con TDAH, con el objetivo de llevar relaciones sociales sanas, fomentar el aprendizaje de convivencia, respeto, igualdad entre ellos mismos para que fuera del taller igualmente alcancen los mismos resultados que dentro del taller. También se incluyen dinámicas donde papás y niños participan con la intención de fomentar armonía y clima social agradable donde cada uno de los integrantes pueda sentirse en confianza y seguro, para poder crear convivencia y recreación sana.

- ✓ Módulo II. FOMENTO DE LA RELACIÓN PAPÁ-HIJO Y DESARROLLO DE CAPACIDADES Y HABILIDADES.

Se conforma de 4 sesiones cada una conlleva el grado de dificultad de las actividades con base a la capacidad de cada uno de los participantes; con el propósito de seguir disminuyendo síntomas del TDAH. Esto, con el objetivo de que aparezcan en un tiempo muy prolongado con posibilidad de llevarlo a la extinción de cada síntoma. O bien llevarlo al análisis, y pueda tener el niño un autocontrol. Así mismo las actividades están dirigidas directamente al contexto familiar para crear una conexión entre padre e hijo y llevar a cabo una alianza para actividades

posteriores y les pueda funcionar durante y después del taller. Se les dará una breve explicación acerca de la importancia de la relación familiar, cuanto empuje tiene la unión, principalmente entre los padres de familia y el niño con TDAH.

✓ Módulo III. DESARROLLO DE LA CREATIVIDAD Y RELAJACIÓN.

Las últimas 3 sesiones Tienen como objetivo aumentar la creatividad del niño por medio de diferentes actividades e instrumentos que incrementen la creatividad; con estos ejercicios también se fortalece el pensamiento abstracto del niño. Esto se alternará con métodos de relajación para que el niño pueda tener mayor autocontrol y seguir fortaleciendo el control de impulsos, así mismo con estas actividades y técnicas se aumentará también su pensamiento analítico. Es importante fortalecer esta área del niño con TDAH ya que por el tipo de trastorno carece de esta capacidad de pensamiento, no estamos diciendo que no la tenga, al contrario porque esta se tiene que fortalecer y desarrollar para el bien del propio niño y de las áreas que lo rodean como son la familiar, social y escolar.

SESIONES CORRESPONDIENTES A LOS MODULOS

- ✓ Sesión 1.- Sesión de presentación, conocer expectativas e integración de los participantes hacia el taller.

Durante esta sesión se conocerá al terapeuta, los objetivos generales del taller, así como a los participantes y expectativas que éstos tengan, con el fin de establecer compromisos y lineamientos al asistir a todas las sesiones del taller. Para lograr integración se realizarán dinámicas con el objetivo de que los participantes se conozcan entre sí, lograr la participación activa, unión e igualdad de cada uno de ellos, al mismo tiempo difundir valores de respeto, honestidad y tolerancia; posteriormente hacer una reflexión acerca de la conducta y actitud que mostraron durante la actividad entre padre-hijo, niños del mismo par y en equipo; así como la importancia de lo que pueden llegar a hacer, y ser durante y después del taller.

Por otro lado, se comenzará a identificar emociones, conductas y actitudes del niño con TDAH por medio de actividades intercaladas tanto físicas y cognoscitivas con el objetivo de tener una atención focalizada en cada actividad y así fomentar control de impulsos, memoria, seguimiento de instrucciones con el propósito de llevar al niño por medio de estas actividades a un análisis para un autocontrol y sea efectiva cada una de las actividades aplicadas.

Para finalizar, se dará una explicación acerca de la constitución de cada una de las sesiones posteriores; con el objetivo de conocer las expectativas de cada uno de los participantes en torno de las temáticas tratadas en cada sesión; al mismo tiempo generar la participación adecuada para el cumplimiento de objetivos durante el taller.

- ✓ Sesión 2.- Conocer las principales actividades cognitivo conductuales que fortalecen sus habilidades.

En esta sesión se abarca actividades para fortalecer la atención, así mismo la concentración para lograr que el niño con TDAH pueda terminar cada una de las tareas dentro y fuera del taller. Para fortalecer el autocontrol y el análisis se hace un *feedback* que es una retroalimentación, esta, puede ser de ellos mismos o bien de algún compañero incluso papá que le dé al participante, puede ser hablado o escrito. Esto es de gran ayuda para el niño ya que puede observar desde un ámbito de igualdad, fortaleciendo también los valores de respeto, igualdad, autoestima y tolerancia.

Uno de los principales temas y actividades en la sesión también es disminuir la ansiedad por medio de diferentes actividades físicas, así mismo aumentar su motricidad fina y gruesa. En todas las actividades hay un objetivo, sin embargo por el tipo de trastorno los resultados aumentan gracias a los reforzamientos y constancia.

- ✓ Sesión 3.- Fortalecer la memoria y atención para así llevar al niño a un proceso ordenado a través de estas habilidades.

Esta sesión abarca temas como la confianza en el mismo y con los demás al mismo tiempo desarrollando su sentido del oído y del tacto con actividades dinámicas y de análisis. Otro de los temas constantes e importantes en este taller es el fortalecimiento de la atención ya que es una cuestión que al niño con TDAH se le dificulta establecer por tanto hay que estar en constante desarrollo de esta con diferentes actividades dinámicas y creativas para no llegar al aburrimiento del niño. Como ya lo dijimos, requerimos de toda la atención de los niños, tenemos una actividad que es bailando y al mismo tiempo seguimos desarrollando el seguimiento de instrucciones, para los niños es una manera divertida y diferente.

Otra de las constantes que tenemos que fortalecer es el área cognitiva aquí o hacemos por medio de la memoria y así un área escolar que es de suma importancia y que funciona para el resto de la vida.

Por último, finalizaremos con una actividad de trabajo en equipo, sabemos que es compleja la convivencia y el taller es para fortalecer todas las áreas y el trabajo en equipo es importante; esto con la finalidad de que el niño con TDAH sepa conducirse y aprenda a convivir sanamente.

- ✓ Sesión 4.- Organización mental y habilidades cognitivo-conductuales.

En esta sesión desarrollaremos al máximo su imaginación dejándolos libres de crear y hacer de forma ordenada y saludable por medio de una actividad de hechura de títeres y realización de una obra de teatro con ayuda de los títeres que ya están hechos; otro de los objetivos dentro de esta sesión es la integración grupal por medio de una actividad y ayuda del cuerpo, será divertido para los niños con TDAH, así mismo se seguirá reforzando el seguimiento de instrucciones. Es importante fortalecer la capacidad de análisis con ello llevamos una actividad de comprensión de lectura la cual apoyará también a nivel académico, como esta área es importante, también fortaleceremos la habilidad numérica.

- ✓ Sesión 5.- Procesos cognitivo-conductuales para la transformación mental y conductual.

En todas las sesiones se reforzarán habilidades de cada uno, por ejemplo en este caso será la interacción grupal y al mismo tiempo la actividad apoyará el trabajo en equipo y el análisis de que todo el grupo es importante y haciéndolo en equipo se llega más lejos. Otro de los temas importantes es la tolerancia a la frustración, la cual se seguirá reforzando y con ello se apoyará la parte cognoscitiva. Para seguir reforzando esta área del niño con TDAH se apoyará con actividades de secuencia lógica.

Otro de los reforzadores es la atención, en esta sesión se hará selectiva relacionando columnas en diferentes campos semánticos y seguimiento de atención de lectura; para apoyar a liberar la tensión se harán estiramientos del cuerpo; por último, seguiremos fortaleciendo el seguimiento de instrucciones y el término de cada una de las tareas.

- ✓ Sesión 6.- Desarrollo de la percepción visual, auditiva y kinestésica.

Durante esta sesión abarcaremos las percepciones, con el objetivo de desarrollar cada una de ellas, algunos niños pueden tener más desarrollado una que otra; sin embargo, es importante que sepan utilizarlas y sobre todo que puedan ser tolerantes en caso de que no puedan realizar alguna actividad por completo o que se tarden, es importante explicarles tanto a papás como a los niños con TDAH para que les va a servir alguna actividad, sobre todo para que los niños enfoquen su percepción dependiendo la requerida para la actividad con ayuda de sonidos, imágenes y el cuerpo.

Seguiremos fomentando el trabajo en equipo, la tolerancia a la frustración y los procesos de análisis para seguir fortaleciendo de manera cognoscitiva, también hay actividades que apoyan a la escuela.

✓ Sesión 7.- Conservar y optimizar la memoria y concentración.

Uno de los mayores conflictos que tiene el niño con TDAH es la falta de retención y atención por lo que a esta sesión se le da prioridad en todas sus actividades a la memoria y atención con diferentes dinámicas que al mismo tiempo, apoya la parte pedagógica del niño con dígitos, figuras, acciones, sonidos y secuencia. Es importante que los niños tengan el recuerdo ya sea de una acción, de algunos datos, dígitos, principalmente de normas o reglas para que tengan límites y así seguir fomentando el autocontrol.

✓ Sesión 8.- Desarrollar la creatividad, fortalecer la expresión y el pensamiento abstracto.

Las actividades que van a realizar tienen la función de desarrollar la creatividad por medio del baile, la pintura, realizar figuras con plastilina, hacer sonidos con la boca. También realizarán actividades que fortalezcan la expresión corporal como adivinar palabras, contar su vida, inventar cuentos; con estos ejercicios también fortalecen la seguridad en ellos mismos. Por otro lado estas actividades apoyan el pensamiento abstracto del niño.

Algunas de las actividades se harán en equipo y otras individual, siempre con a finalidad de seguir apoyando al máximo al niño para un mejora en el área social, educativa y familiar.

✓ Sesión 9.- Reflexiones y verbalizaciones que disminuyan la impulsividad y fortalezcan el autocontrol.

Es importante que cada niño sea consciente de la importancia del autocontrol es por ello que esta sesión se fortalecerá este parte por medio de las visualizaciones y lectura de una fábula.

Disminuir la impulsividad con actividades como masaje, encontrar objetos bajo la arena, bailar en pareja, estiramiento con la técnica de Kappen. Es importante la observación que los papás hagan a sus hijos ya que las reacciones, conductas y actitudes que tengan durante las actividades favorecerá la retroalimentación.

- ✓ Sesión 10.- Integración grupal, para fomentar valores de respeto y tolerancia; cierre del taller.

En esta última sesión es importante aclarar dudas sobre todo porque es la última vez que estará todo el grupo reunido; en esta sesión se seguirá fomentando con los valores de respeto y tolerancia, ya que algunos niños les cuesta trabajo llevarlos a cabo, se harán por medio de actividades como caminar en equipo con agujetas amarradas al compañero, pasar por debajo de una maya, pasar de un lado a otro sobre un tabla, multiplicar para poder encestar con esta actividad también se fortalece la habilidad matemática y la memoria.

PROCEDIMIENTO

Se acudirá a la dirección de una escuela primaria pública del Distrito Federal, se solicitará el apoyo para poder desarrollar el taller “Para la intervención oportuna para niños con TDAH en edad escolar con actividades dirigidas a padres de familia y niños con TDAH”. Una vez aceptado por directivos escolares, se brindará la información a los profesores, con el objetivo de inducir aún más información sobre este trastorno, ya que la colaboración es en conjunto entre padres de familia, profesores y niños con TDAH, para llevar a cabo una intervención oportuna y efectiva.

De esta manera se les dará una plática inductiva a padres de familia en donde se resolverán dudas que existieran en torno al taller, con el objetivo de alentar y estimular aún más en el tema y de actividades del mismo taller. Se firmará una carta compromiso y una carta de consentimiento informado, en donde cada uno de ellos

se comprometa a terminar con el taller una vez iniciado, con el objetivo de crear hábitos de seguimiento tanto para padres de familia, como para los niños con TDAH.

Así mismo se comenzará a impartir el taller; de acuerdo con la teoría ,la familia es un nexo de intercambio diario entre sus miembros y entre éstos y ambientes externos, tales como el lugar de trabajo de los padres, la escuela de los hijos y otras instituciones de la comunidad; en este intercambio, los miembros de la familia son afectados y a su vez afectan a otros, específicamente los procesos psicológicos y emocionales en turno influyen y moldean patrones específicos de relaciones familiares; por tanto la intervención multimodal incluye diferentes maneras conjuntas para llevar a cabo la intervención para la disminución de los síntomas, igualmente saber intervenir desde casa en diferentes momentos a lo largo de todas las sesiones; por tanto a continuación se presenta la estructura general del taller propuesto. El taller está compuesto de 10 sesiones de 2 horas cada una, más una sesión de presentación y otra de cierre. El taller se detalla a continuación, así como las cartas descriptivas (ver Anexo 2).

Anexo II.

Taller para la intervención oportuna para niños con TDAH en edad escolar con actividades dirigidas a padres de familia y niños con TDAH.

Elaborado. Gloria Stefani González Banderas

Impartido. Gloria Stefani González Banderas

Sesión 1. Objetivo Específico.- Conocer las expectativas e integración de los participantes hacía el taller.

Carta Descriptiva 1.1

Tema	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Presentación de los especialistas.	Dar a conocer a los terapeutas. Participación de papás y niños con TDAH.	Presentación.	El terapeuta se presentará, dando una pequeña autobiografía. Así mismo presentará a su equipo de trabajo que serán otros especialistas.	Ninguno.	5 min.
Presentación del taller	Dar a conocer los objetivos del taller. Participación de papás y niños con TDAH.	Exposición.	Se presentará el taller a nivel general, además se resolverán cuestiones que se tengan del mismo.	Computadora, cañón proyector y presentación.	10 min.
Presentación de los participantes.	Establecer los lineamientos y compromisos al asistir a todas las sesiones del taller, así como la participación en cada una de las sesiones.	Juego de las frutas.	A cada participante se le asignara en voz baja el nombre de alguna de las siguientes frutas: manzana, plátano y fresa; también a los papás e hijos harán pequeños equipos y a ellos se les asignará un nombre de fruta diferente a los anteriores siendo los	Gafetes para cada participante.	15 min.

	<p>Conocer el nombre de los participantes. Participación de papás y niños con TDAH.</p>		<p>siguientes nombres de fruta: melón, uva y sandia. Posteriormente se les pedirá que cambien de lugar cierto nombre de frutas, por ejemplo; se cambian las fresas y cada persona con ese nombre cambiará de lugar a la tercera ocasión que cambien de lugar también se les pedirá que se presenten con su nombre, edad y cuál es el compromiso que adquieren al acudir al taller. Y así sucesivamente hasta que todos se hayan presentado. Para terminar el ejercicio se reforzará de manera positiva con aplausos y palabras como; muy bien, excelente, buen trabajo, entre otras.</p>		
--	---	--	--	--	--

Sesión 1_ Objetivoo Específico.- Identificar y describir cada emoción, conducta y actitud que el participante este llevando a cabo con base a las actividades, así como fomentar la atención.

Carta Descriptiva 1.2

Tema	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Identificar emociones.	Lograr que cada participante baja el nivel de ansiedad. Participación de papás y niños con TDAH.	Visualización.	Se hará una visualización en donde se les llevará a diferentes momentos, donde sintieron tristeza, coraje o impotencia hasta llevarlos al punto culminante de una emoción positiva, donde se sintieron contentos, alegres; por medio de recuerdos de infancia o bien de cuando eran más pequeños, en espacios de escuela, familia y amigos. Habrá música de fondo.	Sistema de audio, computadora (música de fondo).	5 min.
Autocontrol	Cada participante identifique y analice la emoción, que este vivenciando en ese momento. Participación sólo niños con TDAH.	Dibujar y exponer.	Cada participante se dibujará así mismo con la emoción que este vivenciando. Una vez terminado cada uno expondrá de manera breve el dibujo o le qué significa para cada uno. En el caso de ser una emoción positiva se les dirá si requieren hacer muchas cosas para sentirse así o sólo con el hecho de recordar, con el objetivo de hacerlos conscientes y analíticos para	Hojas blancas, lápices, colores, crayolas, gises.	20 min.

			que ellos comiencen a transformar sus emociones y energías, si bien es una emoción negativa llevarlos al punto de no tiene caso estar o sentirse de esa manera ya que también su alrededor se ve afectado y así hasta que transformen su dibujo en otra emoción o energía. Para llevarlos al autocontrol. Finalmente reforzara de manera positiva con aplausos y palabras como; muy bien, excelente, buen trabajo, entre otras.		
Atención.	Lograr que el participante sitúe su atención en el cuento que se está narrando para fomentar la atención por medio de la escucha activa. Participación de papás y niños con TDAH.	Narración de un cuento “ El conejo y el venado”.	Se les narrará un cuento por 3 minutos, posteriormente se les preguntará, sobre el cuento: los personajes principales y que hicieron cada uno de ellos. Una vez que terminaron se seguirá narrando el cuento otros 3 minutos cuando se termine el tiempo de igual modo se proseguirá a preguntar acerca de lo leído, en cuanto terminen de expresar lo que escucharon del cuento, se finalizará con los últimos 3 minutos de lectura Finalmente reforzara de manera positiva con aplausos y palabras como; muy bien, excelente, buen trabajo, entre otras.	Ninguno.	10 min.

Atención.	Dar a conocer la importancia de ubicar la atención específicamente en algo, con base en la actividad anterior; una narración, dibujo, entre otras cosas. Participación de papás y niños con TDAH.	Lluvia de ideas.	Se les hará una pregunta al aire ¿Por qué es importante poner atención? Ellos responderán con expresiones o palabras mismas que se irán anotando en el pizarrón, para después analizarlo y hacer un concepto con las palabras que ellos fueron expresando si es necesario agregar palabras para llevar a cabo el ejercicio y que pueda ser concreto y correcto se hará. Finalmente reforzara de manera positiva con aplausos y palabras como; muy bien, excelente, buen trabajo, entre otras.	Pizarrón, plumones o gises.	10 min.
Atención.	Lograr que el participante siga las instrucciones y copie cada uno de los movimientos del instructor. Participación de papás y niños con TDAH.	Ronda las partes del cuerpo.	Se les pedirá a los participantes que formen un círculo; después deben indicar en su propio cuerpo las partes mencionadas. Cabeza, hombros, rodillas y pies y todos aplaudiendo a la vez. Orejas boca y cuello también y todos aplaudimos a la vez. Hombro codo y mano también y todos aplaudimos a la vez. Uñas, manos, cintura y cola y todos tomaremos coca cola, dientes, boca, pestañas, nariz y todos muy felices comiendo maíz. Finalmente reforzara de manera positiva con aplausos y palabras como; muy bien, excelente, buen trabajo, entre otras.	Ninguno.	10 min.

Atención.	El participante una los puntos y termine por completo la actividad. Participación sólo niños con TDAH.	Unir los puntos para formar un dibujo.	Se les dará una hoja de papel con puntos que al unirnos formarán una figura. Cuando terminen se reforzará de manera positiva con aplausos y palabras como; muy bien, excelente, buen trabajo, entre otras.	Hojas de papel con puntos previsualizadas con dibujos para unir, lápices.	10 min.
Memoria.	Fomentar la memoria a corto plazo, concentración y generar que terminen cada tarea. Participación de papás y niños con TDAH.	Jugar memoria.	Se harán equipos de 4 a 6 personas, a cada equipo se les dará un juego de memoria, cada juego es diferente; de animales, figuras, colores y frutas. Dentro de cada equipo requiere haber un papá con su hijo o bien el papá sólo, pero no puede haber niños solos o sin su papá	Juegos de memoria (De animales, figuras, colores y frutas)	10 min.
Relajar y bajar nivel de ansiedad.	Cada participante relaje sus músculos por medio de estiramientos. Participación de papás y niños con TDAH.	Ejercicios físicos.	Cada participante tendrá estará de pie con postura erguida con pies abiertos a la altura de los hombros, estirará primero primer los brazos hacia los lados, posteriormente moverán el torso hacia la derecha y luego hacia a la izquierda a continuación bajarán el torso hacia el lado derecho después hacia el lado izquierdo. Ahora estirarán primero el brazo derecho con el pie izquierdo así se estiran los músculos inferiores, después a la inversa el brazo izquierdo con el pie derecho.	Ninguna	10 min.

			Posteriormente juntarás los pies de manera erguida para después bajar el torso y poder tocar la punta de sus pies estirar lo más que se pueda los brazos hacia abajo y después estirarlos hacia arriba.		
Cierre de la sesión.	Aclarar dudas y dar una retroalimentación. Participación de papás y niños con TDAH.	Preguntas y respuestas.	Los participantes harán preguntas y el especialista aclarará, también se les dará una retroalimentación acerca de lo visto durante la sesión	Ninguna	5 min.

Sesión 2

Objetivo Específico. - Dar a conocer las principales actividades cognitivo conductuales, así como el objetivo de cada una de ellas.

Carta descriptiva 2.

Tema	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Terminar las tareas.	Explicar y fomentar que cada participante termine cada tarea que comienza. Participación sólo niños con TDAH.	Exposición. Dictado de un cuento y plana de este.	Dar una explicación por medio de una exposición breve acerca de la importancia que un niño tiene para terminar alguna tarea. La actividad será dictar un pequeño cuento de dos renglones y repetir el cuento hasta terminar la página del cuaderno.	Pizarrón plumones o gises.	15 min.
Ansiedad.	Observar la ansiedad durante esta actividad y comentar los resultados. Participación de papás y niños con TDAH.	Picar con un punzón un dibujo plasmado en una hoja de papel previamente.	A cada participante se le dará un punzón, hoja de papel con dibujo y apoyo para poner sobre el papel, picarán con el punzón sobre las líneas marcadas y formar el dibujo que este. Cuando se termine la actividad se comentará sobre lo que se observó en cada uno de los niños que participaron con las siguientes preguntas: ¿Cómo lo hicieron?, ¿Quién lo hizo más rápido?, ¿Siguieron las instrucciones correctas?	Hojas con dibujos, punzón y apoyo para poner la hoja.	10 min.

Concentración.	Lograr que el niño con tdah y su papá logren armar el rompecabezas en un período de tiempo. Participación de papás y niños con TDAH.	Rompecabezas.	A cada participante se le dará un rompecabezas de 30 piezas, requieren armarlo en un período de 10 minutos, cada papá estará al pendiente para apoyar a su hijo. Una vez terminado el rompecabezas se reforzará al niño con palabras como; muy bien, lo hiciste excelente, psi pudiste, entre otras. Por último, harán las observaciones y análisis con base a la experiencia que tuve cada participante.	Diferentes rompecabezas.	20 min.
Concentración-Atención.	Cada participante logre identificar todas las diferencias de las figuras, para fortalecer la concentración y atención. Participación sólo niños con TDAH.	Encuentra las diferencias.	A cada participante se les darán dos hojas con dibujos similares, sólo se diferencian por color, ausencia de objetos o accesorios. Al finalizar el papá corroborará que efectivamente se haya completado la tarea, en el caso que no se así se le indicará al niño, hasta terminar. Ya que haya concluido la tarea al cien por ciento una vez más se seguirá con el reforzamiento con palabras; muy buen trabajo, excelente, cada vez lo haces mejor, etc.	Par de hojas con figuras similares para encontrar diferencias y lápices.	10 min.
Liberar ansiedad.	Lograr que cada uno de los participantes libere ansiedad, tensión, entre otras emociones o energías	Carreras.	Se harán equipos de tres personas cada uno. Se hará una carrera de relevos, se organizar entre ellos para saber en qué posición va a estar cada uno, Pasarán dos equipos al mismo	Espacio amplio: patio, jardín, salón grande sin sillas.	20 min.

	negativas que provoquen dificultades para ejecutar las actividades. Así mismo fomentar el compañerismo. Participación de papás y niños con TDAH.		tiempo, se irán eliminando para sacar al ganador, el que gane se llevará el aplauso y reconocimiento de sus compañeros.		
Descripción de sí mismo.	Lograr que el participante se describa a el mismo por medio de una autobiografía para después reflexionar acerca del escrito. Participación sólo niños con TDAH.	Autobiografía.	Se les dará una hoja a cada niño, en donde escribirán una descripción de ellos mismos, una autobiografía, de cómo actúan, que sienten, actividades preferidas, que les disgusta de ellos. Incluso cosas negativas. Todo lo que describa a cada uno de ellos, estará escrito en las hojas por último escribirán su nombre; los papás sólo observarán el ejercicio y apoyarán a su hijo si es necesario.	Hojas blancas, plumas.	10 min.
Feedback	Lograr que el participante tenga una reflexión con base a la autobiografía escrita y la opinión de su mismo par. Participación sólo niños con TDAH.	Maremoto	Una vez que hayan realizado la autobiografía cada niño se quedará con su hoja; se armara un círculo con las sillas y los niños sentados teniendo las hojas de su autobiografía. Se dirá: -Olas a la derecha y se cambian a la derecha una silla. –Olas a la izquierda y se cambian a la	La autobiografía de cada uno.	20 min.

			<p>izquierda, por último –Maremoto, se cambiaran a diferentes lugares, sin un orden. Así alternando las órdenes por 3 o 5 diferentes. Después se dirán las mismas órdenes, pero sólo se intercambiarán las hojas de su autobiografía. Con la última hoja que se queden la leerán en voz baja y después cada uno dará su opinión, dirá a quién están describiendo o a quién le representa, el objetivo es que sea a ellos mismos. Lograr que se den cuenta que lo escrito los está describiendo, aún sin haberlo escrito ellos mismo.</p> <p>Los papás seguirán observando y analizando el hablar y actuar de cada uno de los niños.</p>		
Ansiedad	<p>Observar y cotejar con actividades anteriores el nivel de ansiedad.</p> <p>Participación sólo niños con TDAH.</p>	Colorear un dibujo.	<p>Lograr que el niño termine por completo la tarea de colorear el dibujo. El papá requiere estar a lado para observar u supervisar el trabajo de su hijo, motivándolo con palabras positivas.</p>	Hojas con dibujos para colorear y colores.	10 min.
Cierre de sesión.	<p>Señalar los puntos más importantes de la sesión en ideas claras.</p> <p>Participación de papás y niños con TDAH.</p>	Lluvia de ideas.	<p>Pedirle a los niños y papás lo aprendido durante la sesión anotando las ideas principales en el pizarrón.</p>	Plumón y borrador.	5 min.

Sesión 3

Objetivo Específico. - Fortalecer memoria y atención para así llevar al niño a un proceso ordenado a través de estas habilidades.

Carta descriptiva 3.

Tema	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Confianza	<p>Crear confianza entre los mismos niños con TDAH y fortalecer la escucha activa y el lenguaje, por medio de la voz se guíen para reconocerse y encontrarse.</p> <p>Participación sólo niños con TDAH.</p>	<p>Buscar a su mismo par con los ojos vendados.</p>	<p>Se agruparán en pares habrá varios equipos con dos participantes únicamente, se esparcirán por el salón; a cada uno se les dará un paliacate con el que requieren cubrir sus ojos perfectamente (los papás apoyarán en verificar que no se lastimen y que estén totalmente cubiertos los ojos para que no vean nada).</p> <p>Posteriormente se les dará la indicación que requieren buscar a su compañero, le gritarán por su nombre, sin empujar, correr, sólo caminando y acercándose a donde escuchen la voz. Los papás harán un círculo alrededor de los niños para que evitar que no choquen o se lastimen con bancas, sillas u otras cosas.</p> <p>Al terminar expondrá cada uno de ellos, su sentir al momento de la actividad.</p>	Paliacates.	15 min.

<p>Confianza</p>	<p>Fortalecer la confianza por medio de aclaración de dudas tomando en cuenta el ejercicio anterior, y así llevarlos al punto de la importancia de la comunicación y una escucha activa. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Preguntas y respuestas.</p>	<p>Se les harán las siguientes preguntas: -¿Qué hicieron para encontrar a su compañero? -¿Cómo lo hicieron? -¿De qué manera o forma actuaron para encontrarlo? -¿Fue fácil, difícil? -¿Por qué? Los papás primeramente se dedicarán a escuchar a cada niño, al último darán <i>feedback</i> a los niños por medio de su observación.</p>	<p>Nada.</p>	<p>10 min.</p>
<p>Atención</p>	<p>Lograr generar atención y concentración sólo en la lectura y no en su alrededor. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Test de <i>Stroop</i></p>	<p>La actividad será padre e hijo, funcionará de la siguiente manera: a cada equipo se les dará 5 láminas de colores diferentes con palabras escritas de algún color diferente al de la lámina. Los papás se las mostrarán a sus hijos y ellos deberán leer y decir en voz alta el color que está escrito. Deberá pasarla en un tiempo corto, así hasta que logren decir consecutivamente las 5 palabra escritas en el mismo tiempo. Los niños requieren leer lo escrito, sin poner atención en el color de la lámina y así evitar distracciones con estímulos del alrededor. Al final se comentará sobre la actividad, lo fácil o difícil, que</p>	<p>Test completo de <i>Stroop</i>.</p>	<p>20 min.</p>

			aprendieron de la actividad, que fue lo más importante.		
Escucha activa	Lograr que los participantes escuchen y se imaginen la narración, para ampliar sus expectativas y sólo se concentren en que están escuchando. Participación de papás y niños con TDAH.	Escuchar un audio libro con los ojos cerrados.	Cada participante se acomodará en su silla cerrarán los ojos para comenzar a escuchar el audiolibro. Terminando se comentará sobre lo vivenciado durante la escucha del libro; que fue lo imaginado, las emociones emoción que tenían durante lo que escucharon.	Grabadora y audio libro.	10 min.
Atención.	Lograr que cada participante tenga atención por medio del oído y de la vista, según corresponda. Participación sólo niños con TDAH.	Lotería.	Se les dará a cada niño una laminilla para que participe; requieren tomar atención visual y auditiva, cada vez que pase una lámina, ya que cada figura puede estar en la laminilla de ellos, por tal motivo requieren tener mucha atención y así agregar una bolita de papel a las que les pertenezcan, sean iguales a las que ellos tienen.	Lotería, bolitas de papel.	15 min.
Seguimiento de instrucciones.	Lograr que los participantes sigan instrucciones por medio del baile y la música así como liberar tensión y	Baile “Chu chu ua”.	Estarán en una fila y al frente estarán los papás y el especialista. Se comenzará a reproducir la canción y al tiempo de la canción comenzarán a bailar y seguir las instrucciones.	Grabadora y disco con la canción o computadora y bocinas.	10 min.

	ansiedad, así mismo fomentar el modelamiento. Participación de papás y niños con TDAH.				
Memoria.	Fortalecer la memoria a corto plazo y la lógica matemática. Participación de papás y niños con TDAH.	Juego de memoria con de tablas de multiplicar.	Formarán equipos de 4 a 6 personas, se les dará un juego de memoria (Con diferentes tablas de multiplicar) a cada equipo, una vez que terminen la actividad vuelven a comenzar una segunda y última vez hasta terminar. Cada que un niño tenga un acierto los papás reforzarán con palabras positivas como: muy bien, excelente, entre otras.	8 juegos de memoria de tablas de multiplicar revueltas.	20 min.
Trabajo en equipo.	Lograr que los participantes tengan comunicación, así como formar un equipo. Participación de papás y niños con TDAH.	La teja.	Harán un círculo grande entre todos los participantes se les dará una teja y requieren pasarla entre todos, pueden utilizar las manos, pies o la cabeza, pero no la pueden dejar caer. Hasta que logren el mayor número al pasar la teja y que no caiga.	Teja.	15 min.
Cierre de sesión.	Alcanzar la claridad del objetivo de cada actividad para los participantes.	Preguntas y respuestas.	Se les preguntará si tienen alguna duda respecto alguna actividad y se anotarán todas las preguntas, una vez que ya no haya preguntas se irán contestando cada una de ellas hasta terminar.	Plumón y borrador.	5 min.

	Participación de papás y niños con TDAH.				
--	--	--	--	--	--

Sesión 4

Objetivo Específico. - Fomentar la organización mental y habilidades cognitivo-conductuales, para llevar al niño a un proceso mental ordenado.

Carta descriptiva 4.

Tema.	Objetivo.	Actividad.	Procedimiento.	Materiales.	Tiempo
Interacción grupal.	Integrar a los participantes para la interacción y al mismo tiempo fomentar por medio del modelamiento. Participación de papás y niños con TDAH.	Las órdenes del sargento.	Formarán una línea y al frente estarán cada papá en compañía con el especialista, una vez que estén todos comenzarán a cantar la siguiente canción. Este es el juego del calentamiento hay que seguir las órdenes del sargento, jinetes a la carga una mano (Mueven una mano); este es el juego del calentamiento hay que seguir las órdenes del sargento jinetes a la carga una mano la otra (Mueven las dos manos	Ninguno.	10 min.
Identificación de palabras.	Que los participantes conozcan e identifiquen los sinónimos, Así como fomentar la agilidad mental, concentración y lograr que termine las tareas. Participación de papás y niños con TDAH.	Crucigrama.	A cada participante se le dará un crucigrama serán 5 diferentes en donde requieren anotar el sinónimo de los animales. Si tienen alguna duda estará el papá de cada niño a un lado para apoyarlo.	Un crucigrama para cada participante.	20 min.

Imaginación.	Fomentar la imaginación y creatividad. Participación de papás y niños con TDAH.	Realización de títeres.	Se les pedirá que lleven dos calcetines que ya no ocupen y estén en buen estado, botones, pegamento, listones, estambre y cosas para adornar. Una vez teniendo todo el material, realizarán títeres con los materiales que llevaron, los adornarán libremente utilizando su imaginación y creatividad.	Calcetines, botones, pegamento, estambre, listones, hilos, entre otras cosas para adornar el títere.	30 min.
Comprensión.	Lograr que el niño entienda o interprete el mensaje del cuento. Participación de niños con TDAH.	Lectura y comprensión de un cuento.	A cada niño se le dará el cuento de una fábula para que la lean a sus papás. Al final el niño le dirá al papá cual fue el mensaje del cuento.	Un cuento para cada niño.	15 min.
Habilidad numérica.	Desarrollar la lógica matemática de cada participante. Participación de papás y niños con TDAH.	Secuencia numérica.	A cada participante se les dará una hoja con 5 secuencias numéricas diferentes. Para los papás tendrá una dificultad mayor a comparación de los niños.	Una hoja para cada participante con 5 secuencias numéricas diferentes.	15 min.
Creatividad y trabajo en equipo.	Desarrollar la creatividad de cada participante, así como fomentar el trabajo en equipo. Participación de papás y niños con TDAH.	Realizar una obra de teatro con los títeres hechos.	Se les pedirá que tengan sus títeres a la mano para realizar una obra teatral. Realizarán equipos de 4 a 6 participantes con personas que no hayan compartido actividad. Cada equipo va a elegir que cuento va a representar con los títeres, el especialista hará apoyo para orientar	Títeres ya hechos anteriormente.	25 min.

Cierre de sesión.	de Aclarar dudas respecto a los ejercicios o respuestas de alguno de sus niños. Participación de papás y niños con TDAH.	Preguntas y respuestas.	<p>las dudas de la información de los cuentos o narraciones. Se les dará un tiempo de 3 minutos para comentar y ponerse de acuerdo para saber que cuento van a realizar y otros 10 minutos para saber que personajes y cuál será la narración. y otros 10 minutos para presentarlo con los demás compañeros</p> <p>y Se les preguntará si tienen dudas y se escribirán en el pizarrón una vez escritas todas las dudas, el especialista contestará cada una de ellas.</p>	Plumón y borrador.	5 min.
-------------------	---	-------------------------	---	--------------------	--------

Sesión 5

Objetivo Específico.- Realizar actividades que lleven procesos cognitivo-conductuales, para llevar a la transformación mental y conductual del niño.

Carta descriptiva 5.

Tema.	Objetivo.	Actividad.	Procedimiento.	Materiales.	Tiempo .
Interacción grupal.	Fomentar la importancia de hacer equipo, así como hacer interacción entre papá e hijo. Participación de padres y niños con TDAH.	Islas y bombas.	En el piso se harán dos cuadros iguales (del mismo tamaño y a la misma altura), las medidas dependerán del número de participantes ya sea de 1m. x 1m. o de 1.50m x 1.50m; estarán separados entre ellos con una medida de 90m. (Que puedan dar un paso los niños, no con facilidad). En un cuadro estarán dentro los papás y en otro los los niños. Se les dirá que donde se encuentran ubicados son unas islas, pero en estás islas se aproxima una bomba y para salvarse todos, requieren estar todos en una misma isla, si pisan fuera del cuadro estarán pisando agua y por lo cual se podrían ahogar, se les dará un tiempo de 1 minuto para que salen de un lado a otro si el tiempo se está aproximando se les dará un minuto más decires. Se	Grabadora o computadora con bocinas y sonido de reloj o cronometro.	5 min.

			contará con sonido de cronometro o de reloj.		
Tolerancia a la frustración.	Lograr que armen el rompecabezas en el menor tiempo posible. Participación sólo de niños con TDAH.	Rompecabezas.	Se les dará un rompecabezas a cada niño con 60 piezas requieren armarlo en 10 minutos, los primero cinco que terminen se les dará un premio de una paleta; lo siguientes que vayan terminando sólo les diremos muy bien, excelente hiciste tu mayor esfuerzo y gracias a eso lo has logrado. Es importante que el papá apoye a su hijo, sin decirle en donde va cada pieza.	Rompecabezas diferentes para cada participante.	15 min.
Secuencia lógica.	Seguir la secuencia de figuras o formas que se presenten, para favorecer la atención y concentración. Participación sólo de niños con TDAH.	10 ejercicios de secuencia lógica con figuras.	A cada participante se le dará una hoja con 10 ejercicios diferentes de secuencia lógica donde influyen figuras, formas, frutas y colores. Los papás apoyarán a su hijo siempre alentando para que lo haga y motivando a que termine el ejercicio, el ejercicio no lo debe de hacer el papá.	Hojas para cada participante con 10 ejercicios cada uno, lápices, gomas, sacapuntas.	10 min.
Atención selectiva.	Obtener atención por medio de la selección visual uniendo las columnas que correspondan entre si y así lograr que el participante termine la actividad.	Relación de columnas de diferentes campos semánticos.	Se les dará una hoja a cada participante con 15 relaciones de columnas de diferentes campos semánticos con supervisión de sus papás requieren enlazar columnas derecha con la columna de la izquierda dependiendo la relación que tengan entre si. El papá apoyará	Hojas con 15 relaciones de columnas para cada participante.	10 min.

	Participación sólo de niños con TDAH.		alentando a que termine, no hará el ejercicio.		
Liberar tensión.	Liberación de tensión y ansiedad por medio de estiramiento y relajación de músculos. Participación de papás y niños con TDAH.	Estiramiento de espalda, brazos y piernas.	A cada participante se le pedirá estar en un espacio dentro del salón donde se pueda acostar si golpear a otro compañero (Cada papá estará al pendiente de su hijo). Se les dirá que coloquen su tapete en el suelo para que se acuesten sobre él boca arriba, ya en esta posición se les pedirá que estiren sus brazos hacia arriba, después que recogen sus rodillas hacia el pecho, posteriormente se les pedirá que se pongan en posición boca abajo, en donde estirarán las manos y los pies hacia atrás hasta alcanzarlos, cada estiramiento será de 3 minutos aproximadamente cada uno.	Tapete para acostarse.	15 min.
Marcar ritmo.	Que los participantes adquieran el seguimiento del ritmo por medio de la escucha activa. Participación de papás y niños con TDAH.	Seguimiento de ritmo con algunos instrumentos musicales.	Con panderos, maracas, palos de lluvia y otros instrumentos con los cuales se pueda hacer sonido mediante el movimiento. Se les proporcionará un instrumento a cada participante, el especialista comenzará con un ritmo sencillo una vez que todos los participantes sigan el ritmo, lo estará cambiando hasta obtener un ritmo complejo con acorde a la edad de los niños. Es importante	Instrumentos de música como panderos, palos de lluvia, maracas, entre otros.	15 min.

			que los papás siempre alienten a su hijo para hacer y terminar la actividad.		
Seguimiento de atención en la lectura.	Adquirir la habilidad para seguir la lectura por medio de la atención visual y auditiva. Participación de papás y niños con TDAH.	Seguimiento de la lectura colectiva.	Comenzarán a leer una lectura de un cuento (El patito feo). Primero lee el especialista, después va ir diciendo el nombre de algún participante para que siga la lectura, después el especialista dirá el nombre de otra persona y requiere seguir la lectura y así sucesivamente hasta terminar la lectura, requieren pasar todos los participantes.	Hojas con la lectura del patito feo.	20 min.
Seguimiento de instrucciones.	Que el participante siga las instrucciones y desarrolle habilidad motora fina. Participación de papás y niños con TDAH.	Boleado.	A cada participante se les dará una hoja con un dibujo sencillo y 4 trozos de colores diferentes de papel crepe (Cortados de aproximadamente de 1cm y medio). Primero harán bolitas pequeñas de diferentes colores, dependiendo la figura. Una vez que termine de hacer una cantidad moderada de bolitas las comenzará a color sobre el dibujo, como un coloreado, pero con bolitas de papel crepe. Los papás estarán al pendiente de su hijo, sin embargo, también hará su propio dibujo, no descuidar ninguna de las dos.	Papel crepe de diferentes colores, hojas con dibujos sencillos, pegamento.	25 min.

Cierre de sesión.	de	Aclarar dudas de papás y niños con TDAH. Participación de papás y niños con TDAH.	Preguntas y respuestas.	y	El especialista preguntará si hay dudas o aclaraciones con alguna actividad u objetivo. Una vez que comiencen hacerlas, se escribirán en el pizarrón todas sin contestar ninguna; Hasta que no haya ninguna duda seguirá la respuesta a cada una de ellas.	Plumón y borrador.	5 min.
-------------------	----	--	-------------------------	---	--	--------------------	--------

Sesión 6

Objetivo Específico.- Difundir actividades para el desarrollo de la percepción visual, auditiva y kinestésica

Carta descriptiva 6.

Tema.	Objetivo.	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo
Percepción auditiva.	Fomentar la percepción auditiva. Participación sólo de niños con TDAH.	Los pollitos y la gallina.	Todo el grupo se vendará los ojos, excepto una persona ellos elegirán quién. El participante que quede con los ojos sin vendar será la gallina, todos los demás que estarán con los ojos vendados serán los pollitos; la gallina permanecerá quieta en lugar del salón, mientras los pollitos van caminando libremente por el salón si se encuentran entre ellos dirán: "Pío, pío" y si contestan lo mismo ("Pío, pío"), los dos continúan caminando por el salón hasta a encontrar a otro. Si uno vuelve a decir "pío, pío" y el otro no responde, que decir que es la gallina. Entonces se destapa los ojos y pasa a ser gallina, que se queda al lado de la primera, sin alejarse. Se continúa hasta que todos sean gallinas. Los papás estarán al pendiente para que no se lastimen sus hijos.	Paliacates o algo para cubrir los ojos	20 min.

Percepción visual.	Fortalecer la percepción visual y participación espontánea de los niños. Participación sólo de niños con TDAH.	Dibujos vistos desde una perspectiva diferente cada uno.	En el pizarrón se trazarán diferentes dibujos vistos de diferentes vistas o perspectivas, en donde solo se muestre una parte de la imagen u objeto completo. Una vez trazado todos los dibujos se les preguntará a los niños que ven en cada una, dando prioridad a los niños con TDAH y después a los papás, es importante que todos los niños participen, sin importar si es buena o mala la respuesta después de 10 segundos a cada una de las imágenes se les dará la respuesta correcta (No importante que tal vez ya la hayan dicho). Así hasta terminar, serán 9 imágenes.	Plumón, borrador y pizarrón.	15 min.
Percepción kinestésica.	Exponer la percepción kinestésica y mostrar la discriminación de figuras. Participación de papás y niños con TDAH.	Recoger elementos de la naturaleza.	Se les pedirá a los niños que recojan hojas de árboles de diferentes texturas requieren tener 10 hojas, ramas o flores de diferentes árboles o plantas. Una vez teniendo todas las hojas expondrán cual fue su preferencia con base a la textura (Por qué eligieron esas hojas). Los papás requieren estar al pendiente de sus hijos.	Ninguno.	20 min.

Percepción del gusto.	Lograr que el participante discrimine los sabores sin tener el sentido de la vista y el olfato. así como también fomentar la confianza entre papá e hijo. Participación sólo de niños con TDAH.	Probar diferentes sabores.	A cada niño se le dará a probar un alimento diferente con el objetivo que distinga que es mencionando a que le sabe y del nombre de lo que está probando. Quien dará a probar serán los papás. Por cada alimento dará un trago de agua para eliminar sabor.	Sabores diferentes (Frutas, verduras, especias, granos).	10 min.
Percepción del olfato.	Lograr que el participante distinga aromas, sólo por medio del olfato sin utilizar la vista o el tacto. Participación sólo de niños con TDAH.	Dar a oler diferentes aromas.	Se les dará a oler diferentes aromas y los niños requieren decir el nombre de lo que están oliendo, serán aromas diferentes. El papá es el que dará a su hijo a oler los aromas.	Aromas diferentes (Dulces, frutales, fuertes, agrio, húmedo, madera).	10 min.
Percepción auditiva.	Fortalecer la percepción auditiva por medio de la discriminación de diferentes sonidos. Participación de papás y niños con TDAH.	Sonidos diferentes.	Se les pedirá a los participantes que se venden los ojos, una vez que todos estén de esta manera, escucharán sonidos diferentes y requieren reconocerlos y nombrar a lo que están escuchando.	Reproductor de música, bocinas, paliacates y diferentes sonidos como motores de autos, motos, animales, canciones, otros sonidos que sean	10 min.

				familiarizados por el niño	
Percepción visual.	Desarrollar la percepción visual, así como el fomento del pensamiento lógico. Participación de papás y niños con TDAH.	Escribir palabras que se parezcan en la escritura y que tengan un significado distinto.	Se le pedirá a cada participante que escriban palabras que se parezcan en la escritura, que probablemente puedan tener significado diferente; se les dará un ejemplo (pala-bala, pato-gato, carro-barro, entre otras). Serán 15 pares de palabras para cada participante. Los papás estarán al pendiente de sus hijos una vez que termine el papá podrá apoyar a su hijo.	Hojas blancas, lápices, gomas, zacapuntas.	15 min.
Percepción kinestésica.	Fomentar el desarrollo kinestésico, así como desarrollar la motricidad gruesa. Participación de papás y niños con TDAH.	Hacer letras con el cuerpo.	Formarán equipos de 4 a 6 personas. A cada equipo se les dará una letra y en el suelo harán las letras con su cuerpo (Por cada letra entrarán las personas que se requieran), se les dará oportunidad a todos de participar a todos. La actividad se hará equipo por equipo, es decir no todos al mismo tiempo.	Alfombra.	15 min.
Cierre de sesión.	Despejar dudas que tengas los participantes, referente a la sesión. Participación de papás y niños con TDAH.	Preguntas y respuestas.	A cada participante se les dará una ficha de trabajo en donde escribirán la pregunta, una vez que la escriban doblarán la tarjeta y la darán al especialista; una vez que terminen todos de escribir. El especialista comenzará a leer cada pregunta y contestar en seguida.	Tarjetas blancas de trabajo.	5 min.

Sesión 7 Objetivo Específico. - Fomentar la capacidad cognitiva para conservar y optimizar la memoria y concentración de los participantes.

Carta descriptiva 7.

Tema.	Objetivo.	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
Memoria a corto plazo.	Que los participantes recuerden el número escrito. Participación de papás y niños con TDAH.	Recordar dígitos.	Se escribirá un número en el pizarrón por 5 segundos, pasado este tiempo se borrará y ellos lo escribirán en una hoja blanca. Los números van a ir aumentando comenzará de dígitos hasta llegar a los 6 u 8 dígitos con base al resultado del grupo. Cada papá estará al pendiente de su hijo, está prohibido dar respuestas a los hijos.	Pizarrón, borrador, hojas blancas y lápices.	10 min.
Reconocer figuras.	Conseguir que los participantes identifiquen y discriminen figuras. Participación de papás y niños con TDAH.	Identificar figuras.	Se les dará una hoja con diferentes figuras (Cuadrados, estrellas, círculos, triángulos, pentágonos, rombos). Los participantes requieren identificar los cuadrados y encerrado en un círculo. Enseguida se les dará otra hoja con figuras en diferente orden y los participantes localizarán los triángulos, por ultimo una tercera hoja igualmente con figuras en diferente orden y van a localizar los pentágonos. Para cada hoja se les dará un tiempo de 2 a 3 minutos	3 hojas con figuras en diferente orden entre ellas, serán 3 hojas para cada participante, lápices.	10 min.

<p>Recordar a mi compañero.</p>	<p>Recodar el nombre de cada uno de los participantes. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Recuerdo el nombre de mi compañero.</p>	<p>máximo. Los papás estarán al pendiente de su hijo y queda probado darles la respuesta, o bien intercambiar hojas.</p> <p>A cada participante se le pedirá que se quite el gafete y lo entregará al especialista, una vez que todos estén sin gafete, harán un círculo dejando espacio entre una persona y otra; van a ir pasando de uno por uno a decir el nombre de su compañero en voz baja y en el oído; cada participante como el que está diciendo los nombres como el que está escuchando llevara la cuenta de los aciertos, si es que contesta correctamente.</p>	<p>Ninguno.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Memoria episódica.</p>	<p>Los participantes recuerden acciones en un texto, por medio de la atención visual y auditiva. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Recordar la acción.</p>	<p>En el pizarrón se escribirá con letras grandes y legibles una frase o una pequeña historia de 3 a 5 renglones el especialista repetirá en 2 ocasiones lo que está escrito; durante 30 segundos estará escrita pasando ese tiempo se borrará. Se escribirán preguntas en el pizarrón de opción múltiple, referente a la historia o frase; ellos en individual contestarán en una hoja, anotando sólo la respuesta</p>	<p>Pizarrón, plumón, borrador y hojas blancas para cada participante.</p>	<p>10 min.</p>

			correcta. El ejercicio se hará con 3 historias o frases diferentes.		
Remembranza de Sonidos.	Alcanzar la identificación de sonidos y generar que los participantes recuerden la secuencia de los sonidos. Participación de papás y niños con TDAH.	Recordando sonidos.	Se vendarán los ojos todos los participantes y comenzarán escuchar sonidos diferentes durante 5 segundos cada uno, serán 3 lapsos diferentes en el primero sólo serán 5 sonidos se quitarán la venda de los ojos y escribirá en la hoja la secuencia de los sonidos, en cuanto terminen regresarán a vendarse los ojos y los siguientes lapsos irán aumentando la cantidad de sonidos y el orden.	Paliacates, grabadora o reproductor de sonidos y bocinas, hojas blancas y lápices para cada participante.	10 min.
Memoria verbal.	Conseguir que los participantes recuerden la mayor cantidad de palabras y así fortalecer la memoria a corto plazo. Participación de niños con TDAH.	Recordar palabras.	En el pizarrón se escribirán palabras conocidas entre objetos, verbos y lugares serán 10 palabras permanecerán escritas por 30 segundos y al mismo tiempo el especialista la repetirá durante este tiempo, pasado este tiempo se borrarán las palabras y se proyectará un cuadro con un total de 25 palabras diferentes y requiere la participación de todos los niños con TDAH, se harán 3 ejercicios con diferentes palabras. Los papás sólo observarán la actitud y la participación de sus hijos (No habrá participación).	Pizarrón, borrador, proyector.	10 min.

Memoria detallada.	Los participantes recuerden la vestimenta de sus compañeros. Participación de papás y niños con TDAH.	Recordar las prendas de los compañeros.	Se formará un círculo los participantes se vendarán los ojos y el especialista comenzará a preguntar a cada cómo es que viene vestido (Color de la ropa, tipo de vestimenta, calzado entre otras cosas) alguno de sus compañeros, será al azar. Le preguntará a cada participante.	Paliacates.	10 min.
Seguir la secuencia.	Los participantes requieren seguir la secuencia y así fomentar la memoria a corto plazo. Participación de papás y niños con TDAH.	Seguir secuencia.	Formarán un círculo y con pelota pequeña que este suave. El especialista comenzará y dirá un número la lanzará hacia uno de los participantes y este dirá el número anterior que dijo el especialista y un número nuevo y lanzará la pelota a otro participante, este último requiere decir los números anteriores en la secuencia que los fueron diciendo; así hasta llegar a la cantidad máxima que recuerden. Se hará 2 ocasiones más, sin embargo, las siguientes serán con sus nombres y frutas.	Pelota pequeña de material suave.	15 min.
Recordando el pasado.	Que el participante acceda a su memoria a largo plazo y asociar palabras similares. Participación de papás y niños con TDAH.	Hacer rimas.	Se les explicará que es una rima, una vez terminado y entendido el conecto y significado la indicación será que escriban el mayor número de rimas posibles en la hoja que se le proporcione. El papá puede	Hojas blancas y lápices para cada participante.	10 min.

			apoyar a su hijo con una palabra y el niño busque una palabra que rime con la palabra que el papá le dijo.		
Memoria declarativa.	Lograr la participación de todos y que recuerden actividades durante un día normal. Participación de niños con TDAH.	¿Qué en mi día?	El especialista comenzara a lanzar preguntas al aire por ejemplo ¿Qué comiste ayer? ¿A qué día estuvimos antier? ¿Cuándo comenzó el taller? ¿Qué ropa traías el lunes? ¿A qué jugaste el miércoles? ¿Qué hiciste el domingo pasado? ¿Cómo se llaman tus amigos de tu casa? ¿Cuál fue la última película que viste? ¿Qué día de la semana te gusta más? ¿De qué color son tus zapatos favoritos? entre otras preguntas. Cada niño que participe lo hará de forma ordenada uno por uno y alzando la mano, quien no participe, se le animará a que lo haga o bien, se hará directamente la pregunta a un participante.	Ninguno.	15 min.
Cierre de sesión.	Aclarar dudas que tengas los participantes, referente a alguna actividad.	Preguntas y respuestas.	Se les dirá a los participantes si tienen alguna duda con las actividades hechas, si tienen duda se aclararán una por una, así como se hagan las preguntas.	Ninguno.	5 min.

Sesión 8 Objetivo Específico.- Desarrollar la creatividad de cada participante, al mismo tiempo, fortalecer su expresión y pensamiento abstracto.

Carta descriptiva 8.

Tema.	Objetivo.	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
Expresión corporal.	Cada participante se exprese con la música que este escuchando. Participación de papás y niños con TDAH.	Bailar.	Se escuchará música de diferente estilo y ritmo, los participantes requieren seguir a su cuerpo y bailar o actuar como cada uno desee, sin agredir al compañero. Escuchar música para niños, clásica, movida, electrónica.	Bocinas, reproductor de música.	10 min.
Imaginación.	Fomentar el desarrollo y capacidad de imaginación de los participantes. Participación de papás y niños con TDAH.	Inventa tu cuento.	Se harán equipos de 4 personas y a cada equipo se les darán 10 palabras claves diferentes. Requieren inventar un cuento que contenga las 10 palabras claves que el especialista les dio; el cuento requiere tener título, inicio, desarrollo y final. Se les dará una hoja blanca y lápices, contarán con un tiempo de 10 minutos para realizarlo, posteriormente un miembro de cada equipo pasará al frente para leerlo. El cuento requiere tener un mínimo de 50 renglones.	Hojas blancas y lápices.	25 min.
Descripción física.	Conseguir que los participantes utilicen	Dilo con mímica.	Formarán otro equipo de 4 personas diferente al anterior. A cada equipo se les dará una palabra o frase para	Ninguno.	10 min.

	<p>todo su cuerpo para describir una acción. Participación de niños con TDAH.</p>		<p>que describan con su cuerpo, no pueden hablar, ni emitir ningún sonido. será una persona y su equipo requiere adivinar que palabra es. Cada equipo estará concentrado para adivinar lo que está describiendo con su cuerpo. Serán 10 palabras para cada equipo y sólo se les dará 1 minuto para que adivinen.</p>		
<p>Expresión kinésica-visual.</p>	<p>Que el participante plasme lo que piense y sienta por medio del color y la pintura. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Pintura libre.</p>	<p>A cada participante se proporcionará una cartulina y pintura de diferentes colores. La indicación será que dibujen lo que ellos prefieran, es libre lo que elija cada uno y pueden utilizar la cantidad de colores que prefieran. Los papás estarán al pendiente de sus hijos, dejando que se expresen. Utilizarán sus dedos como brocha.</p>	<p>Mandil o bata, pintura de diferentes colores y cartulinas para cada participante.</p>	<p>20 min.</p>
<p>Sonidos con la boca.</p>	<p>Lograr que los participantes hagan diferentes sonidos con su boca. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Mi boca tiene diferentes sonidos</p>	<p>El especialista hará diferentes sonidos con la boca (Animales, medios de transporte, instrumentos musicales, entre otros). Los participantes harán los mismos sonidos y si ellos tienen nuevos sonidos los demás lo harán, primero uno por uno para que todos participen y después se hará un ritmo con diferentes sonidos.</p>	<p>Ninguno.</p>	<p>15 min.</p>

Descripción de mi vida.	Cada participante narre brevemente su vida. Participación de niños con TDAH.	La historia de mi vida.	Cada participante pasará al frente a narrar su vida. El especialista les dará ejemplo de lo que pueden decir por ejemplo: donde y con quién vive; que le gusta hacer con sus papás, que le gusta hacer más, acerca de la escuela, así cada participante va a ir agregando más actividades. Contará con un máximo de 2 minutos cada uno.	Ninguno.	25 min.
Creación de figuras.	Cada participante exprese lo que le guste por medio del moldeo de la plastilina y así fomentar la creatividad con la libertad de la imaginación. Participación de papás y niños con TDAH.	Figuras con plastilina.	A cada participante se les dará un trozo de plastilina y ellos harán la figura que más les guste, utilizarán todo el poder de su imaginación para hacerlo, pueden figuras reales, objetos o inventados por ellos.	Plastilina de diferentes colores.	10 min.
Cierre de la sesión.	Aclarar dudas o comentarios acerca de la sesión de hoy. Participación de papás y niños con TDAH.	Preguntas y respuestas.	Se preguntará quién tiene dudas o comentarios acerca de la sesión del día de hoy. Así como vayan preguntando se irán contestando las preguntas, así mismo de los comentarios u observaciones que tengas los papás.	Ninguno.	5 min.

Sesión 9 Objetivo Específico.- Disminuir la impulsividad por medio de reflexiones y verbalizaciones, así mismo se fortalecerá el autocontrol.

Carta descriptiva 9.

Tema.	Objetivo.	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
Observación e improvisación.	El objetivo para los papás es observar la conducta de sus hijos y la de otros niños. El objetivo de los niños es encontrar una pareja para bailar. Participación sólo niños con TDAH.	Buscar una pareja para bailar.	Se les pondrá una canción para que busquen a una pareja no importa que sea del mismo sexo. Escucharán diferentes ritmos y estilos, Bailarán como les guste (será libre), mientras sus papás observan cada conducta y movimiento de sus hijos.	Grabadora o reproductor de música.	10 min.
Relajación.	Relajar a cada uno de los participantes. Participación de papás y niños con TDAH.	Visualización.	Estarán sentados cada uno en una silla, donde se puedan sentir cómodos. Con apoyo de música. La visualización se guiará para que todos los participantes se relajen y así mismo canalizar su energía hacia lo positivo; los beneficios de seguir reglas, instrucciones, controlar impulso; por medio de ejemplos verbalizados y música.	Grabadora o reproductor de música.	10 min.
Masaje.	Lograr la participación de los niños y así adquieran relajación y convivencia de su mismo par.	La ducha.	Formarán equipos de 4 o 5 personas entre papás y niños, no podrán estar papá e hijo. Harán un círculo y una persona estará en medio del círculo, los que	Ninguno.	10 min.

Comprensión.	Participación de papás y niños con TDAH. Que el participante escuche la lectura y escuche el mensaje o moraleja de lo escuchado. Participación sólo de niños con TDAH.	Lectura de una fábula (Los cuervos depredadores).	están a su alrededor le harán masaje con las yemas de los dedos simulando el agua del baño, mientras que el que está en el centro cerrará los ojos Estarán sentados, el especialista comenzará a narrar la fábula, posteriormente se les preguntará a los niños que fue lo que entendieron de la lectura y entre todos, con el especialista los llevará a la moraleja final.	Fábula impresa para cada padre de familia.	10 min.
Expresión con los dedos.	Que los participantes perciban la sensación de la pintura en sus manos y dedos, así tranquilizar y calmar los impulsos de cada uno de los participantes. Participación de papás y niños con TDAH.	Dedos y pintura.	Estarán en el piso cada niño con su papá, se les proporcionará pintura de diferentes colores, media cartulina, agua y franela para cada participante. Se les dirá que dibujen lo que ellos prefieran, que plasmen un sueño, anécdota lo que más les guste. Solo tienen sus dedos para utilizarlo como pincel. Pueden utilizar la cantidad de colores que ellos prefieran.	Pintura digital de diferentes colores, mandil y cartulinas blancas.	30 min.
Estiramiento.	Todos los participantes estiren cada uno de sus músculos para relajarlos y seguir estimulando el autocontrol.	Relajación técnica de Koeppen.	Estarán sentados en diferente lugar por todo el salón (Cada papá estará al pendiente de su hijo). Se hará por grupos musculares. Comenzaremos por las manos y brazos. Imaginando que tenemos un limón en la mano izquierda y ahora lo	Ninguno.	15 min.

	Participación de papás y niños con TDAH.		<p>exprímelo para sacarle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo, cómo se aprieta mientras sigues sacando el resto del jugo, siente como se tensan. Ahora deja caer el limón. Date cuenta de cómo están tus músculos cuando se relajan, ahora con la mano derecha. Seguiremos con brazos y hombros. Imaginemos que somos un gato perezoso y nos queremos estirar, Extiende todo lo que puedas los brazos frente a ti estirándolos todo lo puedas. Ahora levántalos, por encima de tu cabeza y llévalos hacia atrás. Siente como el tirón llega hasta los hombros. Muy bien ahora a dejarlos caer a los lados, para que descansen del esfuerzo. (Se repite 2 veces).</p> <p>...</p>		
Ordenar figuras.	Lograr que los participantes identifiquen y ordenen las figuras dependiendo los lados de dichas figuras. Participación sólo de niños con TDAH.	Ordenar figuras.	Se formarán equipos de 4 a 6 niños, se les proporcionará figuras geométricas de diferentes tamaños, colores y texturas. Los niños requieren ordenar las figuras dependiendo el número de lados de cada, haciendo grupos de las diferentes tipos de figuras geométricas. Los papás estarán al pendiente y observarán la conducta y	Figuras geométricas de diferentes tamaños, colores y texturas.	10 min.

			la manera en que realiza la actividad su hijo.		
Encontrar objetos.	Que los participantes encuentren los objetos enterrados y así aumentar su tolerancia a la frustración con esto mismo se logrará relajar los músculos de las manos. Participación sólo de niños con TDAH.	Objetos debajo de la arena.	Seguirán en equipos y a cada uno se les proporcionará un recipiente con arena (tipo de mar) y con ellos diferentes objetos pequeños y grandes para que los encuentren. Los papás observarán la conducta de cada uno de los niños, podrán comentar entre ellos, igualmente estarán al pendiente para verificar que hagan la actividad correctamente y la terminen.	Arena (tipo de mar), recipientes y objetos de diversos tamaños, formas y colores.	10 min.
Identificar tarjetas.	Lograr que los participantes busquen e identifiquen las figuras para optimizar su habilidad visual. Participación sólo de niños con TDAH.	Encuentra los iguales.	Se les tapan los ojos a todos los participantes, mientras el especialista esconderá las tarjetas con dibujos, algunas estarán visibles otras no, para que puedan buscarlas. Los papás estarán al pendiente de sus hijos observando su acción ante la actividad.	Tarjetas grandes con dibujos 30 pares.	10 min.
Cierres de la sesión.	Aclarar dudas y comentar hacer de lo observado en las diferentes actividades. Participación de papás y niños con TDAH.	Preguntas y respuestas.	El especialista comentará acerca de las actividades, en caso de que los papás tengan dudas será el momento de hacerlo, igualmente los papás aprovecharán para comentar lo observado referente con sus hijos u otros niños y las actividades. Es importante la retroalimentación.	Ninguno.	5 min.

Sesión 10 Objetivo Específico.- Integración grupal, trabajo en equipo, fomentar valores de respeto, tolerancia y cierre del taller.

Carta descriptiva 10.

Tema.	Objetivo.	Actividad.	Procedimiento.	Material.	Tiempo.
Tolerancia.	Seguir fomentando el trabajo en equipo, compañerismo y el valor de la tolerancia. Participación de papás y niños con TDAH.	Unir los pies con agujetas.	Formarán equipos entre papás y niños de 4 a 6 personas cada equipo; después harán una fila uno tras otros y ayuda de agujetas se amarrarán los pies para comenzar a caminar. Requieren tener comunicación y coordinación para caminar un tramo de 4 metros sin caerse y sin desamarrar las agujetas. Los papás estarán al pendiente de los niños para que entre ellos no tengan conflictos, ni se caigan.	Agujetas.	10 min.
Organización.	Fomentar el valor de respeto y seguir creando unión de trabajo en equipo. Participación de papás y niños con TDAH.	Armar rompecabezas con los pies.	Seguirán amarrados de los pies y sólo tres participantes harán la actividad. El rompecabezas tendrá poca cantidad de piezas y es de tamaño grande, Se sugiere que de referencia participen sólo los niños.	Rompecabezas grandes.	10 min.
Comunicación.	Impulsar la comunicación por	Adivinar películas,	Seguirán en equipo, elegirán al azar lo que deben adivinar un miembro del	Papelitos escritos con	3 a 5 min.

	<p>medio del cuerpo sin utilizar el habla. Participación de niños con TDAH.</p>	<p>series y/o personajes relacionados a la edad (Caricaturas, superhéroes, etc.)</p>	<p>equipo a la vez. Una vez leído guardarán el papel y comenzarán a utilizar su cuerpo para expresar lo que quieren decir (Lo escrito en el papel ya sea una serie o una película). No se podrá emitir ningún sonido para que participante que esté actuando. Mientras los demás tendrán 30 segundos para adivinar. Pasará todo el equipo uno a la vez</p>	<p>diferentes series, películas y/o personajes relacionados a la edad escolar (Caricaturas, superhéroes, etc.)</p>	
<p>Respeto por medio de la velocidad.</p>	<p>Estimular el respeto por medio de la rapidez con la puedan realizar la actividad. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Pasar de un lado a otro agachado, arrastrándose, en cuclillas, gateando; como puedan.</p>	<p>Estará una maya de plástico con una altura de 50cm y cada participante deberá pasar por debajo de ella. Pasar un miembro de cada equipo a la vez.</p>	<p>Maya de plástico.</p>	<p>5 min.</p>
<p>Participación y habilidad matemática.</p>	<p>Que cada uno de los miembros del equipo participe y conteste correctamente la multiplicación para seguir con la actividad. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Encestar una canasta.</p>	<p>Seguirán en equipo y cada miembro del equipo pasara a contestar una multiplicación (Aleatoria) y en seguida podrá tomar la pelota para meterla en el cesto.</p>	<p>Dos cestos y dos pelotas.</p>	<p>10 min.</p>
<p>Creatividad y velocidad.</p>	<p>Cada equipo logre formar la letra por medio de la</p>	<p>Hacer letras con el cuerpo.</p>	<p>Se les dará una letra a la par a cada equipo para que la hagan con el cuerpo pueden utilizar a todos los</p>	<p>Ninguno.</p>	<p>15 min.</p>

	<p>creatividad y velocidad. Participación de papás y niños con TDAH.</p>		<p>participantes o solo algunos, lo pueden hacer parados o acostados, según les parezca o bien según la letra. Necesitan ser rápidos ya que estarán compitiendo entre equipo para ver cual es el más rápido.</p>		
<p>Identidad, percepción y trabajo en equipo.</p>	<p>Lograr que cada niño plasme lo que le gusta o con lo que se siente identificado, desarrollar la creatividad por medio de la percepción. Participación de niños con TDAH.</p>	<p>En una cartulina plasmen lo que les identifica o lo que les guste.</p>	<p>Se les dará una cartulina, crayolas, colores y plumines a cada equipo para que plasmen lo que son por medio de lo que les gusta, puede ser un dibujo una frase, Lo que ellos deseen es importante que trabajen en equipo ya que la cartulina es para todos los miembros del equipo y todo requieren plasmar eso que le gusta y sienten. Mientras los papás observarán el trabajo de sus hijos, dejarlos solos, para que se sientan libres.</p>	<p>Dos cartulinas, crayolas, colores, plumines.</p>	<p>25 min.</p>
<p>Relajarse.</p>	<p>Lograr que cada uno de los participantes relaje el cuerpo por medio de estiramientos. Participación de papás y niños con TDAH.</p>	<p>Estirar el cuerpo.</p>	<p>Se les va a ir guiando por medio de palabras y la muestra con el especialista les ira diciendo primero habrán un poco los pies a la altura de sus hombros, luego cierran los ojos, ahora estiren sus brazos, tranquilos de un lado a otro a muevan la cabeza arriba y abajo despacio, movimientos circulares hacia la derecha, izquierda, ahora pongan las manos en los pies, sin doblar las rodillas, lo</p>	<p>Ninguno.</p>	<p>10 min.</p>

			más abajo que puedan giren un poco hacia la derecha, luego hacia la izquierda, levanten lentamente, habrán los ojos y por último sacudan todo el cuerpo, de ser necesario brinquen y sacudan cabeza, manos, brazos piernas.		
Tolerancia y respeto.	Cada niño respete a su compañero por medio de la competencia sana, fomentando al mismo tiempo la tolerancia. Participación de niños con TDAH.	Carreras con un solo pie.	Se harán carreras con un solo pie participarán sólo los niños y al mismo tiempo que vayan pasando se les echarán porras (motivarlos). Mientras los papás observan a sus hijos y a los demás niños.	Ninguno.	10 min.
Confianza y empatía.	Lograr que los niños tengan empatía y así tengan confianza en sus padres. Participación de niños con TDAH.	Los niños pasen por una tabla gruesa de aprox. 5cm de ancho y de largo. Con una altura de 10cm.	Se hará una dinámica donde cada niño pasará por la tabla con los ojos cerrados, primero con zapatos y después sin ellos, tendrán tres oportunidades para llegar al final de la tabla. Una vez que hayan pasado todos los niños que les invitará a que expresen que sintieron, como se sintieron con y sin zapatos, cada uno halará conforme a lo que experimento. Por último se les pedirá que cierren los ojos y la reflexión será que en realidad los zapatos son los papás, quienes los protegen son ellos.	Ninguno.	10 min.

Cierre del taller.	Lograr que los participantes hayan reflexionado y sobre todo que conozcan de las herramientas y actividades para llevar la intervención a casa. Participación de papás y niños con TDAH.	Lluvia de ideas de lo aprendido.	Se hará una lluvia de ideas de lo aprendido de lo adquirido, se les invitará a que expresen la experiencia haber tomado el taller, si han visto cambios y en qué. Se motivará para que sigan participando incluso si existiera alguna duda.	Ninguno.	10min.
--------------------	--	----------------------------------	---	----------	--------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ADAHgi, AHIDA, ANADAHI (2006) *Guía de actuación con el alumnado con TDA-H.*

Vasco: baterabiltzeko tresnak, recursos para la inclusión.

Arteaga M. Carvajal L. Nava G. Temas de interés ¿Qué es el déficit de atención?
Instituto Mexicano de Orientación Vocacional y Profesional (IMOVO).

Recuperado de. <http://www.imovo.com.mx/articulo.asp?id=29>

Beck S. Judith (2011) *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* Second Edition. The Guilford Press. New York

Belloch, S., R. (2008). *Manual de Psicopatología*. México: Mc Graw Hill.

Botías, Pelegrin F. (2001) *Supuestos Prácticos en Educación Especial*. CISS Praxis.

Bratley RA. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorders*. New York: The Guilford Press.

Brown T. E. (2010). *Comorbilidades del TDAH Manual de: Las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Segunda edición. Barcelona, España: Masson.

Cueli et. al. (1999) *Teorías de la Personalidad*. México: Trillas.

Dicaprio N. S. (1992) *Teoría de la Personalidad*. México: Mc Graw Hill.

Dris A.M. (2010) *Actividades de relajación en educación infantil y primaria*.

Educación emocional etapa infantil y primaria Núm. 34. Recuperado de.

http://www.csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_34/MARIEM%20DRIS%20AHMED_1.pdf

Grau, S.M.D. (2007) *Análisis del contexto familiar de niños con TDAH*. Tesis doctoral. Universitat de Valencia, departamento de psicología evolutiva y de la educación, España.

Guía de tratamiento para padres TDAH. (S/F) *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association.*

Jean Piaget (2002) *La Formación del Símbolo en el Niño.* México: Fondo de Cultura Económica.

López Polonio, Ortega Castellanos, Moldes Viana (2008) Madrid. Médica Panamericana.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995) DSM IV. Madrid: Masson.

Marchesi, A., C. Coll y Palacios J. (2002). *Desarrollo Psicológico y Educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades Educativas Especiales.* Madrid, Alianza Psicología.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2010) Guía de práctica clínica sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños en niños y adolescentes. España: Ministerio de Ciencias e Innovación.

OMS. Clasificación de los trastornos mentales. CIE-10 (2003).

Salgado A. (2004) *Las mejores fábulas para niños,* México. Selector.

Solloa L. (2010). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento.* México: Trillas.

Burgos, Barrios, Engo, García Gay, Guijarro, Romero, Sáenz y Sánchez (S/F) Trastorno de déficit de atención con hiperactividad “*Guía para padres y educadores*” Unidad de Salud Mental infantil y juvenil. Hospital universitario Reina Sofía. Córdoba. Universidad de Córdoba. Barcelona Glosa, S.L.

Thomas, Bauer. (2000). *Educación Especial, un enfoque ecológico.* México: Mc Graw Hill.

Umbarger Carter C. (1983) *Terapia Familiar Estructural.* Argentina. Amorrortu Editores.

Vásquez et. al. (2010). *Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Vykotski L. S. (1983). Obras escogidas V Fundamentos de defectología. Madrid. Pedagógica.

Vykotski L. S. (1982). Obras escogidas II Pensamiento y lenguaje, conferencias sobre psicología. Madrid. Pedagógica.