



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**

Unidad Ajusco

Licenciatura en Psicología Educativa

**Manual Cognitivo-Conductual, dirigido a padres  
para el control de los principales síntomas de  
inatención, hiperactividad e impulsividad, de niños  
con TDAH.**

Tesis que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología Educativa

Presenta:

**Celia Trejo Galdames**

Dr. Jorge García Villanueva,  
*Asesor de tesis*

*Jurado de Examen Profesional*

Mtra. Celia María Del Pilar Aramburu Ceñal

Lic. María Yolanda Quiroz Arce

Lic. Edgar Salinas Rivera

Ciudad de México, mayo del 2016.

© **D.R. 2016.** Trejo Galdames C. Manual Cognitivo-Conductual, dirigido a padres para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de niños con TDAH. (Tesis de licenciatura). México: UPN.

Celia: [celtrejo89@gmail.com](mailto:celtrejo89@gmail.com)

Dr. Jorge García Villanueva: [jvillanueva@upn.mx](mailto:jvillanueva@upn.mx), [jorgegv000-upn@yahoo.com](mailto:jorgegv000-upn@yahoo.com)

## AGRADECIMIENTOS

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño mi amado esposo, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad.

A mis hijos por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis suegros que han sido mi red de apoyo en los momentos más difíciles y que siempre me han brindado su cariño y amor.

Al Doc. Jorge García Villanueva por su apoyo, sus consejos profesionales, su objetividad y su fe en mí.

A la Mtra. Celia María Del Pilar Aramburo Ceñal, a la Lic. María Yolanda Quiroz Arce y al Lic. Edgar Salinas Rivera por todas las facilidades proporcionadas para la realización de este proyecto así como su guía

## Índice

Resumen .....	7
Introducción .....	9
Justificación .....	14
Capítulo 1. Definición de Necesidades educativas especiales .....	17
1.1 Necesidades educativas especiales en el mundo .....	19
1.2 Necesidades educativas especiales en México .....	20
1.2.1 Qué es un aprendizaje .....	25
1.2.2 Teorías de aprendizaje.....	27
1.2.3 Estilos de aprendizaje .....	27
1.2.2.1 Cómo aprendemos .....	33
1.2.2.2 Problemas de aprendizaje .....	35
1.3 Barreras para el aprendizaje y la participación .....	36
Capítulo 2. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad .....	39
2.1 Perspectiva actual .....	41
2.2 El TDAH.....	41
2.3 Causas biológicas y genéticas del TDAH .....	43
2.4 Causas ambientales.....	45
2.5 Causas alimentarias.....	46
2.6 Síntomas del TDAH.....	47
2.7 Trastornos comórbidos.....	52
2.8 Ciclo del TDAH en la vida .....	53
2.8.1 Primera infancia (0-3 años) .....	54
2.8.2 Etapa escolar (3-12 años) .....	54
2.8.3 Etapa de la pubertad (12-18 años).....	54
2.8.4 Etapa adulta .....	55

2.9 Diagnóstico y tratamiento médico y psicológico del TDAH.....	55
2.10 El niño y niña con TDAH y su familia .....	67
2.11 El niño y niña con TDAH y su escuela .....	70
2.12 El sobrediagnóstico .....	72
Capítulo 3. Historia de la Terapia Cognitivo Conductual .....	75
3.1 Definición de la Terapia Conductual Aplicada .....	76
3.2 Técnicas Cognitivo-Conductuales.....	81
3.2.1 Técnicas para el incremento de conductas.....	81
3.2.2 Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas.....	83
3.3 Evaluación Conductual.....	87
3.4 Intervenciones Cognitivo-Conductuales para niños con TDAH .....	89
3.5 Diseño instruccional en el ámbito educativo .....	94
Objetivos.....	96
Método.....	97
Participantes.....	98
Instrumentos.....	98
Procedimientos.....	99
Resultados cuestionario .....	101
Análisis de resultados .....	105
Conclusiones .....	106
Referencias .....	11
Anexos.....	
Anexo 1. Entrevista inicial .....	121
Anexo 2. Cartas descriptivas.....	122
Anexo 3. Manual.....	132
Anexo 4 Imágenes Utilizadas.....	133

Tablas.....	
Tabla 1. Servicio que ofrece la Clínica de la Conducta .....	23
Tabla 2. Estilo de Aprendizaje.....	31
Tabla 3. Características de la Terapia Cognitivo Conductual .....	79
Tabla 4. Tipos de reforzadores positivos .....	82
Tabla 5. Tipos de reforzadores negativos .....	83
Tabla 6. Técnicas para la adquisición de nuevas conductas.....	84
Tabla 7. Técnicas para eliminación de conductas .....	85
Tabla 8. Estrategias para docentes con alumnos con TDAH .....	92
Figuras.....	
Figura 1. Teoría del aprendizaje de Kolb .....	30

## RESUMEN

El presente trabajo tiene el objetivo de elaborar un manual dirigido a padres y madres de familia, para ofrecerle información específica y actualizada sobre el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños y niñas, así mismo que conozcan las dificultades que los niños y niñas enfrentan en casa y en la escuela.

Con apoyo de la Terapia Cognitivo Conductual los niños y niñas con TDAH logrará conseguir una total autonomía en la regulación de su comportamiento y en sus actividades una autonomía cognitiva para que así sean capaces de seleccionar la información relevante de la irrelevante, de autoevaluarse, de autocorregirse, de seleccionar estrategias adecuadas a cada situación para así conseguir ser independiente de los adultos, con una autoestima ajustada y realista, con relaciones afectivas y sociales satisfactorias. Es necesario referir que hay una diferenciación de género ya que las características entre niños y niñas se presenta de manera diferenciada en lo síntomas del TDAH.

Es por ello el interés de diseñar un manual de informar a las personas que rodean a los niños y niñas con TDAH, por lo que la presente tesis se divide en tres capítulos: el primer capítulo Necesidades Educativas Especiales, se retoma la historia de cómo en México han sido atendidas las Necesidades Educativas Especiales (NEE), en el segundo capítulo TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se da una visión de cómo se ha ido transformando la terminología, definición y diagnóstico del TDAH en niños y niñas , en el tercer capítulo Historia de la Terapia Cognitivo-Conductual, se habla de la historia y las técnicas que la terapia cognitivo-conductual en niños y niñas con TDAH.

Temas que son parte del contenido de la propuesta del manual para que los padres de familia conozcan el trastorno, los efectos tanto en su vida diaria como en la escolar y en el aprendizaje de su hijo, todo basado en un enfoque Cognitivo-Conductual del cual se

describe brevemente sus antecedentes, características, así como la intervención y aplicación en el contexto educativo.

De igual manera se aborda el sustento teórico del método para llevar a cabo el manual, así como sus unidades temáticas y los anexos necesarios en las cuales se agrega el material de apoyo para su realización.

Se diseñó y aplicó un cuestionario, para conocer un poco más de la información con que contaban los padres y madres sobre el TDAH de ahí se partió con información para la realización del manual, estableciendo que sería un “Diseño de Programas y/o Proyectos Educativos”, el cual establece únicamente el diseño de programas/proyectos educativos con su respectiva propuesta de evaluación, sin necesidad de desarrollarlo en un escenario real.

Esta propuesta puede ser tomada por los docentes o psicólogo educativo de los centros para que los padres y madres de niños y niñas con un diagnóstico de TDAH.

Es importante no perder de vista que los niños y niñas con TDAH, no vienen solos pertenecen a una familia que la mayoría de las veces no saben qué hacer con las situaciones que su hijo o hija enfrenta en su día a día.

Es por esta razón que una de las primeras acciones con los padres es dar información sobre el manejo de los principales síntomas, de inatención, impulsividad e hiperactividad; con técnicas Cognitivo-Conductuales, para lograr así un cambio de conducta en todos sus ámbitos en los que el niño y niña participa siendo los docentes o psicólogo educativo del centro el mejor apoyo para el niño o niña y su familia y en caso necesario puede adecuarse a los intereses de cada institución.

En este sentido el Psicólogo educativo cuenta con los conocimientos y habilidades que le permiten generar estrategias educativas y coadyuvar en la atención de involucrados en un niño o niña con diagnóstico de TDAH.

Palabras Clave: Educación especial, TDAH, Terapia Cognitivo-Conductual.



## Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ha tenido una gran evolución en la actualidad el Manual de Diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales DSM-V (Montiel, 2002), texto que lo define como una alteración del desarrollo de la infancia la cual se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad.

Barkley (1998), considera este trastorno como un cuadro neurobiológico en el cual se encuentra comprometido el lóbulo frontal, el que tiene un rol muy importante en la atención. Aún en la actualidad, no se ha establecido claramente cuáles son los déficits que constituyen el trastorno, sin embargo en investigaciones de niños y niñas con TDAH se reconocen principales alteraciones en la atención sostenida y en la autorregulación que se puede traducir como problemas de conducta (Sánchez-Carpintero, 2001).

Por ello la importancia del apoyo del Psicólogo Educativo profesional que tiene las herramientas para dar orientación ya que va fungir como guía (Mialaret, 2001) para que los niños y niñas con un diagnóstico de TDAH en colaboración con los padres, madres y docentes, tengan un mejor control de la impulsividad, hiperactividad e inatención.

Al presentar estos síntomas el niño o niña, los docentes y especialistas deben de tomar en cuenta la historia de vida de los padres y madres ya que el principal problema que se tiene en el sobre diagnóstico de niños y niñas con TDAH, es que los síntomas del TDAH se confunden con algunas características que presentan los niños y niñas con falta de límites claros por parte de los cuidadores principales lo que muchas veces los lleva a tener alguna de las características de TDAH en casa y escuela.

En México cifras del INEGI, nos dicen que existen 33'470,538 niñas, niños y adolescentes, de los cuales 10'598,705 son menores de cinco años y 22'871,833 se

encuentra entre los cinco y catorce años de estos se reporta entre 14% y 20% de casos con problemas psiquiátricos, de los cuales un 7% son severos. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) reportó 6.7 % de psicopatología en menores entre tres y doce años (Álvarez Cibrián, 2010).

Según el Plan de Acción de Salud Mental de la Secretaría de Salud (2002) en México, se reporta una prevalencia del 15% de trastornos psiquiátricos infantiles, lo que equivale a que 5 millones de niñas y niños que presentan algún problema de salud mental y de este total, la mitad requiere de una atención especializada e integral.

En México el TDAH afecta, aproximadamente, a un millón y medio de niños y niñas, uno de cada tres niños que solicita atención en el Hospital J.N. Navarro, único hospital paidopsiquiátrico datos del hospital señala que el 6% de la población infantil padece de TDAH (Servicio de Salud Mental: SERSAME, 2006).

Es por esto que surge el interés de diseñar un manual, para poder apoyar a los padres y madres con algunos de los problemas que se llegan a presentar con un niño y niña con TDAH. Con el objetivo de proporcionar herramientas educativas, para el acompañamiento de su tratamiento farmacológico y lograr tener, un tratamiento más integral.

Barragán (2007), comenta que en los resultados publicados del tratamiento farmacológico para el TDAH en escolares dentro del Primer Congreso Latinoamericano de TDAH, celebrado el 17 y 18 de junio de 2007, el metilfenidato y la atomoxetina se ubicaron como medicamentos de primera línea para el grupo en edad escolar; mientras que en el segundo Congreso Latinoamericano de TDAH, celebrado el 24 y 25 de septiembre de 2008, se habló de la importancia de un apoyo al tratamiento psicosocial, que debe convertirse en un tratamiento multimodal e interdisciplinario, pese a la eficacia mostrada por los estimulantes y los no estimulantes para reducir los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (De la Peña, 2010).

De la Peña (2010), propone que los fármacos por si solos no lograron disminuir otros aspectos de disfunción asociados con este padecimiento, como lo son las habilidades sociales deficiente, la baja motivación en la escuela, el desempeño académico deficiente y el desgaste emocional en los padres y madres de familia, comenzando a considerar el incorporar las intervenciones psicosociales en combinación con el tratamiento farmacológico, para que haya una ventaja tanto en el momento inicial del tratamiento como de manera subsecuente.

Dentro de las principales intervenciones psicosociales se hace hincapié en lo psicoeducativo como proceso primordial en las psicoterapias de los niños y niñas con TDAH se incluyen la intervención de los padres y madres de familia, la cual favorece la reducción de síntomas y mejoran el desempeño escolar para dar herramientas a los niños y niñas, para poder tomar decisiones, planificar sus tareas y así ofrecer una alternativa a un futuro desempeño personal y laboral y ser personas auto dirigidas (Larroy, 2007).

De ahí el interés de diseñar un manual, parte de la inquietud de lo observado en las dinámicas familiares y sociales de los niños y niñas con TDAH, mientras se realizó el servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, partiendo de ahí el principal interés de informar a las personas que rodean a los niños y niñas con TDAH.

No hay que olvidar que todos los seres humanos nos encontramos inmersos en una cultura que tiene reglas y límites y que la educación en México ha tenido diferentes reformas curriculares, que buscan que los alumnos sean personas capaces de afrontar la vida diaria.

Es por ello que se propone que mediante algunas técnicas cognitivo-conductuales se puedan superar las dificultades que presentan estos niños y niñas en su ámbito social,

escolar y familiar y lograr tener una mejor dinámica social que no sólo favorecerá en el tratamiento del niño sino en la convivencia de los que viven el día a día con los niños con TDAH.

El enfoque cognitivo-conductual, tiene una gran relación con la modificación de conducta, en estudios y casos clínicos la intervención intensiva esto es dentro y fuera de casa que involucra a padres e hijos, así como actividades académicas mediante un entrenamiento de padres, madres, docentes para el manejo de contingencias (Flores, 2015).

Puesto que algunas dinámicas familiares pueden ser caóticas y no todas las familias son iguales, pues las variables del contexto social, económico, normas y valores son dependen de cada familia. A continuación se mencionan los diferentes apartados de la, presente tesis la cual se divide en tres capítulos:

En el primer capítulo Necesidades Educativas Especiales, se retoma la historia de cómo en México han sido atendidas, así como el surgimiento de la clínica de la conducta, su historia y el trabajo que en la actualidad se lleva a cabo con los padres, docentes y niños y niñas con TDAH así como los apoyos que se brindan en los diferentes niveles de atención, como la diversidad de los aprendizajes con los que el profesor tiene que trabajar dentro del aula y el cómo esta diversidad ayuda a promover estrategias para los alumnos que presenten alguna Necesidad Educativa Especial (NEE), actualmente también denominadas Barreras para el aprendizaje y la participación (BAP).

En el segundo capítulo TDAH: (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) se da una visión de cómo se ha ido transformando la terminología, definición y diagnóstico en niños y niñas a lo largo de la historia, hasta la definición actual en el DSM-V y en la CIE-10, las bases biológicas y genéticas que se han encontrado como las causantes de este trastorno así como los trastornos comórbido que acompañan frecuentemente al TDAH, el diagnóstico y tratamiento de la línea de medicamentos que se llegan a suscribir y como es

la interacción con la familia y escuela en la vida de un niño con TDAH y la tasa de sobre diagnóstico que hay en la actualidad.

En el tercer capítulo denominado Historia de la Terapia Cognitivo-Conductual, se habla de la evolución y aportaciones que ha dado a la psicología para lograr la modificación de las conductas no deseadas en niños y niñas con TDAH, técnicas que se pueden trabajar desde casa en conjunto con la escuela para que el niño y niña con TDAH tenga una estructura en sus actividades diarias.

El procedimiento utilizado para elaborar la tesis se comenta a continuación, así como una breve descripción del mismo, la idea de elaborar un manual para padres y madres de niños y niñas con TDAH, surgió durante el curso de 8º semestre en dónde realizaba el servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, en el área de terapia cognitivo-conductual, en dónde se realizaron pláticas en grupo e individuales con los padres y madres de familia que tienen un o varios hijos con TDAH que se encontraban en el servicio, así como con padres y madres de primer ingreso, con la finalidad de orientar a las familias para el manejo de la conducta de sus hijos, dejando ver la importancia de que los padres, madres y docentes que se encuentran alrededor de los niños con TDAH, tengan información y técnicas por medio de un psicólogo educativo.

Es por ello que la propuesta para elaborar la presente tesis es la de un manual, pensando en crear una herramienta para los padres y madres de familia y así facilitar la información de algunos retos que presentan los niños y niñas con TDAH, procediendo con una encuesta, para saber un poco más de la información que a los padres de familia tiene sobre el trastorno, de ahí partió la información para realizar el manual en el que se integran algunas técnicas que los padres de familia pueden trabajar en casa y en la escuela. En el diseño de las sesiones, se presentan únicamente en forma de exposición por parte del instructor, con espacios en donde los padres y madres pueden compartir sus vivencias y ejemplos de cómo se puede trabajar en casa y escuela las técnicas de modificación de conducta.

## Justificación

A veces lograr que un niño o niña se concentre en los estudios y atienda sus obligaciones escolares es todo un reto y si se trata de un pequeño con TDAH el desafío es aún mayor, si han aprendido a organizarse desde temprana edad ayudándolo con la autoestima y con procesos de aprendizaje podrán salir adelante, ya que son personas inteligentes capaces de poder sobresalir en muchos aspectos de la vida, tanto escolar como laboral.

Palacios-Cruz (2015), nos dice que en los estudios realizados en México, con una muestra conformada por padres y madres de niños y adolescentes que habían recibido el diagnóstico de TDAH por un clínico calificado. En la cual participaron cuatro centros de atención psiquiátrica, tres en la Ciudad de México y otro en la ciudad de San Luis Potosí, el instrumento principal es un cuestionario autoaplicable y fue escrito específicamente para este estudio. CASO ADHD es un instrumento con tres versiones: a) Padres, b) Maestros y c) Profesionales de la salud. La muestra se conformó de 288 padres, el 69.2% dijo saber qué es el TDAH, 85.4% consideró al TDAH como una enfermedad y el 8.3% como una dificultad de la crianza; el resto lo consideró un mito, una moda, un invento de la industria farmacéutica o no existente. Alrededor del 63% de la muestra consideró que el mejor tratamiento para el TDAH sería el tratamiento combinado, el 16.3% prefirió el enfoque psicológico y sólo 6.6% eligió la psicofarmacología. Casi la mitad de la muestra, 48.5%, consideró que el tratamiento farmacológico solamente apoya al tratamiento psicosocial.

El 60%, de la muestra de padres y madres de familia identificaron los síntomas de sus hijos en su conducta durante los años escolares, estos estudios epidemiológicos nos muestran que del 3 al 5% de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en edad escolar puede recibir un diagnóstico de TDAH pero de estos sólo el 30% acude a algún tipo de valoración (Palacios-Cruz, 2015).

A pesar de los estudios y evidencias que existen en la actualidad sobre las características neurobiológicas que apoyan el uso de los medicamentos para el tratamiento, Vitali citado en (Palacios-Cruz, 2015) nos dice que la mayoría de los padres tardan de 8 a 15 años en buscar algún tipo de atención y que el 15% recurre a la automedicación.

Dentro de las intervenciones psicosociales se hace hincapié en la psicoeducación como proceso primordial en el abordaje inicial de los niños con TDAH y se incluyen las intervenciones con padres y maestros, las cuales favorecen la reducción de síntomas y mejoran el desempeño escolar del niño. El reporte de seguimiento de 14 meses del Multimodal Treatment Approach (MTA) reconoce que la intervención combinada, en comparación con aquellas que implican exclusivamente el empleo de medicamentos, mejora: síntomas negativistas, agresivos e internalizados, las habilidades sociales reportadas por maestros, las relaciones padres- hijos y el desempeño en la lectura (MTA, 1999).

No es una tarea fácil ser padres de niños con TDAH, ya que los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños, esto suele provocar frustraciones en los padres y madres en la utilización de un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad y sobre-reacción. Stormshak (2000), en un estudio con 631 niños de preescolar con conducta disruptiva, concluyeron que la hiperactividad se relacionaba con niveles elevados de disciplina punitiva y castigo físicos, los resultados mostraron que los factores que se asociaban significativamente con la hiperactividad fueron un estilo de disciplina más permisivo, sentimientos más bajos de autoeficacia, menos nivel de comunicación padres-hijos y menos interacciones madre-hijo.

Alizadeh (2002) ha examinado el estilo educativo y nivel educativo de padres y madres de niños y niñas con TDAH, los efectos que tiene el trastorno en las relaciones padres-hijos y madres-hijos. En la investigación participaron 250 familias con hijos entre 7 y 10 años de edad, a la mitad de los cuales se les había diagnosticado TDAH. Se evaluó el estilo de educación, las interacciones padres-hijos, madres-hijos y la visión que tenían los padres de las relaciones con sus hijos, dejando ver que los padres y madres que buscan una

atención especializada, se encuentran asociado con un mayor grado de intensidad de los síntomas en sus hijos o con un mayor nivel educativo de los padres y madres. En el Segundo Congreso Latinoamericano de TDAH se resaltó la importancia de una intervención multidisciplinaria, esto es una intervención psicosocial a la par del medicamento (Barragán, 2007).

A la par de la tardía búsqueda de atención encontramos el sobre diagnóstico por parte de las escuelas y doctores, que se da por la falta de límites y reglas en los hogares dando la pauta para ver la importancia de dar a los padres y madres de familia una educación y mejorar la comunicación, creencias y conocimiento de los niños y niñas con un diagnóstico de TDAH, los padres forma parte de una interpretación sesgada, si el niño presenta conductas o ideaciones atípicas pero normales, si se trata en realidad de un problema que los padres “colocan” inconscientemente en el niño (paciente designado), si se trata de un problema educativo (límites) o ambiental, o si realmente estamos ante un trastorno mental (del niño o de los padres) (Bonet de Luna, 2011).



## Capítulo 1. Definición de Necesidades Educativas Especiales

Las Necesidades Educativas especiales (NEE), han estado presentes desde Jean Marc Gaspar Itard quien fue maestro en la escuela para Sordomudos en el Instituto de París y a la par realizó una extraordinaria labor como tutor con el niño salvaje de Aviñón.

En Marzo de 1990 con, La Carta Mundial de Educación para Todos que emerge del seno de la Conferencia Mundial de Tailandia, se plantea a través de once artículos una serie de formulaciones educativas orientadas a lograr que la educación sea accesible a todos, sin distinción de ningún tipo (Rojas, 2001).

En la década de los noventa los países de América Latina iniciaron una serie de reformas educativas orientadas a lograr el acceso universal a la educación básica y al mejoramiento de su calidad y equidad. Debido a esto hay un aumento en el número de niños y niñas en el sistema escolar que necesitan apoyo, se ha buscado que las escuelas se rijan por un marco de inclusión, con la idea de “que nadie quede fuera y pueda acceder a la educación”. Pero dentro de este marco de inclusión los docentes, padres y madres se enfrentan con niños y niñas que pueden presentar en alguna etapa de su vida alguna NEE (Blanco, 2006).

El concepto de inclusión educativa implica el compromiso de una educación de calidad adaptada a las necesidades y condiciones individuales del alumnado, sin perder de vista su socialización y la adquisición de comportamientos, pero que es una Necesidad Educativa Especial (NEE), algunas de las definiciones de necesidades educativas especiales son:

Itkin (2009), dice que un alumno tiene necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de sus compañeros para lograr acceder a los

aprendizaje que se determinan en el currículum correspondiente a su edad o curso y debido a ello requiere de un apoyo extra, para que así logre compensar dichas dificultades

Ortega (2015), nos dice que es el conjunto de medidas pedagógicas, hechas por el maestro para compensar las dificultades que presente un alumno al acceder al currículum que corresponde a su edad siendo estas discapacidades, trastornos graves de conducta, altas capacidades intelectuales o una integración tardía al sistema educativo.

Las NEE se pueden dividir en discapacidades físicas, sensoriales, mentales y cognitivas, así como dificultades de aprendizaje, emocionales y sociales es por ello que la Ley General de Educación en su artículo 41 consigna:

“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquellos con aptitudes sobresalientes... tratándose de menores de edad con discapacidades esta educación propiciará su educación a los planteles de educación básica regular...” (SEP, 2015)

El término de NEE es de uso habitual en la literatura como lo señala Lynch (2001), que es una distinción innecesaria ya que advierte que el término necesidades educativas especiales se debe usar con cautela, ya que podría perpetuar la división binaria entre estudiantes y sistemas comunes y especiales. Segundo, el rótulo podría implicar una barrera para el desarrollo de la práctica integrada y no resulta muy útil para indicar las dificultades educativas del alumno. Tercero, el rótulo tiende a imponer una carga en el alumno y destacar las deficiencias individuales, en lugar de las características de la escuela y del entorno y, por lo tanto, exime a las escuelas de tener que cambiar.

Las grandes diferencias en la identificación y clasificación de los niños y jóvenes en edad escolar con discapacidades y necesidades educativas especiales hace difícil estimar la potencial demanda por una educación que satisfaga sus necesidades por ello la

importancia de establecer metas en común con todo los involucrados en el campo de la educación.

### 1.1 Necesidades educativas en el mundo

Para abordar esta necesidad de cambio ampliamente reconocida, el Marco de Acción de Dakar 2000 adoptó una Declaración Mundial sobre Educación para Todos que reafirma el concepto de educación como derecho fundamental y establece que dentro de las metas que al 2015 se debe proporcionar educación primaria a todos los niños sin distinción.

En la Educación para Todos también se identifica claramente la Educación Integrada como una de las estrategias primordiales para enfrentar los problemas de marginalización y exclusión. “La inclusión se considera la filosofía fundamental en todos los programas de la UNESCO y el principio rector para el desarrollo de la Educación para Todos” (UNESCO, 2002).

Este principio surge de varias declaraciones internacionales clave que abordan en forma específica a las personas con NEE. La Declaración de Salamanca y Marco de Acción reviste una importancia especial entre todas ellas y fue secundada por 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales en la Conferencia Mundial sobre NEE celebrada en junio de 1994 en Salamanca, España. Este documento clave identifica la Educación Integrada como el medio con el cual se puede lograr una Educación para Todos.

La Declaración de Salamanca afirma que cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que les son propios y que aquellos con NEE deben tener acceso a escuelas ordinarias que deben integrarlos en una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer esas necesidades debido al alto nivel de

participación en esta evolución, el Marco de Acción de Salamanca proporciona quizás la mejor definición intercultural de la Educación Integrada en acción.

## 1.2 Necesidades educativas en México

En México la educación especial, comienza en la segunda mitad del siglo XIX, con la creación de escuelas para sordos y ciegos en Guanajuato abriendo sus puertas en 1915, la primera escuela para poder atender a niños con alguna deficiencia mental, en 1933 se comenzó la creación de escuelas especiales como:

- El Instituto Mexicano Pedagógico
- La Clínica de la Conducta
- La Clínica de Ortolalia
- El Instituto Nacional de Psipedagogia
- La Escuela Normal de Especialización (Regalado, 2010)

Es así como en 1953, se fundan las escuelas primaria de perfeccionamiento para niños con problemas de aprendizaje, pero no fue sino hasta 1970 que por decreto presidencial se crea la Dirección General de Educación Especial para así lograr organizar, administrar y vigilar la educación especial y poder formar maestros especialistas, en la década de los ochenta se hace una clasificación de los servicios, dividiéndolos en los servicios de carácter indispensable, que son los Centros de Intervención Temprana, las Escuelas de Educación Especial y los Centros de Capacitación de Educación Especial que funcionaban en espacios específicos separados de la educación regular, los cuales se encontraban dirigidos a los niños, con alguna discapacidad, con deficiencia mental leve, los hipoacúsicos, que funcionaban en las escuelas primarias regulares y los servicios complementarios, como los Centros Psicopedagógicos, que eran los encargados de brindar apoyo a alumnos inscritos en la educación básica general con dificultades de aprendizaje o en el aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta (SEP, 2002).

Es así como diferentes centros prestaban atención y canalización a los diferentes servicios que se prestaban en ese momento como los son:

- Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS).
- Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC)
- Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE).
- Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP)

En 1993 se realizó un nuevo cambio, como consecuencia de la suscripción del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, la reforma al artículo 3o constitucional y la promulgación de la Ley General de Educación lo que llevó a una reorientación y reorganización de todos estos servicios

Esta transformación se realizó del modo siguiente:

- a) Transformación de los servicios escolarizados de educación especial en Centros de Atención Múltiple (CAM), institución educativa que ofrece educación básica para alumnos que presenten necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad.
- b) Establecimiento de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) con el propósito de promover la integración de las niñas y niños con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular; y los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) en servicios de apoyo para los jardines de niños.
- c) Creación de las Unidades de Orientación al Público (UOP), para brindar información y orientación a padres de familia y maestros.

Durante el gobierno de Ávila Camacho se funda la Clínica de la Conducta, la cual dependía del Instituto Nacional de Psicopedagogía, la clínica tenía como función la prevención, diagnóstico y tratamiento de los niños de entre 6 y 15 años que eran canalizados por las escuelas con algún problema de conducta.

Es así como el neuropsiquiatra Francisco Elizarras y los doctores José Luis Patiño y Rafael Velazco Fernández, sientan las bases para su fundación y dedicándose así al estudio de la personalidad del niño inspirándose en los movimientos europeos y norteamericanos de las Clínicas de orientación infantil, popularización el término de “niños problemas, los hijos indisciplinados, amorales, perversos, psicópatas”; mientras que en la escuela eran conocidos como los alumnos con mala conducta, inquietos, impulsivos, hiperativos, crueles, con anomalías sexuales, de memoria deficiente (Regalado, 2010).

Ya en 1947 forma parte de la Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica de la SEP, y en 1970 la adscriben a la Dirección de Educación Especial. Actualmente esta Clínica sigue funcionando en la calle Mazaryk No 526, Colonia Polanco, el CAM 101 (Regalado, 2010).

En el Centro de Atención Múltiple 101, se realiza un diagnóstico y desarrollo de terapias integrales para los padres y los hijos puesto que este servicio está orientado para niños con problemas de conducta, emocionales, de bajo rendimiento, con problemas de aprendizaje, dificultad de desarrollo social y TDAH.

En él se imparten cursos para padres, madres y docentes en los que reaprenden la forma adecuada de tener una relación afectiva y social con sus hijos y alumnos denominados: (Regalado, 2010)

- El taller PECES: Padres Eficaces con Entrenamiento Sistemático
- El taller MECES: Maestros Eficaces con Entrenamiento Sistemático

Tabla1. Clínica de la Conducta 101

POBLACIÓN	NIVEL EDUCATIVO	OFERTA EDUCATIVA
Alumnos de 5 a 15 años de edad, que cursen la escolaridad básica y presenten problemas de conducta	Preescolar Primaria Secundaria	<p>La atención en la Clínica es de carácter complementario, la cual se encuentra dirigida a:</p> <p>Alumnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller GIN (Grupo Infantil Natural)</li> <li>• Taller TDA-H ( Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad)</li> <li>• Apoyo psicopedagógico individualizado</li> <li>• Orientación psicológica individual</li> </ul> <p>Padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller GAP (Grupo Analítico de Padres)</li> <li>• Taller PECES (Padres Eficaces con Entrenamiento Sistemático)</li> <li>• Orientación Individual</li> </ul> <p>Maestros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller MECES (Maestros Eficaces con Entrenamiento Sistemático)</li> <li>• Orientación a las escuelas que lo solicitan con temáticas específicas.</li> </ul>

Sánchez Regalado, N. P. (2010). Memorias y actualidad en la Educación Especial en México. *SEP, México*.

Esto nos da un panorama de cómo la Secretaría de Educación Pública (SEP), apoya a los padres, madres y docentes en el cómo y dónde se puede y debe pedir apoyo para sus hijos y alumnos.

Puesto que todos los niños y niñas deben de tener accesos a la educación y los docentes deben estar preparados para saber afrontar las necesidades educativas que se encuentren en el salón de clase, es así como se atienden las necesidades educativas especiales, ofreciendo una educación con equidad y calidad, cómo parte de estos se realizo reformas al artículo 3ro constitucional que nos dice que: Todo individuo tiene

derecho a recibir educación y que el estado impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación preescolar, primaria y la secundaria conforman la educación básica obligatoria. La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano.

Ante esto García (2000), nos habla de las diferentes maneras en que podemos mirar a la inclusión educativa:

- **POLÍTICAS EDUCATIVAS:** Son las medidas tomadas por los gobiernos para incluir a los alumnos, que se encuentran en el sistema de educación especial, se integren a la educación regular.
- **CENTROS ESCOLARES:** Requieren de una reorganización interna, para lograr así, obtener los recursos necesarios para así poder atender a todos los niños tengan o no tengan necesidades educativas especiales.
- **PRÁCTICA EDUCATIVA COTIDIANA:** Es el esfuerzo que tanto docentes, alumnos y padres de familia de cada plantel escolar, realizan para así lograr el aprendizaje esperado en todos los niños.

En el Foro Mundial sobre la Educación se generó el Marco de Acción Dakar, en donde la UNESCO cambió el concepto de NEE en el entendido que éstas afectan a un colectivo más amplio, y que pueden requerir ayudas especiales para superar sus dificultades de aprendizaje y favorecer así el desarrollo de sus capacidades (UNESCO, 2014).

Es así como en la actualidad se plantea una nueva forma de entender y abordar las barreras de aprender y participar en el currículo escolar que se puede llegar a experimentar como estudiante, cambiando así el paradigma centrado en el individuo hacia otra que incluye al contexto educativo en su conjunto.



Así a la hora de explicar las dificultades de aprendizaje de los alumnos no sólo son importantes las variables personales, sino que también lo son las respuestas educativas que nos ofrece el ámbito escolar, las características de las escuelas, los estilos de enseñanza y el apoyo que reciben de su familia y entorno. Pero ¿Cómo podemos tratar estas dificultades sin antes saber qué es aprendizaje y como aprendemos?.

### 1.2.1 El aprendizaje

Antes de abordar cualquier teoría de estilos de aprendizaje es necesario partir de una definición misma de aprendizaje Beltrán (1993), lo define como, *un* cambio más o menos permanente de la conducta que se produce como resultado de la práctica.

Hilgard (1979) dice que se entiende por aprendizaje el proceso en virtud del cual una actividad se origina o se cambia a través de la reacción a una situación encontrada, con tal que las características del cambio registrado en la actividad no puedan explicarse con fundamento en las tendencias innatas de respuesta, la maduración o estados transitorios del organismo

Díaz Bordenave (1986) llamo aprendizaje a la modificación relativamente permanente en la disposición o en la capacidad del hombre, ocurrida como resultado de su actividad y que no puede atribuirse simplemente al proceso de crecimiento y maduración o a causas tales como enfermedad o mutaciones genéticas.

El aprendizaje se puede definir como un cambio relativamente permanente en el comportamiento que refleja la adquisición de conocimientos o habilidades a través de la experiencia y que pueden incluir el estudio, la instrucción, la observación o la práctica.

En el aprendizaje se ha involucrado, el desarrollo que es descrito como el resultado de una interrelación entre maduración y aprendizaje. En el aprendizaje el cerebro es un

factor clave. El cerebro humano es un extraordinario centro procesador, tanto de información genética, como cultural y ambiental en el que gobierna la acción de nuestros genes, facilita la integración a nuestra cultura costumbre, normas, códigos y a las cambiantes variables ambientales, ya que un ambiente poco favorable puede retrasar la maduración, pero un ambiente favorable raramente puede acelerarla. Antes que aparezcan ciertos tipos de aprendizaje el individuo debe conseguir cierto nivel de maduración.

#### Otras definiciones de aprendizaje

- Para Ardila (2001), el aprendizaje es un cambio relativamente permanente del comportamiento que ocurre como resultado de la práctica.
- Novak (1988), nos dice que el aprendizaje humano conduce a un cambio en el significado de la experiencia: la verdadera educación cambia el significado de la experiencia humana.

Es así como podemos precisar que prácticamente todas las definiciones hay tres elementos:

1. El aprendizaje es un proceso, una serie de pasos progresivos que conducen a algún resultado.
2. El aprendizaje involucra cambio o transformación en la persona, ya sea en su comportamiento, en sus estructuras mentales, en sus sentimientos, en sus representaciones, en el significado de la experiencia, etc.
3. El aprendizaje se produce como resultado de la experiencia.

Podemos concluir que el aprendizaje es un proceso interno que tiene lugar dentro del individuo que aprende, y no es posible realizar observaciones directas acerca del aprender, lo asociamos a un cambio, hay cambios que no constituyen aprendizaje, que son resultado de la maduración y el crecimiento,

### 1.2.2 Teorías del Aprendizaje

Existen varias clasificaciones de las teorías del aprendizaje, Pérez Gómez (1992), elige la concepción de aprendizaje en sí misma, distinguiendo dos corrientes, la primera en que se concibe el aprendizaje como un proceso ciego y mecánico de asociación de estímulos y respuestas, el segundo enfoque considera que en todo aprendizaje intervienen peculiaridades de la estructura interna, dentro de estas se distinguen tres corrientes: Aprendizaje social, Teorías cognitivas y Teorías del procesamiento de la información.

Alonso (2006), distingue por su importancia pedagógica ocho tendencias de las teorías de aprendizaje: Teorías Conductistas, Teorías Cognitivas, La Teoría Sinérgica de F. Adam, Tipología de Gagné, Teoría Humanística de Rogers, Teorías Neurofisiológicas, Teorías de elaboración de información y del Enfoque Constructivista

Pero hay que tomar en cuenta que no todo se debe basar en la teoría con la que se quiera educar sino también se debe de tomar en cuenta el propio estilo de aprendizaje.

### 1.2.3 Estilos de aprendizaje

En el salón de clases nos encontramos con una gran diversidad, ya que cada persona tiene una manera diferente de pensar y aprender, es decir en el aula nos encontramos ante una gran variedad de estilos; ya que esta parte de las necesidades que cada individuo.

Las estrategias de aprendizaje son un proceso que cada individuo elige realizar de manera consciente o inconsciente; mediante el uso de material destinado a la repetición o

almacenamiento, y que recupera de manera coordinada, para así complementar un determinado objetivo (Beltrán, 1993).

Debido a esto el profesor debe de ser consciente de los diferentes procedimientos que sus alumnos pueden llegar a utilizar en determinado momento, para mejorar su aprendizaje, así como los instrumentos y la evaluación que va a utilizar.

De igual manera debe de crear entornos de aprendizaje, en donde sus alumnos sean capaces de dar una solución a problemas reales, la formulación de preguntas, indagación y reflexión de respuestas críticas constructivas, así como la cooperación entre los alumnos (Gargallo, 2007).

Esto supone que en la actualidad los docentes no solo deben de ser expertos en las materias impartidas, sino que se requiere de sus competencias personales ya que hay que recordar que los maestros tienen sus propias experiencias, generando así un estilo propio de enseñanza.

Keffe (1988), en su definición de estilos de aprendizaje dice que son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los alumnos perciben interacciones y responden a sus ambientes de aprendizaje, esta es la forma en que los alumnos estructuran los contenidos y utilizar los conceptos, para lograr interpretar y resolver los problemas que se presentan dentro del aula y en la vida cotidiana aunado a esto las preferencias y facilidades que cada alumno tiene para aprender, constituyen los diferentes estilos de aprendizaje.

Es cierto que cada persona aprende de una manera distinta, y que los estilos de aprendizaje son relativamente estables, pero también pueden ser diferentes en diferentes

situaciones, y de igual manera pueden mejorar conforme se avanza en el proceso de aprendizaje (García, 2015).

En la actualidad se nos exigen cambios continuos y nuevos retos día a día, así como la necesidad de conocimientos más especializados, es de allí que parte la importancia de que los alumnos desarrollen procesos mentales acordes a su estilo, enseñar a los alumnos a que “aprendan a aprender” (Alonso, 2006).

Hay cuatro dimensiones de desarrollo en la teoría del aprendizaje experiencial y son (Figura1): (Kolb, 1985)

- ✓ LOS CONVERGENTES:
  - Combinan el concepto abstracto con la experimentación activa.
  - Son buenos en la aplicación de las ideas.
  - Buenos en situaciones donde hay más de una respuesta.
  - No son emotivos prefieren las cosas a las personas
  - Sus intereses son más técnicos
- ✓ LOS ASIMILADORES
  - Aprenden por observación reflexiva y conceptualización abstracta.
  - Su razonamiento es inductivo y se les facilita crear modelos abstractos teóricos.
  - Perciben un ordenamiento amplio y lo organizan lógicamente.
  - Se interesan más por la lógica que por lo práctico.
- ✓ LOS DIVERGENTES
  - Combinan la experiencia con la observación reflexiva.
  - Tienen la habilidad de generar ideas.
  - Ven la situación de diferentes perspectivas.
  - Destacan en las artes o humanidades.
- ✓ LOS ACOMODADORES
  - Combinan lo concreto con la experiencia activa.
  - Tienen una gran habilidad para llevar a cabo planes orientados a la acción.

- Les gustan las nuevas experiencias.
- Se adaptan a las circunstancias.
- Aprenden de sus errores por ensayo y error.

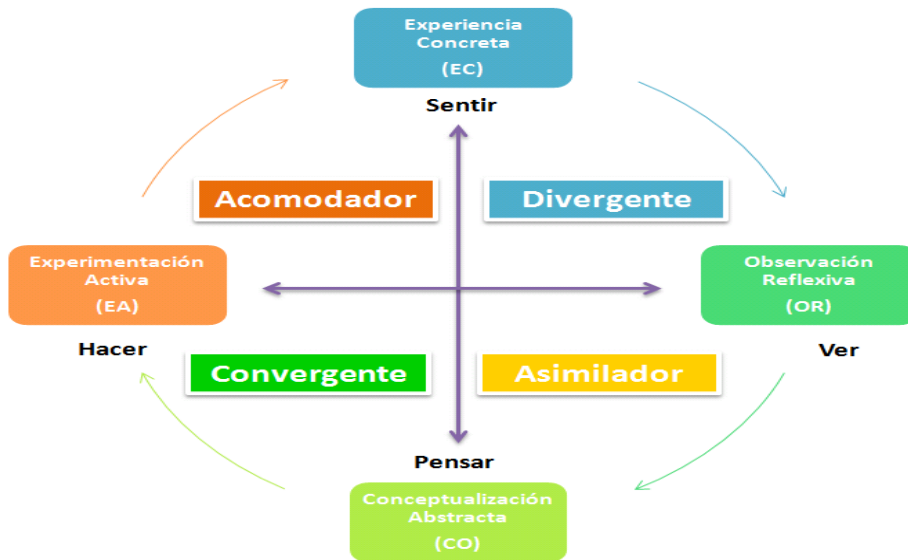


Figura 1. Teoría del aprendizaje de Kolb (Tripodoro, V. A., & De Simone, G. G. 2015).

Catalina Alonso (1992), con las aportaciones de Honey Mumford, adaptó el cuestionario de Estilos de Aprendizaje al ámbito académico con el nombre; Cuestionario Honey-Alonso de estilos de Aprendizaje CHAEA. Es así como basándose en Kolb, establecieron cuatro estilos de aprendizaje: Activo, Reflexivo, Teórico y Pragmático.

Tabla 2. *Estilos de aprendizaje*

ACTIVO	REFLEXIVO	TEORICO	PRAGMATICO
A estos alumnos les gusta los retos, y las actividades cortas, prefieren involucrarse en su aprendizaje, disfrutan las experiencias nuevas y con el trabajo en equipo	Les gusta recoger todos los datos posibles, prefieren observar y analizar.	Abordan los problemas de manera vertical y forma lógica, no se satisfacen por completo, ya que les gusta la perfección.	Son inquietos y les gusta actuar y manipular rápidamente las actividades a realizar, les gusta más la práctica.

Fuente: Cerón-Garnica, C. (2015, March). Aplicación de Instrumentos on-line para Diagnosticar Procesos Cognitivos que apoyen en la construcción de aprendizajes significativos de los estudiantes de Educación Media Superior. In *Congreso Virtual sobre Tecnología, Educación y Sociedad* (Vol. 1, No. 5).

La capacidad de aprender es una habilidad muy importante, que se puede adquirir y desarrollar no solo basta con saber qué tipo de aprendizaje tienen los alumnos, sino que también es importante trabajar con la información en fases. Es por ello que los docentes deben de seleccionar las estrategias y complementarlas con los estilos que se encuentran en su salón de clases, dando una mayor ventaja para el trabajo en equipo y así promover en los alumnos las diferentes habilidades mentales que tienen los alumnos.

Al igual que la definición de aprendizaje, los estilos de aprendizaje suelen tener diferentes acepciones, a pesar de esto existe una mayor uniformidad de criterios. Para Dunn (1979), aprendizaje es la manera por la que 18 elementos diferentes, que proceden de cuatro estímulos básicos afectan a la habilidad de una persona para absorber y retener.

Para Hunt (1979) es una característica basada en la teoría del desarrollo de la personalidad que describe a la persona en una jerarquía de desarrollo creciente de la

complejidad conceptual, autorresponsabilidad e independencia. Para Schmeck (1982), es simplemente el Estilo Cognitivo, que un individuo manifiesta cuando se confronta con una tarea de aprendizaje.

Gregorc (1979) *en* cambio afirma que el estilo de aprendizaje consiste en comportamientos distintivos que sirven como indicadores de cómo una persona aprende y se adapta a su ambiente. Para Claxton y Ralston (1978), el estilo *de* aprendizaje es una forma consistente de responder y utilizar los estímulos en un contexto de aprendizaje.

Para Riechmann (1979) es un conjunto particular de comportamientos y actitudes relacionados con el contexto del aprendizaje. Mientras que Smith (1988), *dice que son* los modos característicos por los que un individuo procesa la información, siente y se comporta en las situaciones de aprendizaje.

Kolb (1985) incluye el concepto de estilos de aprendizaje dentro de su modelo de aprendizaje por la experiencia y lo describe cómo algunas capacidades de aprender que se destacan por encima de otras como resultado del aparato hereditario de las experiencias vitales propias, y de las exigencias del medio ambiente actual.

Llegamos a resolver de manera característica, los conflictos entre el ser activo y reflexivo y entre el ser inmediato y analítico. Algunas personas desarrollan mentes que sobresalen en la conversión de hechos dispares en teorías coherentes y sin embargo estas mismas personas son incapaces de deducir hipótesis a partir de su teoría, o no se interesan por hacerlo, otras personas son genios lógicos, pero encuentran imposible sumergirse en una experiencia y entregarse a ella.

Alonso (2006) nos dice que los estilos de aprendizaje son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos, que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje. Aprender nos va a permitir adquirir nuevos conocimientos o destrezas que nos servirán para actuar de una forma



nueva ante los acontecimientos de la vida a los que nos enfrentemos. Este aprendizaje puede ayudarnos a afrontar adecuadamente las situaciones, aunque a veces, aprendemos conductas incorrectas, que nos llevarán a no ser demasiado hábiles en el manejo de esas situaciones. Conocer cómo aprende el ser humano es un primer paso para diseñar estrategias de enseñanzas potentes y eficaces que permitan al individuo desarrollar un alto potencial de conocimiento y destrezas que le sean útiles.

#### 1.2.2.1 Formas en las que aprendemos

Entonces ¿Cómo aprendemos?, hay tres formas básicas en que aprendemos los seres humanos y algunos principios que rigen el aprendizaje (Amat, 1996).

- a) Aprendemos por las consecuencias que se derivan de nuestra conducta.

Cada una de nuestras conductas lleva asociada una consecuencia dado que usamos la conducta para conseguir cosas del ambiente que nos rodea. Por tanto, nuestras conductas se fortalecerán o debilitarán en función de la eficacia o ineficacia para conseguir las consecuencias esperadas.

Sabemos que aquellas conductas que van seguidas de consecuencias positivas tenderán a repetirse en el futuro y que aquellas conductas que van seguidas de consecuencias negativas tenderán a extinguirse en el futuro, las primeras porque nos sirven para obtener lo que buscamos en el ambiente, las segundas porque no nos son de utilidad. Esto nos lleva a aprender por descubrimiento, es decir, por ensayo y error.

Cuando nos enfrentamos a un problema nuevo, empezamos a probar conductas de tal manera que aquellas que nos permiten solucionar el problema las incorporamos en nuestro repertorio conductual para usarlas en el futuro, mientras que aquellas que no nos sirven para solucionar el problema las descartamos.

- b) Aprendizaje por imitación.

Al observar cómo se comportan ciertas personas y cómo consiguen lo que desean emitiendo cierto tipo de conductas podemos aprender que imitando esos comportamientos nosotros también podemos conseguir esas mismas consecuencias. Una

de las formas de aprender es fijarnos en los demás, la mayoría de los niños y niñas se fijan en sus propios profesores y profesoras con lo que se convierten en un modelo, ya que lo ven como una persona segura de sí misma. Antes de pedir a un alumno que haga por primera vez algo, sería deseable que le pidiéramos que nos observase y luego imitase nuestra conducta.

c) Aprendemos siguiendo instrucciones.

Esto es a través del lenguaje también conocemos la realidad y los posibles efectos de nuestros posibles actos. Cuando algo lo aprendemos por instrucciones, ya sean orales o escritas este aprendizaje suele ser más rápido. Sin embargo la posibilidad de olvido es también más rápida y mayor. Además el comportamiento que se aprende bajo instrucciones suele ser flexible, menos creativo y menos sensibles a las contingencias que aparezcan.

Por tanto, además de reconocer la gran ventaja de contar con el lenguaje como medio ideal para los procesos de enseñanza-aprendizaje, debemos llamar la atención en que un abuso de las explicaciones sin más puede dar lugar a aprendizajes demasiados rígidos, que se olvidan muy rápido y de difícil transferencia a otros contextos.

#### 1.2.2.2 Problemas de aprendizaje

Los problemas de aprendizaje afectan a los niños en edad escolar, los problemas pueden ser detectados a partir de los 5 años de edad, lo que conlleva una gran preocupación para muchos padres, ya que afectan al rendimiento escolar y a las relaciones interpersonales de sus hijos, son niños que se esfuerzan en seguir las instrucciones en concentrarse y portarse bien, su dificultad está en captar, procesar y dominar las tareas e informaciones y luego en desarrollarlas posteriormente (Boggino, 2010).

Los niños que presentan algún problema de aprendizaje específico presenta patrones poco usuales, a la hora de percibir las cosas en el ambiente externo, es decir al procesar la información que reciben: (Boggino, 2010)

- Dificultad para entender y seguir tareas e instrucciones.
- Problemas para recordar lo que alguien le acaba de decir.
- Dificultad para dominar las destrezas básicas de lectura, deletreo, escritura y matemática, por lo que fracasa en el trabajo escolar.
- Dificultad para distinguir entre la derecha y la izquierda, para identificar las palabras, etc. Puede presentar tendencia a escribir las letras, las palabras o los números al revés.
- Falta de coordinación al caminar, hacer deporte o llevar a cabo actividades sencillas como sujetar un lápiz o atarse el cordón del zapato.
- Facilidad para perder o extraviar su material escolar, libros y otros artículos.
- Dificultad para entender el concepto de tiempo, confundiendo el "ayer", con el "hoy" y/o "mañana".
- Tendencia a la irritación que se manifiesta con facilidad.

Entonces podemos concluir que una NEE, es cuando los alumnos aprenden en un contexto modificado en el aula con los recursos ordinarios y se observa un desfase entre éstos y sus compañeros en cuanto a los aprendizajes básicos que por su edad deberían haber alcanzado, independientemente de que esta dificultad sea debida a deficiencias sensoriales, mentales, motrices, socio-ambientales o étnicas, las NEE se contemplan dentro de un continuo donde podemos encontrar los problemas de conducta en el polo de la transitoriedad y por el otro lado se situarían las dificultades permanentes que incluirían trastornos generalizados del desarrollo, dificultades cognitivas, físicas y sensoriales, uno de estos problemas que podemos encontrar en las aulas es el TDAH.

### 1.3 Barreras para el aprendizaje y la participación

El concepto de barreras para el aprendizaje y la participación fue desarrollado por Booth y Ainscow (Ainscow, 2001; Booth y Ainscow, 2002). Es un concepto nuclear en relación con la forma en la que los profesores deben enfocar su trabajo educativo con el alumnado en desventaja o más vulnerable a los procesos de exclusión.

Este concepto enfatiza una perspectiva contextual o social sobre las dificultades de aprendizaje o la discapacidad. Nos hace ver que tales dificultades nacen de la interacción entre los alumnos y sus contextos: las circunstancias sociales y económicas que afectan a sus vidas, la gente, la política educativa, la cultura de los centros, los métodos de enseñanza.

Como señala Booth (2002) comprender la dependencia de cualquier alumno en situación de desventaja de los factores sociales que influyen inevitablemente en su vida y con los que interactúan desde sus condiciones personales nos permite apreciar que, cuando su entorno social respeta y acepta la diferencia como parte de su realidad, se hace accesible en todos los sentidos y se moviliza para prestar los diferentes apoyos que cada uno precisa, la discapacidad se diluye y tan sólo nos encontramos con personas, sin más, que pueden desempeñar una vida autodeterminada y con calidad. Por el contrario, cuando su entorno se encuentra plagado de barreras (sociales, culturales, actitudinales, materiales, económicas,...), que dificultan, la discapacidad reaparece. Por tanto, el propio concepto de dificultades de aprendizaje o de discapacidad, no puede entenderse sin la consideración del efecto mediador del contexto en el que se desenvuelve el alumno.

“Cuando las dificultades educativas se atribuyen a los déficits del alumnado, lo que ocurre es que dejan de considerarse las barreras para el aprendizaje y la participación que existen en todos los niveles de nuestros sistemas educativos y se inhiben las

innovaciones en la cultura, las políticas y las prácticas escolares que minimizarían las dificultades educativas para todo el alumnado” (Booth y Ainscow, 2000).

Las barreras que pueden coexistir en tres dimensiones:

- En el plano o dimensión de la cultura escolar (valores, creencias y actitudes compartidas).
- En los procesos de planificación, coordinación y funcionamiento del centro (proyectos educativos y curriculares, comisiones y equipos, dirección y consejo escolar, horarios, agrupamientos, distribución de recursos, etc.
- En las prácticas concretas de aula; metodología de enseñanza, tipo de interdependencia entre los alumnos, prácticas evaluadoras, recursos, etc.

Muchas de las barreras están fuera de la escuela. Se encuentran al nivel de las políticas nacionales, en los sistemas educativos, en los sistemas de formación del profesorado, en los presupuestos y en los recursos. Es decir, muchos de los recursos necesarios para desarrollar una educación inclusiva están fuera de la escuela ordinaria y del aula.

También es necesario recordar que las barreras que debemos analizar no son sólo aquellas que puedan limitar el aprendizaje y la participación de los alumnos, sino también, las que afectan a los docentes y al resto de las personas que conviven y participan de la vida de un centro escolar. Incluso podríamos decir que si unos y otros no son los primeros en sentirse acogidos, valorados y respetados por los demás, difícilmente podrán desarrollar su trabajo en condiciones favorables para promover el aprendizaje y la participación de sus alumnos. La ausencia de una política de acogida a los nuevos miembros de un equipo docente, la descoordinación del trabajo, las relaciones de hostilidad o aislamiento, la falta de incentivos internos o externos son, entre otros, obstáculos o barreras que condicionan negativamente el trabajo docente.

Para que un centro educativo pueda identificar las barreras que dificultan la presencia, aprendizaje y participación de sus alumnos y poder así diseñar sus planes de actuación,

existen algunos materiales que pueden ser útiles para dinamizar la autoevaluación de los centros educativos en este proceso.

En el siguiente capítulo se concentran algunas consideraciones relacionadas con los problemas de aprendizaje y que estadísticas del INEGI nos dice que existen 22'871,833 de niñas y niños se encuentran entre los cinco y catorce años de los cuales se reporta que entre el 14% y 20% presentan algún problema psiquiátrico (Álvarez Cibrián, 2010), lo que nos podría indicar problemáticas no sólo en el rendimiento escolar sino también en el aprovechamiento.

## Capítulo 2. TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)

El término que tenemos en la actualidad de TDAH (Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad) ha tenido una evolución, debido al gran interés por diferentes disciplinas; desde sus inicios en 1854 en donde el doctor alemán Hoffman descubrió por primera vez, un síndrome caracterizado por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento.

Se considera a G.F. Still en 1902, un médico inglés, como el primero que descubrió los síntomas en el Royal College of Physicians de Londres, donde atendía a niños con problemas atencionales. Manifestaban una excesiva actividad motora, con conductas impulsivas y agresivas, consideraba que podrían ser niños con una inteligencia normal, sino que más bien había un defecto de control moral. Still, comentó que estos síntomas eran físicos y que no era una deficiencia intelectual; sino más bien una educación inadecuada, o un ambiente familiar inadecuado (Barkley, 1982).

Menkes (1967), dijo que eran hipercinéticos ya que algunos casos, de niños que no tuvieron el virus de la encefalitis presentaban algunas características como, el impulso de estar constantemente en movimiento, deterioro de la concentración, distracción, el aprendizaje y las dificultades académicas.

En los años 60, tras observaciones de niños con afecciones neurológicas, se sustituyó la concepción de hipercinéticos y lo comenzaron a denominar como daño cerebral mínimo. Clements (1966), lo describió por primera vez como un trastorno de la conducta y del aprendizaje que experimentan los niños con una inteligencia normal, que se encuentra asociado con el sistema nervioso central; el cual se caracterizó con síntomas como: hiperactividad, desajustes hiperactivo-motores, deficiencia de atención, deficiencia de la memoria y del pensamiento.

En 1972 hubo un nuevo cambio, ya que Virginia Douglas argumentó que la deficiencia que tienen los niños hiperactivos no era su exceso de actividad física, sino su capacidad para mantener la atención y controlar su impulsividad (Douglas, 1972). La cual ha influido en la interpretación actual de los dos sistemas de clasificación internacional: DSM-V Y CIE-10

Es así como a finales de los sesenta, se propone retornar un modelo de comportamiento centrado en el enfoque descriptivo de los trastornos mentales y conductuales sin considerar ninguna causa orgánica; y a partir de los años 80 la Asociación de Psiquiatría Americana en su Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) lo llamó por primera vez como Trastorno por Déficit de Atención (TDA); posteriormente en el DSM-III-R en 1983 apareció como Trastorno de Déficit de Atención e indicaba que podía aparecer con o sin hiperactividad y con o sin impulsividad; dándole más importancia al inatención y la impulsividad; y en 1994, el DSM IV lo llaman “Déficit de Atención con hiperactividad”; dividiéndolo en tres subtipos: combinado, inatento, hiperactivo (DSM-III-R, 1980).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), incluyó la categoría de síndrome hiperkinético de la infancia en 1967, en 1978 uso el término hiperkinético infantil o trastorno de inestabilidad de la infancia con o sin hiperactividad.

El sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud 1992, dice que el TDAH: tiene un comienzo precoz, con hiperactividad, con una marcada falta de atención. Ambas son utilizadas por especialistas en Europa y América.



## 2.1 Perspectiva actual

A pesar de los cambios de terminología a través de los años la sintomatología se ha mantenido casi sin alteraciones; es así como los dos instrumentos de apoyo internacionales la clasifican actualmente, cada uno con criterios establecidos y definidos.

En el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V lo incluye en los trastornos de inicio de la infancia y adolescencia, en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (DSM-V, 2013)

CIE-10 (Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos mentales): En el cual la hiperactividad, es denominada como trastorno de actividad y atención, queda dentro del grupo de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo de la infancia y la adolescencia, en el subgrupo de trastornos hiperkinéticos que comprende cuatro diagnósticos diferenciados: el trastorno de la actividad y atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético no especificado.

## 2.2 El TDAH

En la actualidad es uno de los problemas más comunes de aprendizaje de la infancia con alteración en el comportamiento, se puede identificar con la falta de atención, impulsividad con hiperactividad. Lo podemos considerar como el caos, ya que el mundo que perciben los niños y niñas con TDAH, es caótico, en espacios, tiempo todo se mezcla.

Nuestras percepciones son las encargadas de que nosotros reconozcamos lugares, tengamos horarios, etc. Todas estas sensaciones para los niños y niñas con TDAH son

percibidas en una avalancha de impulsos y de una manera desorganizada, es por esto que los niños pierden cosas, no recuerdan datos y tienen problemas de aprendizaje (Adame, 2002)

El DSM-V, nos dice que es un trastorno de conducta con un origen neurológico, con dificultad de espacio y tiempo es decir que puede ocurrir en cualquier lugar y hora, ya que el niño o niña tiene un escaso o nulo autocontrol y se deja llevar por sus emociones de ira, tristeza, alegría y ansiedad de sus deseos o necesidades que se van presentando en su día a día.

Aun no se sabe cuál es la causa en específico, pero si se sabe hoy en día que es un trastorno neurobiológico ocasionado por una variedad de factores biológicos y hereditarios; por otra parte los factores ambientales pueden aumentar o reducir los síntomas de TDAH (Pascual-Castroviejo, 2008).

Los síntomas principales del TDAH son el déficit atencional, la hiperactividad o excesiva actividad motora y la impulsividad. Es el más frecuente de los trastornos del neurodesarrollo iniciados en la infancia y diagnosticados en atención primaria. Los síntomas del trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad no sólo en el niño o niña, sino también en el grupo de compañeros y en su familia (Cardo, 2008).

La etiología del TDAH, siendo el factor inmediato para los síntomas del trastorno no se ha identificado precisamente sino más bien es la interacción de factores múltiples con efectos propios en el niño o niña. Existen varias teorías que han intentado explicar las causas del TDAH, entre ellas las más predominantes en los estudios son las que nos hablan de un daño a nivel fisiológico y genético (Caraballo, 2015).

Kirby (1992), señala que hay bases biológicas y ambientales como causantes de este trastorno. El TDAH es el trastorno de la conducta de la niñez más comúnmente diagnosticado que afecta a un estimado de 3 y 5% de los niños de edad escolar y cuyo diagnóstico es mucho más frecuente en niños que en niñas. La mayoría de niños y niñas con TDAH tienen al menos otro problema de desarrollo o de comportamiento, mostrando porcentajes más altos en niños que en niñas (Bonet de Luna, 2011).

### 2.3 Causas biológicas y genéticas del TDAH

Aunque no se saben aun cuales son las causas exactas, si se puede decir que es un trastorno que contienen un factor biológico y genético (Caraballo., 2004) entre los procesos biológicos más destacados como causa del TDAH; se encuentran los problemas prenatales, perinatales y posnatales; como lo son el consumo de alcohol, drogas o tabaco durante el embarazo; el bajo peso del niño o niña en su nacimiento, la hipoxia, lesiones cerebrales.

Barkley (1998) nos dice que otra causa biológica es en el proceso de atención ya que se ven involucrados diferentes elementos, que en los niños con TDAH; presentan algún problema en la:

1. Función ejecutiva: Los niños con TDAH presentan significativas dificultades de planeación, organización y ejecución de estrategias.
2. Función atencional: Inatención por incapacidad de concentrarse en los detalles, con un incremento en el fracaso en las diferentes áreas de la vida cotidiana, simplemente por descuido. Dificultades de mantener la atención sostenida para actividades y juegos. También presentan graves problemas para seguir instrucciones y tendencia a evitar actividades que requieran esfuerzo mental.

Igualmente manifiestan una marcada tendencia a perder objetos personales o deberes escolares por distracción.

3. Función de memoria: Frecuentes olvidos de las actividades diarias, en las instrucciones, órdenes y recomendaciones. Dificilmente retienen la información general, aún cuando realicen un ejercicio intenso.
4. Función perceptiva: Aparentes problemas de audición.

En los niños y niñas con TDAH también es evidente encontrar inestabilidad motora la cual se manifiesta con síntomas como intranquilidad o gestos corporales que denotan timidez en la gran mayoría de los casos (Miranda A. A., 2001)

1. Dificultad en permanecer sentado: Se levanta de su lugar en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que se mantenga sentado a la hora de comer o en reuniones sociales. Inquietud en las manos y en los pies, mientras está sentado.
2. Dificultad para esperar por un turno o al esperar en una fila. Correr o escalar de forma excesiva: Corre o trepa en lugares inapropiados
3. Hablar en exceso: Responder impulsivamente a preguntas sin escuchar previamente el contenido de estas.
4. Tendencia a interrumpir: Se entromete en las conversaciones o los juegos de los demás.
5. Dificultad para jugar de forma tranquila.
6. Sensación de estar siempre "deprisa".

Estudios recientes de neuroimagen han comprobado que los lóbulos frontales y los circuitos de los ganglios basales, región cerebral que regula la inhibición de respuestas la planificación y la flexibilidad mental presentan un problema, tiene un tamaño significativamente más reducido en niños y niñas con TDAH, se sospecha que la mutación en algún gen es el que provoca esta reducción, reiteradamente el TDAH tiene un

componente genético muy substancial ya que la mayoría de los niños y niñas tienen algún familiar afectado en mayor o menor medida por el mismo trastorno (Pliszka S. , 2002).

Lopera (1999), en sus estudios con familias indica que entre un 55% y un 91% de los niños hiperactivos han heredado el trastorno y que los hijos de padres y madres con TDAH tienen hasta un 50% más de probabilidad de desarrollar el mismo problema.

Los genes afectados en este trastorno, son los encargados de dirigir la forma en cómo el cerebro utiliza la dopamina, una sustancia química que nos ayuda a mantenernos atentos pero sin dejar que los estímulos que pasan a nuestro alrededor nos distraigan, en los niños y niñas normales, la dopamina se libera y se adhiere a los receptores dopaminérgicos de las neuronas para transmitir el mensaje, mientras que los transportadores dopaminérgicos la absorben para utilizarla posteriormente, pero en los niños y niñas con TDAH, presentan una alteración en el gen de los transportadores de dopamina, haciendo que se absorba de una manera tan rápida que no se da el tiempo suficiente para que los neurotransmisores se adhieran a los receptores dopaminérgicos de otra neurona (Ruiz-García, 2005). Lo que provoca que los niños con TDAH, presenten un déficit de autocontrol que impide aplicar las cuatro funciones mentales: memoria de trabajo, internalización del lenguaje auto dirigido, control de las emociones y motivación.

#### 2.4 Causas ambientales

El entorno del niño o niña con TDAH, es un mundo lleno de exigencias que no pueden realizar y que le provoca sentimientos de inseguridad, que le obliga a pedir mayor atención de sus padres, por sí solo no es una variante de causa del TDAH, pero si ejerce un significativo peso como lo puede ser el pobre ejercicio de la paternidad, psicopatologías de los padres, estrés psicosocial de la familia (Kirby, 1992).

En la actualidad nuestra sociedad, experimenta cambios que pueden en algún momento llegar a intensificar los síntomas de los niños y niñas con TDAH, como las recompensas instantáneas que dan los juegos electrónicos, altas tasas de divorcio, y el que ambos padres trabajen (Burbules, 2001).

Hoy en día debemos sumar lo que podríamos llamar “patologías de exceso” vinculadas con el consumo y el uso descontrolado de objetos: celulares, computadoras, tabletas, etc. Muchos chicos encuentran en el uso compulsivo de estos objetos una forma de eternizar su tiempo de “niño rey” sin ninguna responsabilidad, negando así que llegó la hora de hacer el esfuerzo por concentrarse y estudiar algo aburrido, de hacer el esfuerzo y quedarse quieto cuando su impulso es correr, porque hay que respetar ciertas reglas que decide una autoridad, de hacer el esfuerzo y regularse en sus actos y darle lugar al otro en determinadas oportunidades porque hay otros que tienen los mismos derechos que él.

No obstante, el uso de tecnologías no siempre es sinónimo de placer. En niños impulsivos e hiperactivos enmascaran fenómenos de angustia o inhibiciones con relación a estas elecciones que postergan como lo es el estudio, relaciones con amigos, cumplir con pedidos de sus padres, etc. (Burbules, 2001).

## 2.5 Causas alimentarias

La ingesta de algunos alimentos que contienen colorantes, conservadores, potenciadores del sabor, etc, y que constituyen elementos añadidos a muchos productos alimentarios infantiles, han sido objeto, también, de diversos estudios.

Dichos aditivos no constituyen causa significativa del TDAH, salvo en determinados niños (principalmente pequeños), con cierta hipersensibilidad hacia los mismos, de igual manera estudios efectuados con el azúcar van en el mismo sentido. La alimentación puede aumentar la hiperactividad pero no provocarla, las dietas que restringen la ingestión de ciertas azúcares han mostrado solo ser eficaces en un 5% de los niños y niñas, existen varios grados de restricción a las azúcares, la más sencilla de empezar, es con la dieta

basada en la propia experiencia, es decir si sabemos que ciertos alimentos (chocolate, refresco, dulces, etc) lo alteran vamos a eliminarlos (Gargallo., 2001).

## 2.6 Síntomas del TDAH

Las manifestaciones del TDAH, son más claras entre los 6 y 9 años de edad a menudo los padres comentan que la conducta de sus hijos los ha sobrepasado llegando a los golpes e insultos (Gargallo., 2001).

En el ámbito escolar no cambia mucho la opinión negativa de los niños y niñas ya que habitualmente hay quejas sobre su conducta, trabajo, socialización y seguimiento de órdenes dentro del salón de clases, los maestros suelen decir que niño “está en la luna”; no siguen reglas de juego, arrebatan juguetes o los rompen.

En casa no son capaces de seguir reglas, molestan a sus hermanos, se caen o accidentan con más facilidad, en la hora de la comida se levantan constantemente, juegan con los cubiertos, en cuanto su horario para la tarea se prolonga tanto que llega exasperar a los padres (Gargallo., 2001)

El DSM-V define tres subtipos del TDAH: (DSM-V, 2013)

### ❖ Tipo inatento:

- a) Tiene dificultad para prestar atención a detalles, continuamente comente errores por descuidos en sus actividades diarias.
- b) Frecuentemente fracasa en las actividades que implican mantener su atención.

- c) No cumple las instrucciones y fracasa al realizar la actividad, debido a la dificultad para comprender lo que se le pide.
- d) Tiene dificultad para organizar sus actividades.
- e) A menudo evita las tareas que le exijan mucho esfuerzo mental.
- f) Pierde constantemente sus objetos personales.

❖ Tipo hiperactivo:

- a) Constantemente se encuentran en movimiento pies, manos.
- b) Tiene una gran dificultad para permanecer en su asiento.
- c) Corre de manera excesiva.
- d) Responde abruptamente antes de escuchar o poder terminar la pregunta.
- e) Tiene dificultad para esperar turnos.

❖ Tipo combinado: Cumple criterios del tipo inatento y del tipo hiperactivo.

Los Criterios diagnósticos CIE 10 para el trastorno hiperactivo (Organización Panamericana de la Salud, 1995):

❖ Déficit de atención

- a) Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- b) Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- c) A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
- d) Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras instrucciones.
- e) Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g) A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.



- h) Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
- i) Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias

❖ Hiperactividad

- a) Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
- b) Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
- d) Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- e) Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

❖ Impulsividad

- a) Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- b) A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
- c) A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
- d) Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

La CIE-10 requiere que el paciente presente al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad (6+3+1) que provoquen disfunción en al menos dos ambientes. Es por ello, que se trata de un síndrome más severo y menos frecuente que el definido por el DSM-IV (es más difícil cumplir criterios CIE-10 que DSM-IV). Por lo tanto, utilizando los criterios diagnósticos de la CIE-10 un niño con síntomas severos de inatención, pero sin síntomas de hiperactividad o impulsividad, no recibiría el diagnóstico de TDAH, quedando sin detectar (falso negativo).

Por otro lado, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV aumenta la probabilidad de sobre diagnosticar síntomas leves de hiperactividad o de inatención (falsos positivos). Con

los cambios en los criterios DSM se ha pasado de prevalencias de TDAH del 9,6% (DSM-III) hasta el 17,8% (DSM-IV) y en el actual DSM-V aumenta la posibilidad de cumplir mejor los criterios para el diagnóstico (Joselevich, 2003).

El CIE es importante porque proporciona un lenguaje común para la presentación de informes y seguimiento de las enfermedades. Esto permite que el mundo pueda comparar y compartir datos de una manera consistente y estándar. Está siendo revisado para reflejar mejor los avances en ciencias de la salud y la práctica médica.

Hay tres criterios centrales en el diagnóstico internacional en DSM-V y CIE-10, y deben de tener un mínimo de seis meses de persistencia, para diagnosticar el TDAH y debe de cumplir un mínimo de seis síntomas:

❖ Desatención:

- A) A menudo fracasan en prestar atención.
- B) Tienen dificultad en concentrarse en tareas.
- C) Pareciera no escuchar lo que dice.
- D) Es incapaz de seguir instrucciones.
- E) Tiene dificultad para organizar sus tareas.
- F) Evita o rechaza las obligaciones que le demandan un esfuerzo mental.
- G) Pierde las cosas.
- H) Se le olvidan actividades cotidianas.

❖ Hiperactividad-Impulsividad

- A) Inquietud en manos y pies o se retuerce en sus silla.
- B) Abandona las situaciones en las que tiene que permanecer sentado.
- C) Trepa y corre excesivamente en situaciones inadecuadas.
- D) Tiene dificultad para mantenerse en situaciones de ocio.
- E) Habla excesivamente y sin necesidad.
- F) Actúa por impulso y no se puede detener.

❖ Impulsividad

- A) Respuestas abruptas antes de que se termine la pregunta.
- B) Dificultad para permanecer en la fila y esperar su turno para los juegos.
- C) Interrumpe y se entromete en las actividades de sus compañeros.

Debe tomarse en cuenta los antecedentes de síntomas de hiperactividad-impulsividad antes de los siete años, que los síntomas se presenten en dos o más ambientes: casa, escuela, calle etc, y pruebas claras del deterioro significativo en lo social, escolar y casa.

Estas dos clasificaciones tienen un listado de 18 síntomas, de conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad; coincidiendo que los síntomas deben de mantenerse a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones; y ser clínicamente significativos y de estar en dos diferentes contextos. Y de mantenerse por lo menos 6 meses. Si bien los dos sistemas de clasificación comparten algunos puntos para el criterio del diagnóstico, no son iguales, el CIE-10 maneja que debe de contar con al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad.

Mientras que el DSM-V, las dificultades de hiperactividad- impulsividad pueden dar un diagnóstico positivo, planteando así tres subtipos:

- a) Inatento: debe de cumplir al menos seis de nueve síntomas de inatención.
- b) Hiperactivo-impulsivo: deben de cumplir al menos seis de nueve síntomas de hiperactividad-impulsividad
- c) Combinado: deben de cumplir los dos criterios.

Estas clasificaciones no toman en cuenta la edad, el sexo, el nivel de maduración; pero aun así el TDAH se presenta en todas las zonas del mundo, siendo mayor el número de varones los diagnosticados; que a la vez presentan otros problemas psiquiátricos (Joselevich, 2003).

## 2.7 Trastornos comórbidos

El TDAH es el trastorno del comportamiento más común de la niñez, pero un número significativo de niños y niñas con TDAH tiene trastornos comórbidos. En estas situaciones, el diagnóstico diferencial es mucho más difícil y el tratamiento puede ser bastante complejo. En el transcurso de las últimas décadas, se han efectuado numerosas investigaciones para determinar la prevalencia de los diversos diagnósticos comórbidos en niños con TDAH.

Pliszka (2006), comenta en la 17ª Conferencia Anual Internacional del CHADD en octubre del 2005 en Dallas, que el diagnóstico comórbido más común es el del trastorno negativista desafiante, que puede afectar hasta al 60% de niños y niñas con TDAH. Un porcentaje menor, de alrededor del 20% de los niños con TDAH, puede desarrollar el trastorno disocial.

Seguido por el trastorno negativista desafiante (TND) es un patrón de comportamiento oposicionista, hostil y desafiante, los niños y niñas con el TND se enfadan con facilidad, discuten y con frecuencia desafían a los adultos muestran conducta que irrita a sus compañeros tienden a permanecer disgustados y resentidos por largos períodos de tiempo y a menudo son rencorosos y vengativos.

De igual manera el trastorno disocial (TD) es un trastorno mucho más severo, puesto que implica agresión y conducta antisocial, los niños y niñas con TDAH y trastorno disocial pueden diferenciarse de aquellos que tienen solo TDAH por una serie de factores, los niños y niñas con TND/TD también tienen más probabilidades de tener trastornos de aprendizaje, particularmente en el área del lenguaje.

En investigaciones sobre el tratamiento con estimulantes en algunos casos suele ser un riesgo para el posterior abuso de sustancias, los niños y niñas con TDAH tienen un riesgo más alto de desarrollar trastornos de abuso de sustancias como adultos, pero los niños y niñas con TDAH, TND y TD a menudo experimentan con sustancias ilegales durante el inicio de la adolescencia.

Si las conductas oposicionistas y agresivas persisten luego de que el TDAH ha sido adecuadamente tratado, deben considerarse varias estrategias, deben considerar añadir un programa de manejo de la conducta usualmente consiste en identificar conductas oposicionistas claves a las que se debe apuntar y trabajar con terapia psicológica

El TDAH puede ser comórbido con una amplia gama de trastornos. Afortunadamente, hay un conjunto, igualmente diverso, de enfoques terapéuticos que se puede aplicar a estas situaciones (Miranda A. M., 1995).

## 2.8 Ciclo del TDAH en la vida

Las manifestaciones del trastorno del TDAH, se dan durante todo el ciclo vital y se van modulando en función al estadio evolutivo por el cual va atravesando el niño y niña, algunas veces presentan un desarrollo motor precoz ya que los padres y madres suelen decir que los niños y niñas eran muy inquietos, curiosos, hiperactivos, la mayoría presenta problemas de sueño y alimentación, mostrando no tener noción del peligro

En la edad escolar presentan un mayor número de accidentes, rabietas, falta de atención, problemas de aprendizaje, e impulsividad que se manifiesta en la falta de tolerancia a la frustración y dificultad de aceptar las reglas.

### 2.8.1 Primera infancia (0-3 años)

Una faceta muy controvertida es el de la posibilidad de diagnósticos antes de los 3 años sin embargo hay estudios como el de Michigan sobre 223 niños menores de 2 años, en donde los padres describen problemas con los niños desde edades muy tempranas, presentan una dificultad para adaptarse a las nuevas situaciones, dificultad en las rutinas para comer, dormir, normalmente les llevaban la contraria, y berrinches cuando no obtenían lo que deseaban, dando la posibilidad de poder observar una sintomatología a edad muy temprana (Rappley, 1999).

### 2.8.2 Etapa escolar ( 3- 12 años)

En esta etapa la mayoría de los niños y niñas con TDAH tienen pie plano, con tendencia a andar de puntillas, con un discreto retraso en el lenguaje; se ha observado que normalmente van con los ojos muy abiertos; se mueven constantemente, la mayoría duermen mal; constantemente se quejan de aburrimiento y se observan moretones en sus piernas con mayor frecuencia (Joselevich, 2003).

### 2.8.3 Etapa de la pubertad ( 12- 18 años)

En esta etapa se hace más evidente la impulsividad e inatención, de igual manera la frustración, la gran dificultad de realizar sus tareas disminuye su autoestima y su auto concepto, llevándolo la mayoría de las veces al fracaso escolar, en esta etapa la hiperactividad disminuye, pero los problemas de atención aumentan, esta frustración puede ocasionar conductas que lo llevan al abuso de sustancias o de accidentes (Joselevich, 2003).

#### 2.8.4 Etapa adulta

En la edad adulta los problemas siguen en el ámbito laboral y familiar, se presenta baja autoestima o el abuso de alguna sustancia o bien han aprendido a sobrellevar el trastorno con diferentes atajos que le permiten tener alguna capacidad para realizar sus tareas (Joselevich, 2003) .

Por esta razón es de suma importancia el saber el curso evolutivo de un niño y niña con TDAH, para saber que tratamiento médico y psicológico debe de tener.

#### 2.9 Diagnóstico y Tratamiento médico y psicológico del TDAH

Un buen diagnóstico es determinante para que las posibilidades de que el niño sea tratado a tiempo sean indispensables, esto depende en gran medida del centro y la especialización del profesional en el tema del TDAH.

Se comienza con la Historia Clínica, una entrevista a la familia, en la que se recogen datos como el motivo de consulta, historia del inicio y evolución de los síntomas, valoración y actitudes hacia los problemas presentados. Los antecedentes personales incluyen datos acerca del desarrollo del niño (embarazo, parto, desarrollo psicomotor y psicoafectivo, inicio del lenguaje, alimentación, sueño, control de esfínter, autonomía personal, inicio de la escolarización, etc.), así como la historia médica (Ruiz-García, 2005).

De igual manera se incluye una valoración familiar por parte del entrevistador sobre las condiciones que rodean a la familia (relaciones familiares, calor afectivo, normas, límites, estructura familiar y georama), valorar la posibilidad de trabajo con la familia la implicación y motivación, así como la opinión de cada padre sobre lo que le ocurre al hijo o hija. Una

parte muy importante de la entrevista son los antecedentes familiares sobre hiperactividad y trastornos del desarrollo psicológico, psiquiátricos y abuso de sustancias (Ruiz-García, 2005).

Las principales pautas para el diagnóstico de TDAH, son el déficit de atención y la hiperactividad ya que el diagnóstico requiere la presencia de ambos y deben manifestarse en más de una situación es decir en clase, en la consulta, en casa y en la calle (Elder, 2010).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por dejar actividades sin terminar. Los niños y niñas cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra tarea.

Tras la elaboración de la Historia Clínica el siguiente paso será la realización de exploraciones psicométricas que nos ayuden a realizar una evaluación a diferentes niveles (Elder, 2010). En la guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad, se especifica que algunos de los estudios durante el proceso de evaluación e intervención son (Espina, 2005):

Estado neuropsicológico, necesario para conocer posibles déficits neurocognitivos, los más utilizados son: La escala de McCarthy contiene 18 tests independientes que evalúan las variables aptitudinales del niño o niña en ciertas áreas importantes, los cuales han sido agrupados en seis escalas: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, general cognitiva, memoria y motricidad (Llort, 2016).

-La Escala para medir el Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet-Lezine, se utiliza para edades de 0 a 30 meses y ampliada hasta los 6 años, su objetivo es evaluar el nivel madurativo del niño o niña en las cuatro áreas que explora: Control postural la posición del cuerpo en el espacio, Coordinación óculo-motriz el trabajo



asociado de la visión y las manos, Lenguaje/Comunicación el niño adquiere nuevos mecanismos para comunicarse sensaciones y sentimientos así como emitirá sonidos, Sociabilidad/Autonomía se comenzará a enseñarles a que sean socialmente competentes, dejando que adquieran autonomía haciendo cosas por sí mismos, esto les dará seguridad y reportará beneficios en su autoestima (Brunet, 1985).

-El Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil –CUMANIN- de Portellano, se utiliza niños o niñas entre los 3 y 6 años, permite evaluar diversas áreas para detectar posibles dificultades de desarrollo en unas edades que por coincidir con el inicio de la etapa escolar son esenciales en la evolución de los niños: Psicomotricidad, Lenguaje, Atención, Estructuración espacial, Visopercepción, Memoria, Estructuración rítmico temporal y Lateralidad (Pérez J. A., 2000).

Coeficiente Intelectual (C.I.) se utilizarán, el Raven se adapta especialmente a los niños y niñas de 5-6 años aunque se pueden evaluar hasta los 12 años para ello existen recomendaciones explícitas, también es aplicable a los débiles mentales, a los sordos, a los mudos y a los sujetos de un idioma ignorado por el examinador, ya que evalúa la capacidad perceptiva, prueba la capacidad de razonamiento no verbal con base en estímulos figurativos, se puede aplica de forma individual o grupal. La prueba mide la capacidad para hacer comparaciones, razonar por analogía y organizar las percepciones espaciales en un todo relacionado sistemáticamente, intenta revisar la forma más completa posible los sistemas de pensamiento del desarrollo intelectual (Brown, 1997).

-El Factor «G», busca medir la inteligencia concebida como una capacidad mental general, o “factor g”, y mediante tareas no verbales, eliminar la influencia de habilidades ya adquiridas, constan de tres versiones (escalas 1, 2 y 3) y pueden ser utilizados en niños, adolescentes y adultos. La escala 1 se utiliza con niños entre 4 y 8 años o con sujetos de mayor edad con deficiencia mental, consta de 8 pruebas: Sustitución, Clasificación, Laberintos, Errores, Semejanzas, Identificación, Órdenes y Adivinanzas. La escala 2 puede ser utilizada en niños de entre 8 y 14 años y la escala 3 en adultos y adolescentes a partir de los 15 años, estas dos son pruebas no verbales, donde el sujeto solo debe percibir la posibilidad de relación entre figuras y formas, y están compuestas por cuatro subtests: series, clasificación, condiciones y matrices. Estos subtests ponen en juego operaciones cognitivas de identificación, semejanzas perceptivas, seriación, clasificación, matrices y comparaciones e implican contenidos perceptivos distintos con el

objeto de evitar que algunas diferencias perceptivas influyan en los resultados de la medida de inteligencia (Llort, 2016).

-El WISC-R y el WPPSI, son las pruebas de Inteligencia más conocidas y utilizadas, son de aplicación individual, se aplica a niños y niñas de edades comprendidas entre 6 y 16 años. El niño va a ser comparado con su grupo de edad pudiendo establecer su posición jerárquica dentro ese grupo. De esta forma podemos obtener el nivel de funcionamiento intelectual del niño respecto a sus compañeros de edad, ya que las puntuaciones del sujeto, son comparadas con las que se obtuvieron en una muestra representativa de la población y de su misma edad, nos proporciona tres valores de C.I. (Cociente Intelectual) asociados a las tres escalas primarias mencionadas (Verbal, Manipulativa y Total). La parte verbal contiene 6 subpruebas y la manipulativa otras 6 subpruebas (Wechsler, 1994).

-El Test de la dibujo de figura humana (DFH) pertenece al conjunto de las denominadas técnicas proyectivas en las que la persona no sólo se limita a efectuar un simple dibujo sino que se espera que plasme de forma indirecta, la esencia de su propia personalidad, se puede aplicar a niños y niñas de entre 5 y 12 años, pudiéndose obtener, a partir de su análisis, un nivel general de madurez mental (CI), así como posibles indicadores emocionales, la figura humana se divide en un total 30 elementos a estos elementos se les denomina ítems evolutivos, estos ítems evolutivos se podían clasificar, dentro de cada grupo de edad, a los que se les denomina ítems esperados, comunes, bastante comunes y excepcionales. Describiendo los distintos ítems esperados y excepcionales a través de cada edad y teniendo en cuenta si se trata de un niño o una niña, la autora consiguió crear una tabla de puntuación objetiva que podía aportar datos bastante fiables acerca de la maduración cognitiva del niño (C.I.) e incluso detectar posibles problemas emocionales (Goodenough, 1999).

No hay tiempo límite para esta prueba, el niño o niña es libre de borrar, rectificar o cambiar su dibujo durante la ejecución hay tres principios básicos a tener en cuenta a la hora de analizar el DFH de niños y niñas dentro del rango de edad de 5 a 12 años: El

cómo dibuja la figura, sin tener en cuenta a quien dibuja, refleja el concepto que el niño o niña tiene de sí y la manera en que el dibujo está hecho y los signos y símbolos empleados, revelan el retrato interior del niño o niña y muestran su actitud hacia sí mismo. A quien dibuja, es a la persona de mayor interés e importancia para el niño o niña en el momento de realizar el dibujo, se espera que en la mayoría de casos se dibujen a sí mismos, pues obviamente nadie es de mayor importancia para un niño o niña que él mismo cuando esto sucede, suelen hacerlo de forma bastante realista, no obstante, en ocasiones, algunos niños o niñas están tan descontentos consigo mismo que distorsionan las imágenes hasta el punto que guarda poca similitud con su apariencia real, en ocasiones pueden dibujar personas con las que están en conflicto o sencillamente elegir otras personas antes que él mismo lo que puede indicar cierta desvalorización o poca autoestima. Y lo que el niño está diciendo en su DFH puede presentar dos aspectos; ser una expresión de sus actitudes y conflictos, o ser un deseo, o ambas cosas a la vez. Si los niños y niñas describe la persona que dibujó, entonces la descripción se refiere a la persona dibujada y si un niño o niña cuenta una historia espontánea sobre su DFH, entonces el contenido de la historia representara un deseo.

Pruebas psicopatológicas: estas evalúan los pensamientos, las características y las capacidades de un individuo.

-Cuestionario Español para la Depresión Infantil (CEDI) es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico, consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o niña, el contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil, evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de depresión, puede ser contestado directamente por los niños y niñas evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, docentes o cuidadores (Lang M. y., 1978)

-Cuestionario de Depresión para niños (CDS) contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total Depresivo y Total Positivo (TD y TP) Dentro

de cada una de estas dos dimensiones se agrupan sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, que podría describirse brevemente de la siguiente manera: Total depresivo, con seis subescalas: RA Respuesta Afectiva (ocho elementos), alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto, PS Problemas sociales (ocho elementos) se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño, AE Autoestima (ocho elementos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor, PM recuperación por la muerte/salud (siete elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte, SC Sentimiento de culpabilidad (ocho elementos), se refiere a la autopunición del niño, DV depresivos varios (nueve elementos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad. Total Positivo, con dos subescalas: AA Ánimo – alegría (ocho elementos, puntuados en el polo opuesto), alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas, PV, Positivos varios (diez elementos, puntuados en el polo opuesto), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad (Lang M. &, 1986)

-Cuestionario de Depresión de Beck (BDI) es un cuestionario autodministrado de 21 ítems que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Es uno de los cuestionarios más utilizados dentro del campo de la psicología a la hora de medir la severidad de la depresión, no te llevará más de 10 minutos poder rellenarlo y el resultado es una puntuación directa que oscila entre 0 y 63 marcándonos la severidad de la depresión desde leve hasta una depresión grave (Llort, 2016).

-Escala de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo para niños (STAI-C) evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés, se aplica a una población general de adultos y adolescentes, consta de 40 ítems. La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente (Llort, 2016).

-Escala de síntomas Child Behavior Check List (CBCL) es un instrumento estandarizado que evalúa los problemas de conducta en niños, para edades comprendidas entre el año y medio y los 5 años de edad consiste en 99 ítems puntuales por los padres, que tratan sobre cuestiones, discapacidades, descripciones de cuando empezaron los problemas o las áreas donde su hijo tiene un mejor desempeño (Achenbach, 2000)

-El Youth Self Report (YSR) es un autoinforme que fue diseñado para obtener información sistematizada directamente de niño o niñas de entre 11 y 18 años sobre diversas competencias y problemas de conducta, siguiendo el mismo formato que otros cuestionarios creados para recabar información de los padres y de los profesores. En la psicopatología infantil se ha recopilado en un sistema de evaluación, que consta de dos partes, evaluando la primera habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas. La segunda parte incluye 112 ítems, de los cuales 16 exploran la frecuencia de conductas adaptativas o prosociales, y los restantes evalúan una amplia gama de conductas problema. Además de permitir obtener el nivel general de las conductas problema (Llort, 2016).

-Test de la figura de la familia, es una prueba gráfica que proyecta toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico de la personalidad, tanto en niños como en adultos. Este test se ha constituido en la experiencia clínica como uno de los mejores instrumentos para la evaluación de la personalidad total, junto al Psicodiagnóstico de Rorschach, al T.A.T, y a las Escalas Wechsler, puede mencionarse además lo sencillo, económico y factible de su aplicación. Lo que facilita el diagnóstico de sujetos con bajo nivel de escolaridad o con dificultades para expresarse oralmente. Por esta razón, se instaura como una técnica de gran utilidad para niños pequeños (Koppitz, 1987)).

-Test de casa-árbol-persona (HTP) el test de la casa, el árbol es una técnica proyectiva, compuesta por tres estímulos definidos y orientados a conocer rasgos puntuales de la persona que lo realiza. Cuando dibujamos, proyectamos sobre el papel determinados aspectos o características de nosotros mismos, que podemos conocer o no, ya que esta proyección es inconsciente. Ya que cada persona es única e irrepetible, como consecuencia de ello, no existe un dibujo igual a otro, tal como sucede con nuestra letra y firma. Si bien hay ciertos parámetros y respuestas esperables frente a la consigna, según la edad y nivel educativo, no hay una única respuesta correcta, ni manera de hacerlos. El

dibujo de la casa representa las relaciones interfamiliares. Cómo interpreta el niño o niña su vida hogareña, su situación familiar y la imagen de él mismo en relación a este ámbito, nos permitirá tener una idea de cómo impacta su mundo familiar en su hacer cotidiano y su capacidad productiva. El árbol representa lo más profundo e inconsciente de la personalidad. La figura humana representa su autoconcepto, el ideal del yo, si existe alguna representación o identificación con alguien de su mundo afectivo, su comportamiento social, cómo se relaciona con el mundo (Frank de Verthelyi, 1989).

Valoración de la atención y de la hiperactividad: El Continuous Performance Test, la prueba consiste en la presentación por ordenador de diferentes figuras en un espacio breve de tiempo, se le pide al niño que ante la coincidencia de un círculo y un cuadrado, pulse el cursor del teclado, en función de acierto o error se comunica al niño su respuesta acertada, omitida o fallada (Bellak, 1991).

Para evaluar la valoración de la hiperactividad se utiliza la observación en vivo, para tal observación podemos utilizar el Código de Observación sobre la Interacción Madre-hijo o hija las fichas de control y seguimiento diario para padres, madres y el centro escolar, con niños y niñas de 2 y 3 años se utiliza en situación de juego y se analiza el estilo de comunicación entre la madre y el hijo: el tono y la adecuación de la directividad de la madre, el tono afectivo en el que se encuentran y el grado de conflicto que hay entre ambos, para la observación en los centros educativos podemos utilizar el Código de Observación en el aula de Abikoff y Gittelman y sobre todo si existe discrepancia en la valoración de la actividad motora del niño o niña. Es importante tener en cuenta que nunca será suficiente una sola observación ya que como hemos mencionado, los niños o niñas con TDAH pueden mostrarse con adultos extraños y en una primera entrevista, de modo muy diferente al que se comportan diariamente (Kutcher, 2004).

Para los padres y profesores se les presenta La Escala de Connors para obtener una buena información a cerca de la hiperactividad y otros factores asociados como dificultades de aprendizaje, ansiedad, problemas de conducta, trastornos psicossomáticos, están compuestas por un listado de síntomas que deben valorarse según la intensidad: nada (0), poco (1), bastante (2) o mucho (Kutcher, 2004).

También la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) de Farré y Narbona (1998), aplicada a los niños y niñas de 6 a 12, mide los principales rasgos del TDAH. El cuestionario de capacidades y dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) permite orientar el diagnóstico hacia TDAH, con problemas de conducta, problemas relacionales o trastornos emocionales (Kutcher, 2004).

La valoración psicopedagógica, para ella es necesaria la coordinación con los colegios y Equipos de Orientación Escolar, ya que se debe recoger: (Elder, 2010)

- Información general sobre la escolarización.
- Información sobre rendimiento académico:
- Habilidades de lectura/prelectura.
- Habilidades de pre/escritura.
- Habilidades de cálculo.
- Habilidades de lenguaje.
- Valoración de los docentes sobre el problema.
- Soluciones a juicio de los docentes.

Exploración neurológica: si existen de signos neurológicos focales, se solicita un estudio neurológico, como las pruebas de neuroimagen, dichas pruebas realizadas en trabajos de investigación, están ayudando a conocer qué pasa en el cerebro de los niños con TDA-H y en concreto si se detectan factores que puedan ser causa del TDAH. Con las pruebas de neuroimagen (TAC, Resonancia Magnética, RM, Resonancia Magnética funcional RMf, etc.), se ha visto que en algunas zonas concretas del cerebro, hay una actividad menor de la esperada, que estaría en relación con la falta de atención y el exceso de movimiento, sintomatología relacionada con el TDAH. En estas zonas podría existir un funcionamiento anómalo de algunos neurotransmisores pudiendo provocar un déficit en las funciones de esas zonas, lo que daría como resultado el cuadro sintomático tanto cognitivo como

emocional y conductual del TDAH. Muestran este funcionamiento anómalo especialmente zonas determinadas del lóbulo frontal del cerebro, el cuál es el encargado de coordinar las funciones cerebrales y es por esto que este mal funcionamiento de estas áreas se considere hoy en día como posible causa del TDAH. (Pérez J. M.-A., 2013)

Las pruebas de neuroimagen también son indicadas por el médico cuando existe sospecha de posibles problemas neurológicos como epilepsia, alteraciones del sueño, alteraciones del habla o cuando el diagnóstico diferencial del TDA-H resulta difícil o existen complicaciones añadidas.

El tratamiento debe ser multimodal: (Kutcher, 2004)

1. Información a los familiares, profesorado y niño, es decir información útil y basada en evidencias.
2. Apoyo psicopedagógico en el colegio, apoyo para los docentes en el entrenamiento de refuerzos y castigos dentro del aula.
3. Tratamiento farmacológico, seguir las instrucciones del psiquiatra en la medicación y acompañarla de las intervenciones psicopedagógicas en familia y escuela. En la medicación, la primera elección son los psicoestimulantes, como metilfenidato siendo eficaz en el TDAH, produciendo efectos positivos a nivel cognitivo, conductual, académico y social. Las mejorías se dan en los procesos de alerta, la atención, la variabilidad de respuesta, la impulsividad, el procesamiento de la información, la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo y el tiempo de reacción.

La atención mejora con dosis bajas, pero la hiperactividad e impulsividad requieren dosis más altas, para esto existen 2 presentaciones de acción corta y de liberación prolongada. El metilfenidato es eficaz en 75-80% de casos. Si no lo es, debe valorarse el uso de otros medicamentos como: Pemolina, en mayores de 6 años, Antidepresivos Tricíclicos (ADTC), Clomipramina, Amitriptilina, Clonidina,



Bupropion, Risperidona, Topiramato. La primera indicación será el metilfenidato, la segunda los antidepresivos y la tercera los neurolepticos, debido en parte a los efectos secundarios. La medicación se mantiene durante el curso escolar, interrumpiéndola los fines de semana y en las vacaciones, si la sintomatología es tolerada por la familia y no le ocasiona excesivos problemas al niño. Se deben realizar controles periódicos de peso, talla y tensión arterial (Llort, 2016).

Se debe de realizar una prueba de tolerancia, con el objetivo es determinar si el fármaco produce efectos secundarios. Para ello se prescribe metilfenidato de acción corta durante 4 días, iniciando preferentemente el sábado para que los padres puedan controlar mejor los efectos durante el fin de semana, si los efectos secundarios no se presentan o son nimios, pasamos a valorar la eficacia del fármaco. Esta fase suele durar un mes, para ello es necesario utilizar el metilfenidato de liberación prolongada jugando con las dosis de en esta fase se necesita la colaboración del colegio pues nos interesa valorar el efecto del fármaco en los dos contextos, familia y escuela (Llort, 2016).

El metilfenidato puede tener efectos secundarios como la ansiedad, aumento de la hiperactividad e insomnio, también podemos encontrar molestias digestivas y disminución del apetito, la falta de apetito es la más común, por ello debemos informar a los padres y controlar peso y talla al inicio y cada 1-2 meses. Si aparece una reducción del apetito suele ser eficaz la ciproheptadina a las dosis habituales, es conveniente que ingieran el fármaco con algo de comida, por ello el metilfenidato no está indicado prescribirlo a menores de 6 años. Es debido a esto que se debe de buscar tener una intervención terapéutica sumada a la medicación Pizarro (2005), en su estudio del programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con TDAH, encontró que mejoraron los síntomas asociados con el desorden.

4. Tratamiento psicológico individual, familiar y grupal. Se recomienda ampliamente acompañar el tratamiento farmacológico de intervenciones psicosociales (Polaino, 2002). En el IV Symposium de Psicología clínica y de la salud con niños y adolescentes, recordaron la importancia del trabajo multimodal para la intervención en el trabajo con los niños y niñas con TDAH. Por lo tanto, la mayor parte del

trabajo debe de ser con programas dirigidos a padres, madres y docentes. Existen 3 programas de referencia en este campo: The New Forest Parenting Programme (NFPP) del grupo de Weeks et. al., 1999, El "triple P" (Programa de Paternidad Positiva) de Sanders et al., 1998, estos programas se basan en técnicas de modificación de conducta, son un método para proporcionar de manera positiva una directriz esencial y una disciplina (Sonuga-Barke, 2001).

El "Triple P" (Programa de Paternidad Positiva) de Sanders en 1999:

- Proveer información psicoeducativa a los padres.
- Enseñar a los padres estrategias conductuales.
- Enseñar a los padres técnicas para identificar y controlar conductas problemas (conductas diana).
- Enseñar a los padres que no necesitan técnicas diferentes a las empleadas con niños sin TDAH, simplemente es necesario pautar el ritmo: necesitan más intentos para establecer aprendizajes.
- Enseñar a reforzar las conductas prosociales a través de refuerzos positivos.
- Enseñar a discriminar conductas negativas a través de técnicas de castigo, tiempo fuera, ignorar, etc.
- Identificar los factores de riesgo parental (depresión, falta de apoyo, estrés, sobrecarga emocional, escasas y malas habilidades de afrontamiento, etc.)
- El programa enseña a los padres técnicas de reestructuración cognitiva, manejo del estrés, habilidades de comunicación, estrategias de afrontamiento. Es importante recordar, que los padres con niños con TDAH están sometidos a niveles de estrés, presión y sobrecarga muy elevados, y es fundamental atender y entrenar el bienestar de los padres y familiares.

The New Forest Parenting Programme (NFPP) de Weeks en 1999:

- Combina las técnicas de modificación de conducta además de enseñar cómo actúa y la importancia del JUEGO como herramienta para transmitir conocimientos y entrenar funciones como la memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.
- Entrenamiento a padres combinando técnicas tradicionales y técnicas de modificación de conducta.
- Enfoque naturalista: Se aplica en casa (entorno natural del niño.)
- Los resultados obtenidos con la aplicación con este programa recogidos en diferentes estudios empíricos indican que se dan mejoras conductuales: produciendo hasta un 40% de cambio clínicamente significativo con estos programas psicosociales.

Los programas de entrenamiento para padres han demostrado su eficacia probada en estudios de investigación, en la práctica clínica y en la práctica en los hogares con las familias, se mantienen los beneficios y los cambios en el tiempo, reducen los síntomas y el impacto del TDAH en niños, niñas y en su familia, la modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así su funcionamiento .

## 2.10 El niño y niña con TDAH y su familia

Una parte importante en el tratamiento de los niños y niñas con TDAH, es su familia ya que se llegan a acostumbrar, a siempre escuchar comentarios negativos sobre sus hijos, expresiones desagradables para referirse a ellos.

El trabajo con un niño o niña con TDAH implica mucho esfuerzo no solo de los niños y niñas si no de la familia ya que debe cambiar el concepto que tienen sobre su familia y sobre sus hijos. Esto es el concepto de carga, el cual solo se manejaba en un inicio a las

familias con pacientes psiquiátricos y se extendió después a todos los trastornos. La carga puede ser objetiva y subjetiva: (Psychiatry, 2014)

- La carga objetiva se refiere a los problemas prácticos que no son más que la vida familiar, el aislamiento social y las dificultades económicas que conlleva el trastorno.
- La carga subjetiva hace referencia a las reacciones emocionales que los miembros de la familia experimentan, como la ansiedad, depresión, sentimientos de pérdida o de culpa.

Con frecuencia los padres que no tienen un diagnóstico acerca de la conducta de sus hijos, llegan a pensar que se encuentran ejerciendo como padres un mal papel, ya que no logran imponer límites y siempre se encuentran con quejas sobre sus hijos. El saber que lo que le ocurre a sus hijos puede tener una solución, alivia considerablemente la dinámica familiar que se ha vivido hasta el momento, en alguno de los casos (Espina, 2005).

Es menos común, encontrar en la actualidad familias, que no se acerquen a algún especialista para saber qué es lo que le sucede a su hijo, y así acudir a los centros que le puedan brindar orientación y apoyo para su hijo. Es así como en el Primer Congreso de Trastorno por Déficit de Atención, se vio la necesidad de acoger a las familias e informarles sobre el trastorno, su origen, las implicaciones que conlleva y las necesidades que presenta el tener un niño con TDAH.

Pero, ¿Cómo comunicar el diagnóstico?, los profesionales debemos orientar a las familias a entender qué pasa con sus hijos, no solo comunicar un diagnóstico, para esto es necesario ponerse en el lugar de quien recibe la información, hacerse cargo de su preocupación, desconcierto, sentimiento de culpa, temor a ser criticados por cómo es su hijo.

Es así como en los estudios mostrados en el Primer Conceso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se hizo una revisión de los diferentes artículos en los últimos 15 años donde demuestran que una buena aproximación a las vivencias de la familia, así como conocer su contexto ayuda en esta labor ofreciendo resultados favorables en la intervención de otras áreas afectadas en el funcionamiento y la adaptación individual, dentro del entorno escolar, social y laboral, estando dirigido al manejo del trastorno, considerándolo como una condición crónica y donde el tratamiento es a largo plazo. El objetivo es el manejo de problemas conductuales y emocionales con entrenamiento a padres y maestros, manejo de contingencias y la combinación de los enfoques previos con manejo farmacológico.

De la misma manera es indispensable explicar las bases de los criterios del diagnóstico con base en el CIE-10 ó DSM-V y explicar claramente los objetivos que se buscan con las pruebas que se realizarán en su momento.

Dejado muy claro que no es un niño o niña malo o desobediente que pega y le gusta molestar a sus compañeros, es un niño o niña con una dificultad para centrar la atención y por eso se despista y no atiende, además su hiperactividad le lleva a estar en movimiento constantemente lo cual le hace objeto de críticas y favorece su mal humor es por ello que hay que enseñarles a mantener pautas de actuación, consistentes y coherentes para afrontar las situaciones con su hijo de modo claro y conciso, para ello son útiles las técnicas de modificación conductual (Adame, 2002).

Ya que con este recurso se puede ayudar a regular la conducta, incentivar, inhibir, manejar las contingencias y, como consecuencia de esto, ayudar al niño a mejorar en las situaciones que le generan un problema.

El trabajo que se realice con los padres y madres debe tener como objetivo dotar de habilidades y herramientas para apoyar a sus hijos en el contexto escolar y social;

debemos de tener padres y madres que colaboren con el centro escolar e incluso que puedan promover estas habilidades hacia otros padres y madres de familia, logrando así una red de apoyo no solo para el niño o niña también para la familia.

De acuerdo con Terol (2015) se han propuesto cuatro 4 tipos de apoyos sociales:

1. Apoyo emocional: este favorece la expresión de los sentimientos
2. Apoyo instrumental: son las necesidades materiales
3. Información sobre la enfermedad y redes de apoyo
4. Valoración de las dificultades y cómo las afrontan.

Todo es indispensable para que la familia se comience a involucrar en el tratamiento y seguimiento del trastorno de su hijo o hija y así puedan modificar conductas y estigmas que había hacia su familia, por parte de su círculo social. Sólo hay que recordar que todo este trabajo, no se puede llevar a cabo si no se realiza en conjunto con la familia, pieza fundamental en el apoyo del niño o niña con TDAH.

#### 2.11 El niño y niña con TDAH y su escuela

Los centros escolares son una pieza fundamental en una detección temprana del trastorno, pues las actividades y el manejo que se tiene del menor dentro de este, es fundamental para lograr establecer un diagnóstico.

El docente al observar que un niño le interrumpe constantemente, que se encuentra activo, que le cuesta terminar sus trabajos, que le cuesta mantenerse en su lugar e interrumpe la actividad de los demás, que presente una impulsividad desmedida, tiene problemas del lenguaje o en actividades de psicomotricidad fina, debe de ponerse en

manifiesto la necesidad de ponerlo en manos de las unidades de apoyo con la que cuente el centro escolar:

- *Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER)*
- *Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP)*

En un centro escolar cuando algunos de los docentes tienen un alumno diagnosticado con TDAH es vital que se enseñe al profesorado acerca del trastorno y cómo responder ante los desafíos que estos alumnos les hacen enfrentar día a día.

El conocimiento por parte del profesorado sobre las repercusiones en el aprendizaje que presenta un niño o niña con TDAH les ayuda a observar y recoger información de las conductas del alumno y así planificar y aplicar la intervención educativa adecuada para sus alumnos que requieren un apoyo, puesto que las alteraciones perceptivas motrices y en especial el control de la psicomotricidad fina, plantean exigencias difíciles en el aprendizaje de la lectoescritura y matemáticas (Polaino, 2002).

Es importante que se ponga en marcha un programa de aprendizaje que modifique el formato de la clase, puesto que estos alumnos con necesidades educativas especiales, van a ritmos diferentes que sus compañeros; pero que con una adaptación curricular, que permita adecuar los contenidos y objetivos educativos, el niño o niña con TDAH logre salir airoso del curso escolar. Para poder lograr esta intervención educativa debe haber una colaboración y coordinación entre la familia, la escuela y su doctor.

Polaino (2002), nos recuerda que a un niño o niña con TDAH hay que “enseñarle a cómo hacer lo que se sabe hacer”, ya que no carece de la capacidad sino que tiene una dificultad para organizar lo que ya sabe y reproducirlo del modo y en el momento adecuado así como:

- La posición en la que se le ubica dentro del salón de clases al alumno.

- El material que se le presenta, ya que debe ser atractivo y dinámico
- Las relaciones sociales dentro del aula
- Los premios positivos que puede obtener al realizar su actividades
- La anticipación de las reglas y consecuencias negativas que puede llegar a tener si falta a ellas.

El docente debe de llevar a cabo lo que se conoce como atención estratégica, que consiste en el uso de la atención del profesor para ayudar al estudiante a mantenerse en la realización de la tarea o redirigirse a ésta si la ha abandonado. La eficacia de esta actividad depende un factor indispensable el tener un buen conocimiento del alumno, observar sus inquietudes, las actividades que le motivan y las que no. Es conveniente planificar su programa y coordinar a la familia un sistema adecuado de reforzamiento, para que el vea una congruencia en sus diferentes esferas sociales.

Otra herramienta muy útil para lograr una buena integración de los objetivos académicos y la socialización dentro del aula, es la “tutoría por compañeros”, se intenta mejorar el aprendizaje a la vez que se logra que los compañeros participen en este proceso ayudando a que se logren los objetivos y regulando la conducta de su compañero.

Se asigna un compañero que se encarga de supervisar la tarea, el material que ayuda a que el alumno con TDAH se integre en el proceso y con los demás.

## 2.12 Sobre diagnóstico en el TDAH

En la actualidad, se sabe que el TDAH es la patología neurocomportamental infantil y juvenil con mayor prevalencia, lo que nos lleva a preguntarnos si en realidad son verdaderos diagnósticos o son falsos positivos, estas cifras preocupantes que van a la alta, deben de comenzar a obligar a los especialistas a tener una interpretación de los síntomas más cautelosa.



Pero ¿qué significa un sobre diagnóstico? esto es el diagnosticar una enfermedad que convierte a persona en enfermos sin serlo, lo que conlleva tratamientos que pueden causar daño al no necesitarlos y por los cuales no obtienen ningún beneficio (García Peñas, 2012).

Hay tres categorías para los daños que se asocian a un sobre diagnóstico:

1. Los efectos físicos de un tratamiento innecesario
2. Los efectos psicológicos, por llegar a ser etiquetados como enfermo.
3. Los efectos económicos, no sólo los que la familia costea, si no lo que los servicios de salud se llega a hacer cargo en algún momento.

En estos momentos se ha visto un aumento desmedido de niños con un diagnóstico de TDAH, lo que nos lleva a poner en duda si es posible que en verdad haya una cantidad tan grande con este diagnóstico, ya que se puede decir que uno de cada diez niños y niñas tiene este diagnóstico, lo cual es demasiado para una enfermedad cuyo diagnóstico todavía es aún incierto ya que todavía no se cuenta con una prueba específica que nos dé el diagnóstico sino que se emplean instrumentos de valoración clínica.

El aspecto más preocupante de esta observación es que sugiere que algunos de los niños diagnosticados actualmente de TDAH pueden no padecer biológicamente este trastorno, actualmente disponemos de estudios a gran escala que evalúan los efectos físicos a largo plazo de la medicación (metilfenidato, atomoxetina y dexanfetamina) utilizada para el tratamiento del TDAH. La evidencia actual sugiere que el uso crónico de estimulantes tiene efectos adversos, entre los que se cuentan aquellos sobre el sistema cardiovascular (aumento de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca y arritmias), insomnio, cefalea, epigastria y la detención del crecimiento de los niños y niñas (Fernández-Jaén, 2010).

El impacto sobre el crecimiento que producen los psicoestimulantes, estudios demuestran un impacto en el peso, la talla y también en el desarrollo puberal, también se ha descrito un potencial riesgo de suicidio en los niños y adolescentes que toman atomoxetina, aunque los estudios que lo evalúan arrojan resultados dispares.

El potencial riesgo del sobrediagnóstico y aumento de la prescripción de fármacos subsiguiente, junto con la falta de un test objetivo para el diagnóstico del TDAH, sugieren que se debe ser cauteloso a la hora de establecer el diagnóstico, ya que puede preceder a etiquetar como enfermedad algo que nunca causará síntomas potencialmente graves o la muerte del paciente. Es un problema grave porque convierte a las personas en enfermas sin necesidad de serlo y conduce a tratamiento que, como hemos visto anteriormente, no están carentes de efectos adversos y le pueden originar daños (Fernández-Jaén, 2010).

La ONU y la OMS, han pedido a los especialistas, que presten mayor atención al dar un diagnóstico y utilizar los tratamientos farmacológicos que se prescriben para este trastorno (García Peñas, 2012).

Por ello es importante reconocer que nos encontramos inmersos en una dinámica de sobre diagnóstico de ahí la importancia de que los especialistas conozcan los instrumentos que se están utilizando y que se complementen con una observación en las diferentes esferas de la vida del niño o niña

En el siguiente capítulo se concentran algunas consideraciones relacionada con la terapia cognitivo-conductual, la cual proporciona a los padres y madres de familia técnicas y habilidades para el manejo conductual de los niños y niñas con TDAH.

### Capítulo 3. Historia de la terapia cognitivo conductual

Barkley (1998) afirma que el TDAH se da debido a un fallo de inhibición conductual, serán los ambientes más estructurados los que ayuden al niño a tener un desarrollo social y afectivo mejor; esto implica que el papel de los padres y docentes es fundamental porque son los de ofrecer la estructura al niño, esto se puede lograr con la ayuda del enfoque cognitivo-conductual.

El tratamiento debería ser multimodal y llevarse a cabo en el ámbito sanitario a cargo del Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes, coordinado por el médico especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil, con la adecuada formación actualizada, aplicando en lo posible intervenciones basadas en guías clínicas y protocolos, con la intervención de distintos especialistas y con una estrecha relación con el colegio y las familias (Richters, 1995)

Debe enfatizarse la importancia del abordaje del trastorno desde la Psiquiatría Infanto-Juvenil, pues no en vano el TDAH es un trastorno que la OMS clasifica dentro del apartado de las enfermedades mentales y cursa en un porcentaje muy elevado de casos con comorbilidad que sólo el especialista en Psiquiatría I-J está capacitado para diagnosticar y tratar.

Los objetivos no deben ser solamente tratar los síntomas nucleares del trastorno, sino también los trastornos comorbidos y proporcionar cambios positivos en el entorno del niño, apoyando a las familias y a profesorado del sistema educativo (Richters, 1995) se debe prestar atención en:

- Reducir los síntomas comorbidos
- Educar al paciente y a su entorno sobre el trastorno
- Adaptar el entorno a las necesidades del paciente
- Mejorar las habilidades de abordaje de los pacientes, padres y educadores
- Cambiar las percepciones desadaptativas

El tratamiento global siempre debe contemplar la psicoeducación con los padres, la familia, los profesores y el ámbito escolar: la información sobre la naturaleza del trastorno, su clínica y evolución, las alternativas terapéuticas y el manejo concreto de situaciones debe constituir siempre el primer paso por parte del especialista. La acción terapéutica puede orientarse hacia una reorganización educativa y de comportamiento, una terapia de modificación del comportamiento (Richters, 1995). La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) implica diversos tipos de tratamiento con base en diversas problemáticas de índole biopsicosocial en el ser humano, recalcando que esta terapia no solo se queda a nivel individuo, considerándolo parte de un conjunto funcional que se desarrollan en base a sociedades y naturaleza biológica, es la que mayor resultado positivo ha arrojado en resumen de tratamiento a pacientes con trastornos más específicos y de mayor problemática como lo son la esquizofrenia o el trastorno límite, problemas que si bien no son tan comunes como otros tantos, si son perjudiciales en el núcleo social y que poco a poco van tomando papel en el desarrollo de las personas y su entorno (Caro, 2002).

### 3.1 Definición de la terapia cognitivo conductual aplicada

Desde sus comienzos ya hace cinco décadas la Terapia de la Conducta se encuentra fuertemente entrelazada con los principios y teorías del aprendizaje después de la larga y compleja evolución que se ha dado para lograr explicarse un poco del comportamiento humano y la modificación del mismo.

La Terapia Conductual, en su nacimiento fue una alternativa radical a las psicoterapias de aquella época (modelo psicoanalítico), pues la Terapia Conductual parte de la premisa que toda conducta adaptada o desadaptada, es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje (Caro, 2002)

Es así como en lugar de indagar los posibles conflictos; se comienzan a centrar en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Dando lugar así a una

especialidad aun difícil de definir conceptualmente; que se encuentra unificada por el objetivo de la detección y cambio de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas, pero que a su vez difiere de los énfasis teóricos que de las teorías cognitivo conductuales sobre el condicionamiento clásico, a la medicación de los factores cognitivos y lo biológico.

Esto se llega a plasmar en las formas de abordar las intervenciones desde las estrictamente conductuales a las cognitivas constructivistas. Es así como la terapia cognitivo conductual actualmente se puede definir como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001).

El intento de modificar las conductas de las personas comienza desde hace muchos años en Roma durante el primer siglo, Plinio el Viejo trataba de curar a los que abusaban del alcohol con arañas muertas en sus vasos en dónde bebían. En el siglo XVIII con el “niño Salvaje de Aveyron, al cual le enseñaran a hablar con lo que actualmente conocemos como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores. En el siglo XIX, Alexander Maconchi, uso la economía de fichas, para que los internos del Royal British Penal obedecieran las reglas (Carol, 1995).

El comienzo como tal de la Terapia de conducta ya como un enfoque terapéutico se da gradualmente, desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían en los laboratorios. Esta aplicación de los principios del aprendizaje para abordar las distintas alteraciones de la conducta se convirtió en una forma de poder demostrar la utilidad de la psicología de una forma diferente (Rachman, 1997).

Se han diferenciado tres estadios en el desarrollo de la terapia Cognitivo Conductual (Rachman, 1997):

1.- La primera generación de TCC tiene una estrecha relación con las teorías del aprendizaje (análisis conductual aplicado), en donde el terapeuta de conducta es sólo un investigador que trata de aplicar las regularidades a los problemas clínicos pero no utiliza los principios del aprendizaje para formular su intervención, sino más bien se formulan modelos de mantenimiento de los problemas cotidianos. Es así como se considera que la conducta normal y anormal son generadas y mantenidas por los mismos principios de aprendizaje, se considera así el surgimiento de la Terapia de Conducta como enfoque clínico establecido.

2.- En la segunda generación de TCC, se superan las limitaciones y deficiencias que la teoría del aprendizaje tenía para ello se apoyan en aportaciones teóricas y aplicadas de la psicología. Es así como se considera que psicología experimental, cognitiva y social aporta elementos que pueden ayudar a abordar e intentar explicar la conducta humana.

3.- La tercera generación de TCC llega hasta la actualidad ya que se siguen explorando los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental.

Es verdad que los aspectos cognitivos siempre han estado presentes en la Terapia Conductual, pero sin ningún reconocimiento. En los años 70, cuando se comienzan a considerar los elementos cognitivos, como un elemento de cambio, adquisición y mantenimiento de la conducta (Ruíz, 1989).

Es a partir de las obras de Mahoney (1974) "Cognition and behavior modification", que el enfoque cognitivo va a comenzar a desarrollarse es así como se diseñan los tratamientos basados en una forma cognitiva de la problemática del paciente, las terapias cognitivas son diversas y carecen de un marco teórico unificador pero a pesar de esto no se hace una diferencia entre unas u otras técnicas y epistemologías, siendo así acogidas en un

mismo grupo a lo que se le denomina praxis que no es más que el conjunto de técnicas o terapias cognitivo conductuales (Meichenbaum, 1995).

La clasificación más conocida en las terapias cognitivas es la de Mahoney y Arnkoff: (Mahoney, 1974)

- a) **TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:** Se encuentra centrada en la identificación y la reestructuración cognitiva en el desarrollo de la autoconciencia a través de la identificación de pensamientos, con el objetivo de producir cambios de significado en los pensamientos de angustia, ansiedad, síntomas depresivos, ideas delirantes, alucinaciones e ideas obsesivas, en este modelo se enseña al paciente a analizar la racionalidad de sus pensamientos y a enseñarle que piense de forma correcta.
- b) **TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE SITUACIONES:** Se enseña a los pacientes habilidades para que puedan afrontar de una manera adecuada diversas situaciones que les cause estrés o dolor.
- c) **TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:** Se corrige el modo en que el paciente aborda sus problemas, facilitándole un método sistemático para que el obtenga mejores resultados.

La terapia conductual actual, durante algunos años el tratamiento conductual fue la panacea, frente a los programas, ya que demostraba ser efectivo en la reducción de la impulsividad, ya que sostiene que los individuos adoptan esquemas y poseen control sobre sus pensamientos, acciones y conductas, este modelo enseña a los pacientes a identificar sus funciones cognitivas, las principales características de la Terapia Cognitivo Conductual se describe con detalle en la Tabla 3.

*Tabla 3. Características de la terapia cognitivo conductual.*

---

CARACTERISTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
Basada en la psicología del aprendizaje
Las técnicas se encuentran con una base experimental y de la experiencia clínica
El objetivo es la conducta y sus procesos: cognitivo, fisiológico y emocional
La conducta se conceptualiza como aprendida
El cambio se logra mediante la modificación o eliminación de la conducta no deseada
Se utiliza la metodología experimental
El tratamiento es activo

---

Fuente: Adaptado de (Ruiz Fernández, 2012)

En la actualidad la TCC, se entiende como una psicoterapia orientada hacia el problema y dirigida a modificar las conductas no deseadas que son evidentes como la depresión o la mala conducta en donde el terapeuta y el paciente identifican cogniciones distorsionadas que se derivan de las conductas desadaptadas (Caro, 2002).

Así, se enseña a los niños y niñas a reaprender nuevas formas de respuestas ante un problema y a disminuir la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas. La Terapia Cognitivo-Conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Caro, 2002).



### 3.2 Técnicas cognitivo conductuales

Las técnicas de intervención se han mantenido desde sus comienzos y siguen vigentes, constituyen así las formas más eficaces en la realización de un programa para el tratamiento cognitivo conductual.

Los fundamentos del condicionamiento operante de Skinner (1953) se focalizaron en la intervención de conductas, hay que recordar que las conductas son conceptualizadas en la medida en que influyen sobre el medio ambiente y se fortalecen o se debilitan según sean las consecuencias que tienen.

Es por ello que hay que considerar los antecedentes, que son aquellas situaciones en las que ocurre la conducta desadaptada, la consecuencia es el impacto que tiene esa conducta desadaptada sobre las personas, relaciones sociales y el medio ambiente (Skinner, 1953).

En la mayoría de las técnicas se utiliza el reforzamiento, que es sin duda el mejor procedimiento para incrementar y mantener conductas deseadas en los que se manejan tres aspectos: (Ruiz Fernández, 2012)

- ❖ EL REFUERZO: Es cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que una conducta se repita en un futuro.
- ❖ EL REFORZAMIENTO: Es el procedimiento mediante el cual las consecuencias incrementa la posibilidad de que una conducta dada se vuelva a presentar en las mismas condiciones.
- ❖ EL REFORZADOR: Se define en función de su efecto sobre la conducta, no por sus características inherentes. Es decir, aunque un estímulo pueda ser considerado en general como reforzador no lo será en los casos en que no haga más probable una conducta.

La intervención del Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA), que es la investigación más importante sobre tratamiento del TDAH realizada hasta la fecha, es el único subgrupo de niños que mostró niveles normalizados de conducta perturbadora en la escuela fue aquel que: 1) recibió tratamiento combinado, esto es, medicación más modificación de conducta intensiva; y 2) sus padres mostraron una mejoría significativa de prácticas de disciplina negativas, inconsistentes e ineficaces (Hinschaw, 2007). En consonancia con estos datos algunas de las técnicas operantes de incremento, reducción y adquisición de nuevas conductas son: las técnicas para el incremento y mantenimiento de conductas, las técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas

### 3.2.1 Técnicas para el incremento y mantenimiento de conductas

Ramírez (2012), nos define el reforzamiento positivo de Skinner como procedimiento mediante el cual se le presenta al sujeto un estímulo que le gusta o le interesa inmediatamente después de la realización de la conducta, con esto se consigue aumentar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir. El estímulo que se presenta en este proceso se conoce como reforzador positivo Cuando se descubre un reforzador positivo para un individuo (por ejemplo, un caramelo para un niño), podemos utilizarlo en otras situaciones

*Tabla 4. Tipos de Reforzadores Positivos*

Reforzador Primario	Está condicionado a necesidades básicas del ser humano como la comida.
Reforzador Secundario	Su valor se adquiere mediante un proceso de aprendizaje, se asocia a un estímulo reforzante.
Reforzador Tangible	Son los objetos materiales, puede ser secundario o primario.
Reforzador social	Son muestras de atención y aprobación a la conducta deseada.
Actividades reforzadoras	Son las actividades que tiene un valor reforzante e incrementan la posibilidad de ocurrencia de respuestas específicas

Fuente: Adaptado de (Ruiz Fernández, 2012)

Un estímulo aversivo, también conocido con el nombre de reforzador negativo, es un estímulo que puede ser un evento, conducta u objeto, cuya retirada o prevención contingente a una conducta da lugar a un aumento o mantenimiento de esta. El reforzamiento negativo consiste en retirar, reducir o prevenir un supuesto estímulo aversivo o terminar o prevenir la pérdida de un supuesto reforzador positivo contingentemente a una conducta con el objetivo de incrementarla o mantenerla.

*Tabla 5. Tipos de estímulos aversivos*

Reforzamiento Continuo	Se presenta el reforzador siempre que se realice la conducta.
Reforzador intermitente	Se presenta el reforzador pero no en todas las ocasiones.

Fuente: Adaptado de (Ruiz Fernández, 2012)

### 3.2.2 Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas

Otras técnicas que se utilizan, para lograr instaurar nuevas conductas en los sujetos son las de adquisición de nuevas conductas, en las que hay algunas técnicas en las cuales se parte de un componente de la conducta (Larroy, 2007).

Tabla 5. Técnicas para la adquisición de nuevas conductas

---

Modelamiento	Puede conseguirse que una persona realice una conducta haciendo que observe a un modelo ejecutar una conducta similar y se fije en las consecuencias que recibe (reforzamiento, ausencia de castigo). De este modo, una persona puede aprender una conducta que no sabía hacer (adquisición), aumentar una conducta que ya estaba en su repertorio (facilitación) o desinhibir una conducta que había sido previamente castigada. El modelado puede ser en vivo (llevado a cabo por una persona presente) o simbólico (grabación de vídeo o audio).
Encadenamiento	Es un establecimiento de conductas en un determinado orden o secuencia (cadena); en otras palabras, secuenciación de segmentos conductuales más simples en una sola conducta compleja. Cada conducta de la cadena, excepto la última, constituye o produce una señal o estímulo discriminativo para la siguiente respuesta, cada conducta de la cadena, excepto la primera, sirve de reforzador condicionado para la anterior. En muchas ocasiones una conducta se trata como si fuera una acción simple y sólo se descompone en sus elementos si la persona es incapaz o tiene dificultades para realizarla.
Instigación	Es una ayuda especial, manual, verbal o visual, que se da para incrementar el éxito en la actividad, las instigaciones pueden clasificarse en físicas, visuales y verbales. Las <i>instigaciones físicas</i> , a su vez pueden ser totales y parciales. La instigación física total es el máximo grado de apoyo y ayuda, también conocido como asistencia u orientación manual o física, se utiliza para obtener del paciente respuestas motoras. En la instigación física parcial, se proporciona una señal física a manera de sugerencia de la parte del cuerpo que debe mover para realizar la

---

---

actividad motora. Las *instigaciones visuales* son indicadores visuales adicionales para producir una respuesta. Las instigaciones verbales son estímulos auditivos adicionales.

---

Fuente: Adaptado de (Ruiz Fernández, 2012)

En muchas ocasiones, se hace necesaria una intervención dirigida a eliminar o reducir determinadas conductas que alteran, dificultan o impiden, el desarrollo de conductas adaptativas, para ello se encuentran las técnicas para la reducción o eliminación de conductas, de las cuales hay tres procedimientos para eliminar conductas: El reforzamiento diferencial de otras conductas, la extinción y el castigo.

*Tabla 6. Técnicas para eliminación de conductas desadaptativas.*

---

Reforzamiento diferencial de otras conductas	Se evita reforzar la conducta y a cambio se refuerzan conductas alternativas, para así eliminarla la conducta que se desea: Reforzamiento Diferencial de conductas incompatibles, Reforzamiento Diferencial de conductas Alternativas, Reforzamiento Diferencial de Conductas funcionalmente equivalentes y Reforzamiento diferencial de tasas bajas de respuesta.
--	---

---

Extinción	Se deja de reforzar la conducta que se desea disminuir o eliminar.
-----------	--

---

Tiempo fuera	Es impedir completamente el acceso a cualquier refuerzo, dándole la oportunidad de que se tranquilice y reflexione sobre su conducta inadecuada.
--------------	--

---

Fuente: Adaptado de (Ruiz Fernández, 2012)

## Economía de fichas

La economía de fichas es una técnica que combina diferentes procedimientos del reforzamiento. Se trata de que siempre que el niño o niña lleve a cabo la conducta deseada tenga una consecuencia positiva, dándole una ficha, con la posibilidad de cambiar cierto número de fichas por un reforzador previamente acordado, las ventajas de la economía de fichas es que pueden administrarse inmediatamente, no suelen interferir con la emisión de la conducta deseada, establecen el puente entre las conductas deseadas, su eficacia es independiente de un único estado específico de privación al permitir obtener una variedad de reforzadores de apoyo y su número proporciona una muestra visible (retroalimentación) de la mejora conseguida (Kazdin, 1994).

Para llevar a cabo esta técnica se necesita:

1. Una lista de conductas que se quieran modificar.
2. Indicar la cantidad de fichas que pueden ganar por la conducta deseada.
3. Indicar los reforzadores por los cuales se puede intercambiar las fichas.
4. Indicaciones claras de que días se lleva el canje de las fichas y las reglas a seguir para poder intercambiar.

## Contrato de contingencias

Es un contrato entre las partes involucradas de la conducta que se desea modificar o mantener, es por escrito en él se especifica las conductas que se desean eliminar y las consecuencias que tendrá si no las cambia se negocian los objetivos y se establece claramente lo que sucedería si se cae en un incumplimiento del mismo. Dos aspectos que distinguen a un contrato de contingencias de un programa de reforzamiento positivo son su carácter generalmente escrito y su carácter negociado. Otra diferencia es que un contrato no tiene por qué limitarse a contingencias de tipo positivo, no es raro que un contrato incluya componentes de reforzamiento negativo (evitación) y/o punitivos (castigo

positivo y/o negativo), aunque estos deben minimizarse en relación al componente de reforzamiento positivo. Se utilizan dos tipos de contratos en las TCC, contratos de intercambio y contratos paralelos o de buena fe (Kazdin, 1994).

- Contratos de intercambio. Una de las partes acuerda cambiar en algo a cambio de un determinado cambio en la conducta de la otra parte.

- Contratos paralelos o de buena fe. Aquí, el cambio de la conducta objetivo de un niño o niña tiene consecuencias independientes del cambio de la conducta objetivo del otro; esto es, las consecuencias para una de las partes son independientes de que la otra parte cumpla con la conducta objetivo.

Se deben cumplir las siguientes normas para que el contrato sea eficaz:

1. El contrato debe ser claro, en cuanto a la conducta que se desea modificar.
2. Se debe especificar la duración del contrato.
3. El contrato debe de dejar claro cuál es la recompensa por su cambio de conducta.
4. Se debe de incluir una bonificación adicional, en caso de que se supere lo pactado.
5. Se debe de registrar y observar las conductas
6. Se debe de cumplir la recompensa del contrato.

### 3.3 Evaluación conductual

La evaluación conductual tiene diversos métodos; para lograr la detección de la conducta problema, que incrementan la validez de las técnicas a utilizar (Godoy, 1991):

- ❖ ENTREVISTAS CONDUCTUALES: La entrevista conductual tiene como objetivo desde la identificación de las conductas objetivo, a la selección de los métodos de evaluación más adecuados. Debe cubrir los siguientes objetivos: 1) Explicación al

cliente del objetivo de la entrevista, 2) identificar conductas problemas y definir las, 3) identificar los parámetros de la conducta problema, 4) identificar los antecedentes de la ocurrencia, 5) identificar consecuencias de la conducta problema, 6) identificar recursos y fortalezas del paciente, 7) establecer la medida de las conductas relevantes, y al finalizar resumir y valorar si el entrevistado ha entendido todo y está de acuerdo. Al finalizar la entrevista se le debe proveer al paciente de una conceptualización inicial del problema, estrategias de intervención (con su eficacia) y estimación de la duración de la intervención (Coderch, 2002).

- ❖ **OBSERVACIÓN CONDUCTUAL:** Es un método con mucha ventaja de obtención de información, puede convertirse en el método fundamental de la evaluación, ya que se observa la conducta que se desea modificar en un ambiente natural. constituye una fase imprescindible en todo procedimiento experimental. Es el procedimiento más eficaz para situaciones naturales, como es el caso del aula o el entorno escolar. La observación debe de ser rigurosa y cumplir con una serie de requisitos: Presencia del sujeto observado, atención voluntaria en el observador, conocimiento del objetivo de la observación, descripción clara de lo observado y selección de los aspectos comporta mentales que interesan observar (Coderch, 2002).
- ❖ **EVALUACIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL:** Es el procedimiento más utilizado en las evaluaciones cognitivas; ya que le permiten al sujeto hacerse consciente de sus pensamientos, mientras lleva un registro de de la conducta a modificar y así el mismo paciente puede observar que es lo que detona su conducta, en las áreas de evaluación cognitivas se encuentran las auto-verbalizaciones asociadas a distorsiones cognitiva, actitudes, supuestos básicos, respuestas emocionales, estilos atribucionales (Coderch, 2002).
- ❖ **EVALUACIÓN PSICOFISIOLOGICA:** En esta evaluación hay que es observar y registrar las repuestas físicas que el paciente tiene ante la conducta que se desea modificar (Coderch, 2002).



La evaluación cognitivo conductual es un proceso que se lleva a cabo durante la terapia; pues este proceso comienza desde el primer contacto con el paciente hasta la alta del mismo; en este sentido la evaluación y el tratamiento son procesos interdependientes, pues la buena selección del programa nos llevará a una buena implementación y resultados del mismo.

María Ángeles Ruiz (2012), nos dice que el desarrollo de la evaluación cognitivo-conductual se basa en un principio científico y que se va ajustando a un proceso inductivo-hipotético-deductivo en el que se llegan a distinguir una serie de características en cada objetivo planteado:

1. Definición y delimitación de la conducta problema. Esto se da a través de la identificación de las conductas que se observan relevantes, para la conducta problema.
2. Formulación de hipótesis. Se trata de organizar la información recabada y así identificar la conducta blanco a tratar.
3. Selección de conducta problema, posibles variables y el establecimiento de la meta terapéutica.
4. La propuesta de la intervención a utilizar.
5. Aplicación de la propuesta.
6. Evaluación del cambio en la conducta problema.

### 3.4 Intervenciones cognitivo conductuales para niños con TDAH

Las intervenciones psicosociales tienen como objetivo proporcionar a los padres herramientas para manejar la conducta de sus hijos y que así adquieran habilidades académicas y sociales, debido a que los problemas conductuales asociados al TDAH son muy diversos y crónicos en algunos casos, es por esta razón que se requiere de la intervención de profesionales de diversas disciplinas, los tratamientos más efectivos

actualmente están enfocados en reducir los síntomas, ya que el TDAH no se cura sólo se controla y disminuyen los síntomas (Vásquez, 2010).

Polaino (2002), nos dice de sus tres modelos de intervención:

-Intervenciones familiares: Es una intervención sobre las conductas perturbadoras del niño, que incluyen psicoeducación para padres y pacientes, y programas de entrenamiento para los padres, consiste en ofrecer información científica sobre el padecimiento, síntomas y tratamiento a los padres y pacientes; estrategias de afrontamiento para el control de las manifestaciones por los padres y pacientes.

Los programas de capacitación conductual para los padres se han llevado a cabo durante muchos años y se ha demostrado que son muy efectivos. Aunque muchos de los conceptos y técnicas que se enseñan en la capacitación conductual para los padres son técnicas para criar a los hijos e hijas con sentido común, la mayoría de los padres y madres necesita instrucción cuidadosa y apoyo para aprender estos métodos de crianza y a usarlos de forma consistente.

La capacitación se puede realizar en grupos con o sin la presencia del niño o niña, también se puede llevar a cabo durante sesiones familiares individuales en las que el niño o niña esté presente. Las sesiones de crianza de este modelo, requieren generalmente un libro instructivo o video sobre cómo usar los procedimientos de manejo de la conducta en los niños, el aplicar estas habilidades en los niños y niñas con TDA/H conlleva mucho trabajo arduo por parte de los padres y madres. Sin embargo, ese trabajo difícil da sus frutos ya que los padres que se vuelven expertos e implementan de forma consistente estas habilidades se verán recompensados con un hijo que se comporta mejor y que mantiene una mejor relación con sus padres y hermanos (Coderch, 2002).

- Intervenciones escolares: La atención educativa al alumnado con TDAH exige del docente un planteamiento diferenciado en la utilización de metodologías y en la organización del aula. El centro debe ser consciente de que estos alumnos aprenden de un modo diferente y por tanto es necesario introducir cambios. El adecuado asesoramiento por parte del orientador educativo del centro. (Mena, 2006)

Se les ofrece un programa de entrenamiento para padres, madres, docentes y alumnos, en los que se aprenden a identificar y manejar los problemas de la conducta del niño o niña, y también a monitorear las conductas problemáticas, así como fomentar las conductas prosociales y la atención con recompensas tangibles, así como a disminuir las conductas no deseadas, como ignorar al niño de forma planeada, utilizar la técnica de disciplina sin agresión física; así como entrenamiento en técnicas para dar órdenes, reforzamiento adaptativo y conductas sociales positivas del niño.

Distintos autores señalan también la importancia de realizar adaptaciones educativas para lograr mejoras en la conducta y el rendimiento de los estudiantes hiperactivos (DuPaul GJ, 1994). Ya que los éxitos limitados de los tratamientos hacen cada vez más patente que es necesario enmarcar la intervención en TDAH en un enfoque interdisciplinar que supere planteamientos reduccionistas y parciales (Miranda A, 1999)

En los últimos años han empezado a aparecer en el ámbito de la investigación psicoeducativa sobre el TDAH distintos trabajos que incluyen e integran diferentes aportaciones desde modelos cognitivos-conductuales. Este enfoque está obteniendo resultados muy positivos y responde a las necesidades y prioridades manifestadas por padres y maestros.

En el orden institucional, la indisciplina, es conceptuada como un incumplimiento de criterios y límites establecidos, todo esto, tomando en cuenta que el comportamiento disciplinado se fundamenta en dos ejes: obediencia y respeto. El primero supone tres normas básicas: guardar silencio, poner atención y trabajar sentado en su lugar, de acuerdo con las indicaciones del maestro. El segundo significa dirigirse de forma

respetuosa y considerada hacia los compañeros y autoridades, así como hacia sus pertenencias, prescindiendo de insultos, golpes, burlas, destrucción o robo de objetos, maltrato del mobiliario o instalaciones escolares, así como convenciones escolares sobre el arreglo personal, tal como es referido por Furlan (2005). Dentro del aula será necesario introducir adaptaciones ambientales y metodológicas que puedan beneficiar tanto al alumno con TDAH como al resto del grupo. Por lo cual se deben tomar ciertas pautas y estrategias que pueden servir a los docentes como guía:

*Tabla 7. Estrategias para profesores con alumnos con TDAH.*

---

Ubicación del alumno	Ubicarlo en un lugar donde se puede tener vigilancia constante.
Deberes	Fragmentar las actividades y asegurarse de que las entienda.
Trabajo en el aula	Asegurarse en cada momento que lo que se le pide lo entienda.
Ambiente estructurado	Que el alumno sepa en cada momento que se está realizando
Uso de agenda	Con la finalidad de que el alumno lleve, una nota de las actividades a realizar.
Estrategias explicativas	El uso de mapas mentales, favorece a los niños con TDAH, las tareas.

---

Fuente: Miranda, A., Amado, L y Jarque, S. (2001). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: Una guía práctica. Málaga: Aljibe.

Al igual que en la capacitación de los padres, las técnicas usadas para el manejo del TDAH en el salón de clases se han utilizado durante algún tiempo y se consideran efectivas. Muchos profesores que han recibido capacitación en el manejo del salón de clases son realmente expertos en el desarrollo e implementación de programas para estudiantes con TDAH. Sin embargo la mayoría de los niños y niñas que tienen TDAH no están inscritos en los servicios de educación especial, los docentes suelen ser casi siempre de educación común que tienen poco conocimiento acerca del TDAH o la modificación de la conducta y, por lo tanto, necesitan asistencia para aprender y poner en marcha los programas necesarios. Hay muchos manuales, textos y programas de capacitación ampliamente disponibles que enseñan a los docentes habilidades para el manejo de la conducta en el salón de clases. La mayoría de estos programas están diseñados para docentes de educación especial o común que reciben también capacitación e instrucción de parte del personal de apoyo de la escuela o de asesores externos. Los padres y madres de los niños y niñas que tienen TDAH deben trabajar estrechamente con el docente para apoyar los esfuerzos en la implementación de programas en el salón de clases.

-Intervenciones para el paciente: Generalmente los niños y niñas con TDA/H tienen serios problemas para relacionarse con otros niños y niñas, los que logran superar estos problemas consiguen mejores resultados a largo plazo, por lo que se enseña al niño o niña las siguientes destrezas (Coderch, 2002):

1. Enseñarles destrezas sociales (cómo llevarse bien con otras personas)
2. Ayudarlos a resolver problemas sociales
3. Enseñarles otras habilidades que los niños consideran importantes, como habilidades deportivas y reglas de juego de mesa
4. Disminuir las conductas indeseadas tales como el autoritarismo y el no compartir
5. Ayudar a crear fuertes lazos de amistad entre el niño con TDA/H y otro niño

Con el fin de ayudar mejor al niño o niña, las habilidades usadas para modificar las conductas indeseadas deben ser las mismas para los padres, madres, la escuela y el profesional de atención de salud, estas conductas deberán ser vigiladas, desalentadas, motivadas o recompensadas en los tres entornos.

### 3.5 El diseño instruccional en el ámbito educativo

El diseño instruccional se plantea como un proceso sistémico con actividades interrelacionadas que permiten crear ambientes que realmente faciliten, de forma mediada, los procesos de construcción del conocimiento.

Si estos ambientes de aprendizaje no utilizan un diseño instruccional adecuado a la modalidad en la que se desarrolle la clase, con una planificación apropiada del proceso formativo con una propuesta didáctica definida, los beneficios de las actividades de aprendizaje pueden verse disminuidos notablemente.

Es por ello que no debe dejarse de lado en la producción e implementación de ningún recurso educativo o ambiente de aprendizaje, ya que nos sirve como garantía de rigor y validez de todo el proceso.

Tendríamos que esforzarnos en conseguir, combinando nuestra pericia y conocimiento de las teorías conductuales, constructivistas y cognitivistas del aprendizaje con otras disciplinas para diseñar y ofrecer las soluciones más adecuadas a las diferentes situaciones de aprendizaje y mejorar los resultados. Ya que un buen diseñador instruccional es aquél que sabe analizar y visualizar todos los elementos estructurales del programa formación, aportando las soluciones y estrategias optimas a cada proceso formativo.

Al igual que en la capacitación de los padres, las técnicas usadas para el manejo del TDAH en el salón de clases se han utilizado durante algún tiempo y se consideran efectivas, los docentes que han recibido capacitación en el manejo del salón de clases son realmente expertos en el desarrollo e implementación de programas para estudiantes con TDAH. Sin embargo, la mayoría de los niños y niñas que tienen TDAH no están inscritos en los servicios de educación especial, es muy difícil intervenir si el personal no está capacitado para implementar intervenciones efectivas en cuanto a las relaciones entre compañeros.

## *Objetivos*

### *OBJETIVO GENERAL*

Diseñar un manual cognitivo-conductual, dirigido a padres para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de niños con TDAH.

### *OBJETIVOS DE LA PROPUESTA*

- Describir una visión a través de la historia del TDAH, para que los padres y madres puedan saber algunas de las causas del trastorno.
- Ejemplificar al padre y madre de familia técnicas para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad.



## Método

La idea de elaborar un manual Cognitivo-Conductual, dirigido a padres y madres para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de niños y niñas con TDAH, surgió durante realización del servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil N. Navarro, en donde tuve contacto con padres y madres de familias de niños y niñas con TDAH, donde se realizan grupo psicoeducativo para padres y madres, en donde la información que se les proporcionaba es técnica y no se cuenta con ningún auxiliar visual que les sirva como guía, para las sesiones y dudas posteriores que se puedan tener.

En los estudios realizados por Miranda, Soriano y Gargallo (2000) obtuvieron resultados significativos en las estimaciones de padres, madres y docentes después de una intervención cognitivo-conductual disminuyendo así la sintomatología del TDAH. Por otro lado Montiel, Peña, Espina, Ferrer, López, Puertas y Cardozo (2002), encontraron diferencias significativas en las manifestaciones de los padres con respecto a todas las conductas relacionadas con el TDAH. Por último, Miranda, García (2002), obtuvieron resultados bastante satisfactorios ya que el 60,3% del alumnado participante presentaba mejoras en su conducta tanto en la escuela como en su ámbito social.

Estas investigaciones utilizan el entrenamiento cognitivo-conductual dentro del aula y lo acompañan con técnicas de entrenamiento a padres, madres y docentes, dando como resultado una mejora notoria en los síntomas y conductas dentro del aula, así como una mejora en los aprendizajes esperados (Arco, 2004).

Es por ello que la presente tesis se utilizará la investigación cualitativa para identificar y dar sentido a los hechos que suceden en la realidad social y la educación es uno de esos ámbitos, ya que se centra en los aspectos de interpretación y comprensión de los discursos y de la práctica. Contextualización del dató, con especial énfasis en la triangulación de fuentes, métodos y técnicas de recogida de información (Moreno, 2000).

Se deberá emplear métodos cualitativos porque:

“... no manipula, ni controla, si no que relata hechos, y han demostrado ser efectivos, para estudiar la vida de las personas , la historia, el comportamiento, el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y las relaciones de interacción...” (Sambariego, 2004)

## Participantes

La muestra es no probabilística de tipo homogénea y de carácter intencional a conveniencia del investigador, ya que no busca generalizar los resultados obtenidos, sino generar un tema de análisis que se encuentra dentro de un contexto educativo. El grupo consta de 45 padres y madres de familia con niños y niñas de entre los 6 y 10 años de edad, todos los niños y niñas ya habían sido evaluados por un neuropediatra y un psicólogo, que consideraron el canalizarlos al área de Terapia Cognitivo-Conductual en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en dónde se pidió su consentimiento para poder contestar un cuestionario de preguntas abiertas, para poder desarrollar un manual cognitivo-conductual, se llevó a cabo una interpretación de resultados para poder desarrollar el manual siendo el único propósito el de aportar información que guíe el abordaje metodológico de los padres y madres de los niños y niñas con TDAH.

## Instrumentos

Se retomaron algunos reactivos del cuestionario de conducta para niños, reporte del padre versión adaptada del cuestionario de Connors para padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida (Vásquez, 2010), diseñado con el objetivo de medir los conocimientos de los padres y madres acerca de las estrategias de manejo conductual de sus niños antes de un programa de entrenamiento. El formato era de preguntas abiertas, una pregunta consta de escala de tipo Lickert, constituida por un total de 10 preguntas, se les solicitaba su colaboración voluntaria no remunerada para un

estudio sobre conductas habituales en los niños y niñas con TDAH se pidió a padres y madres que valoraran los ítems de acuerdo con la conducta habitual de sus hijos durante los últimos seis meses.

## Procedimientos

Fase I - Diseño del cuestionario: A partir de la revisión de la literatura, determino las variables para la construcción del cuestionario evaluativo con los ítems necesarios acordes a la población, con base en la lista del CIE-10. Los dominios incluidos para la elaboración fueron: Datos generales, tareas y demandas generales, autocuidado, interacciones y relaciones interpersonales y conductas cívicas. Respecto a la elaboración de las preguntas del cuestionario, tuve como base el modelo del Instrumento el reporte del padre versión adaptada del cuestionario de Conners para padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida (Vásquez, 2010)

Fase II – Validez de contenido y apariencia del cuestionario: para esta segunda fase se realizó el proceso para establecer que las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación estaban adecuadamente representadas en el instrumento y para determinar la aceptabilidad que tiene el instrumento en el escenario de aplicación. Para esto se recurrió al juicio de la titular del servicio de Terapia cognitivo-conductual.

Fase III – Prueba piloto y recolección de información: realicé previamente la prueba piloto a 10 padres y madres, en esta prueba analicé aspectos como: comprensión y ambigüedad de las preguntas, tiempo de diligenciamiento del instrumento, características del formato, necesidad de entrenamiento, y facilidad de calificación. En general los resultados de la prueba piloto fueron positivos, hubo una adecuada comprensión del instrumento de fácil aplicación y con mínima ambigüedad de las preguntas, de allí realicé la recolección de la información para lo cual realicé la entrevista personalmente a los padres tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

Tabla 8. Distribución por dominios de la entrevista inicial

<b>DOMINIO</b>	<b>PREGUNTA</b>
<b>Datos generales</b>	<p data-bbox="828 420 1071 451">Nombre del paciente</p> <p data-bbox="828 493 893 525">Edad</p> <p data-bbox="828 567 893 598">Sexo</p> <p data-bbox="828 651 1120 682">Nombre del responsable</p>
<b>Tareas generales</b>	<p data-bbox="828 808 1299 840">¿Cuáles son los quehaceres de su hijo?</p>
<b>Autocuidado</b>	<p data-bbox="828 955 1404 1039">¿Su hijo alguna vez, ha experimentado algún accidente?</p>
<b>Interacciones interpersonales</b>	<p data-bbox="828 1092 1250 1123">¿Cuánto tiempo le dedica a su hijo?</p> <p data-bbox="828 1165 1404 1249">Personas que usualmente están presentes con el problema de conducta.</p>
<b>Conducta cívica</b>	<p data-bbox="828 1365 1404 1396">¿Cómo clasificaría usted el problema de su hijo?</p> <p data-bbox="828 1438 1404 1522">Describa el problema de conducta en términos de lo que observa</p> <p data-bbox="828 1564 1396 1596">Lugar en dónde ocurre el problema de conducta</p>

## Resultados del cuestionario

Los resultados del cuestionario fueron, que 22 de 45 de los padres encuestados creen que la conducta de sus hijos ya sobre pasó su paciencia, y que ya han hecho de todo para resolver esto, llegando casi siempre a castigos físicos o dando lo solicitado por el niño para evitar los berrinches.

Pregunta 4. ¿Cómo clasificaría usted la conducta de su hijo?	
Muy leve	0
Leve	0
Indeciso	8
Grave	15
Muy Grave	22

Aunado a esto la poca o nula información que han recibido, desde el momento que conocieron el diagnóstico y las quejas que reciben constantemente de los docentes, así como el no saber qué hacer en caso de crisis dentro y fuera de casa así como en la escuela, la mayoría de los padres consideraban la conducta de sus hijos sin control.

Con los datos obtenidos del cuestionario, se eligió trabajar con un manual ya que es un recurso didáctico muy fácil de trabajar y comprender que preste ayuda pedagógica para los padres, con material de apoyo que cada vez que así lo deseen lo podrán retomar para controlar los principales síntomas de inatención, hiperactividad e inatención, el cual comprende de un manual de apoyo didáctico para controlar y fortalecer las competencias que los niños y niñas con TDAH y así comenzar a trabajar desde casa.

## FASE IV: Manual

El manual es un documento de comunicación didáctica estructurada que a través de textos específicos y elementos icónicos (ilustraciones, gráficas, etc), se utiliza en el proceso de enseñanza aprendizaje para contribuir a que el participante desarrolle competencias como el apoyo para la formación (Iglesias, 2010)

El manual se realiza para ayudar a los padres a conocer el diagnóstico del niño o niña con TDAH, así como el manejo y control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, en los diferentes ámbitos sociales de la familia y en ámbito escolar; como apoyo visual para el trabajo dentro de un taller y posterior por parte de las familias. Se adapta el manual, de la Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

El manual quedaría constituido de la siguiente manera:

### TEMA 1. Conocimientos generales acerca del TDAH.

Objetivo particular: Informar a los padres sobre la naturaleza del trastorno sobre los niños y niñas con TDAH.

#### Descripción de las actividades (Anexo 2 CD1)

A continuación se presentan los objetivos particulares de cada una de las actividades de la sesión 1; para su descripción más detallada se puede consultar el Anexo 2.

Actividad: 1 ¿Qué es el TDAH?

Objetivos: Conocer el concepto de TDAH, así como explicar su naturaleza y síntomas.

Actividad: 2 Manifestaciones del niño con TDAH

Objetivos: Describir los tipos de TDAH que hay y cuáles son las manifestaciones que presentan en el comportamiento de los niños.

Actividad: 3 Control de los impulsos y la atención

Objetivos: Señalar repercusiones que se ven afectada en la memoria de los niños y niñas con TDAH.

Actividad: 4 Recapitulación de las características del TDAH

Objetivos: Recordar a los padres los puntos anteriores.

## Tema 2. Dar órdenes

Objetivo particular. Ejemplificar a los padres las técnicas para dar órdenes.

Descripción de las actividades (Anexo 2 CD 2)

A continuación se presentan los objetivos particulares de cada una de las actividades de la sesión 2; para su descripción más detallada se puede consultar el Anexo 2.

Actividad: 1 ¿Qué es paciencia?

Objetivo: Definir a los padres la paciencia y como la trabajan con sus hijos.

Actividad: 2 Aprender a dar órdenes

Objetivo: Identificar las indicaciones para dar órdenes a sus hijos.

Actividad: 3 ¿Qué son los límites?

Objetivo: Subrayar la importancia de los límites, sus características y la finalidad en los niños y niñas con TDAH, así como ejemplos de límites.

## Tema 3. Técnicas de modificación de conducta

Objetivo particular: Analizar los procedimientos para el manejo de las conductas inadecuadas.

Descripción de las actividades (Anexo 2 CD 3)

A continuación se presentan los objetivos particulares de cada de las actividades de la sesión 3; para su descripción más detallada se puede consultar el Anexo 2.

Actividad: 1 Técnicas de modificación de conducta

Objetivo: Describir los componentes para la modificación de las conductas.

Actividad: 2 Técnicas para incrementar los comportamientos adecuados: refuerzos positivos

Objetivo: Dramatizar los diferentes tipos de reforzador positivo y su aplicación en la vida cotidiana.

Actividad: 3 Técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados: refuerzos negativos

Objetivo: Dramatizar los diferentes tipos de reforzadores negativos y su aplicación en la vida cotidiana.

Actividad: 4 Economía de fichas

Objetivo: Ilustrar la técnica de las conductas que se desea modificar.

Tema 4. Problemas de aprendizaje

Objetivo particular: Fundamentar los puntos que hay que considerar en el proceso de aprendizaje de los niños con TDAH.

Descripción de las actividades (Anexo 2 CD4)

A continuación se presentan los objetivos particulares de cada una de las actividades de la sesión 4; para su descripción más detallada se puede consultar el Anexo 2.

Actividad: 1 ¿Qué es el aprendizaje?

Objetivo: Definir que es el aprendizaje, así como algunas sugerencias de alternativas para facilitar el aprendizaje

Actividad: 2 ¿Qué es la memoria?

Objetivo: Señalar los tipos de memoria que se ven involucrados en el aprendizaje, y que es lo que sucede con estas memorias en los niños y niñas con TDAH

Actividad: 3 Material de apoyo

Objetivo: Mostrar a los padres la utilización de material de apoyo, para trabajar con sus hijos.

Actividad: 4 Trabajo en casa

Objetivo: Señalar dudas y comentarios sobre la aplicación de las técnicas dentro y fuera de casa, así como en el ámbito escolar.



## Análisis de resultados

Al término del cuestionario se analizó las respuestas para poder desarrollar el manual, arrojó los siguientes datos cualitativos, mediante la observación y comparación de las respuestas obtenidas por parte de los padres de familia en el cuestionario (ver anexo 1).

Se observó muy poco conocimiento sobre el trastorno ya diagnosticado, a pesar de contar ya con un anterior acercamiento con su paidopsiquiatra; los padres manifestaron que la información que se les había brindado era muy técnica y confusa, lo que influye en la percepción del trastorno como una enfermedad. Stroh (2008) observó que los padres que tienen hijos con TDAH, al tener mayor información sobre el trastorno, se encuentran con una mejor opinión sobre el medicamento.

Asimismo, los padres reportan la gran necesidad de que los especialistas tengan una mejor comunicación con ellos y que sea adecuada al nivel de educativo con que cuentan ellos. La opinión en cuanto a un tratamiento combinado y el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, son bien aceptadas por los padres y madres ya que algunos de ellos había retrasado el iniciar el medicamento por temor, al quedar claras sus dudas comentaron iniciar con el medicamento.

Los datos subrayan la gran importancia de brindar una educación adecuada, impartida por los profesionales de la salud, para que los padres y madres de familia no se llenen de dudas, y logren tener un mejor entendimiento de las características y los tratamientos que hay para sus hijos e hijas con TDAH.

Es por ello que con la información obtenida se decide realizar un manual, adaptándolo del manual informativo del Hospital Psiquiátrico Ramón de la Fuente.

## Conclusiones

El manual cognitivo-conductual, dirigido a padres y madres para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de niños y niñas con TDAH, centra su finalidad en los padres que no cuentan con las armas para poder enfrentar las conductas desde que se les da el diagnóstico y que han buscado una respuesta a la conducta de sus hijos, ya que aunado a esto las creencias y los pocos conocimientos que los padres cuentan sobre el trastorno, complica el inicio de un tratamiento multimodal.

Autores como, Polaino (2002), Flores (2015), señalan que el TDAH es la patología infantil que más afecta a los niños y adolescentes en edad escolar a nivel mundial, con porcentajes que oscilan entre de un 14% a un 20%, esto indica que la probabilidad de tener alumnos con el trastorno en cada centro educativo es muy elevada.

Según el DSM-V, el TDAH muestra tres variantes. Una que interfiere únicamente en las áreas relacionadas con la atención, la otra presenta signos de hiperactividad e impulsividad y el tipo combinado que es la mezcla de las anteriores, en los tres subtipos, el sujeto manifiesta deterioro en el área social, académica y afectiva, entre otras, ocasionando graves problemas de comportamiento, déficit en los aprendizajes y dificultades de convivencia, según lo explica Barkley (1998).

Los investigadores siguen trabajando para determinar la causa exacta del TDAH, sin embargo, se ha progresado de manera significativa en los estudios. Barkley (1998), sugiere que es un trastorno altamente hereditario, sin embargo también hay influencias de otros factores biológicos y ambientales que contribuyen durante el desarrollo del TDAH,

como lo son el periodo de gestación, la etapa perinatal y los primeros años de vida de los niños y las niñas (Antshel, 2014).

Durante la evaluación del TDAH, se analiza la presencia de tres síntomas fundamentales la atención, la hiperactividad e impulsividad, mediante la aplicación de diferentes pruebas a nivel psicológico y cognitivo (Joselevich, 2003). De acuerdo a las investigaciones realizadas, Barkley (1998), afirma que las áreas más afectadas por el TDAH son las relacionadas con las funciones ejecutivas, tanto a nivel cognitivo como emocional, por ejemplo el autocontrol emocional, la memoria de trabajo y la atención selectiva o sostenida. Por esa razón, los programas de intervención se centran en la estimulación cognitiva y en la terapia conductual en combinación con la medicación a base de psicoestimulantes. Ya que debido a la heterogeneidad del trastorno el proceso de evaluación y tratamiento sean aún más dificultosos, porque cada individuo manifiesta signos que difieren de otros casos.

En ese sentido los profesionales encargados de diagnosticar o intervenir con estas personas deben crear un programa especializado para cada uno, incluyendo la medicación, de ser necesario. Sonuga-Barke (2001), señalan que el tratamiento para el TDAH puede ser farmacológico, no farmacológico o la combinación de ambos.

El tratamiento farmacológico son los medicamentos estimulantes y no estimulantes, cuya utilización, reduce los síntomas del trastorno a corto plazo (Reneric, 2011), Mientras que el tratamiento no farmacológico son las acciones psicológicas y psicopedagógicas a manera de terapia y estrategias educativas (Antshel, 2014).

Dentro de lo que se pretende con el manual cognitivo-conductual, es centrarse en la psicoeducación de los padres, para que conozcan las necesidades y las dificultades que los niños y las niñas con TDAH presenten a lo largo de ciclo de vida, mediante la utilización de técnicas y estrategias que se pueden adaptar a cualquier contexto educativo y con un material de costo muy accesible, pero lo más importante es que por medio de

este manual se ofrece una alternativa a los padres para poder atender las dificultades de los niños y niñas con un diagnóstico de TDAH.

Cuando un niño o niña tiene un diagnóstico de TDAH, toda la familia se ve afectada, pues las situaciones cotidianas de la familia, suelen convertirse en una lucha muchas veces difícil de manejar, terminando con la paciencia de los padres, madres y niños, niñas enojados.

Una buena orientación a los padres de familia con niños con TDAH; es de suma importancia ya que con base en esa información, ellos podrán adquirir un nuevo método de crianza. Ya que los padres como la familia, requerirán un cambio de creencias y relación en los comportamientos esperados, los pensamientos distorsionados pueden venir de esta falta de desesperanza hacia sus hijos e hijas.

De igual manera cuando se comience a trabajar con alguna de las técnicas no hay que permitir que un mal día eche a perder todos los buenos días que se han tenido, si no que eso nos da la oportunidad de ser autocrítico como padre y madre, para darnos la oportunidad de ser creativos. Con el único objetivo de ir siempre para adelante junto a su hijo e hija y así darle la oportunidad de triunfar, sentirse importante, útil, respetado.

De la Peña (2010), nos dice que los fármacos por si solos, no lograron disminuir otros aspectos de disfunción asociados con el TDAH, como las habilidades sociales deficientes, la baja motivación en la escuela, el desempeño académico deficiente, así como el desgaste emocional en los padres de familia.

Es por ellos que dentro de las principales intervenciones psicosociales se debe hacer hincapié en lo psicoeducativo como proceso primordial en las psicoterapias de los niños y niñas con TDAH ya que incluyen la intervención de los padres y madres, la cual favorece

la reducción de síntomas y mejoran el desempeño escolar del niño o niña y lograr dar herramientas a los niños y niñas, para poder tomar decisiones, planificar sus tareas y así ofrecer una alternativa a un futuro desempeño personal y laboral pueden llegar a ser personas auto dirigidas (Larroy, 2007).

Se cumplió el objetivo de diseñar un manual cognitivo-conductual, dirigido a padres para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de niños con TDAH. Ya que se facilita una visión a través de la historia del TDAH, para que los padres puedan saber algunas de las causas del trastorno; así como proporcionar al padre de familia técnicas para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad de niños con TDAH.

Siendo la principal limitación de este trabajo que la muestra fue obtenida exclusivamente en centros de atención psiquiátrica, por lo que la opinión de los padres y madres respecto al TDAH como enfermedad y sobre el profesional adecuado para su diagnóstico, el médico o psicólogo no puede ser generalizada al resto de la población. De igual manera alguno de los padres cuenta con más hijos o hijas con TDAH, por lo que ya contaban con algún entrenamiento para el manejo de las conductas.

Por ello es de gran importancia el mejorar la calidad de la información que se les ofrece a los padres y madres, siempre tomando en cuenta su nivel de estudios para que puedan tomar la mejor decisión en la toma de sus decisiones terapéuticas y cuenten con panorama más amplio sobre el pronóstico de sus hijos e hijas.

Mialaret (1977), nos dice que la educación es tan antigua como el hombre, pues este se preocupó por criar y cuidar a sus hijos e hijas hasta que puedan valerse por sí mismos, hagamos esto posible mediante estrategias que nos en bases solidas, para un buen desarrollo no solo familiar si no escolar de los niños y niñas con TDAH.

Con el presente trabajo se busca poder llegar a los centros educativos de una manera diferentes a los padres, madres y docentes, con el tema del TDAH ya que es una

problemática que si no se trata de una manera adecuada puede ser un obstáculo no solo para el niño o niña que lo padece, sino para su familia y los docentes que se encuentren en contacto con él. Las limitaciones que tiene el manual es la que la información que se tiene de los niños y niñas con TDAH va cargada de un estigma que no permite que un buen ambiente de trabajo entre los docentes y los padres, madres de familia. Dando al psicólogo educativo la oportunidad de hacer una labor ardua en dónde se dé información con bases, pero a la vez de una manera simple y clara, de tal forma que los padres del centro puedan, lograr una apertura sobre los niños con TDAH y aportando a los centros educativos diferentes técnicas y trabajos para los niños y niñas del plantel.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (2000). *Child behavior checklist*. Burlington.
- Adame, G. B. (2002). *El niño con déficit de atención e hiperactividad. Guía para padres*. México: Trillas.
- Ainscow, M. (1999). *The development of inclusive schools*. Londres: Falmer.
- Ainscow, M. (2001). *Desarrollo de escuelas inclusivas Idea, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares*. Madrid: Narcea.
- Alizadeh, H. A. (2002). Interactions of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child Fam Behav Ther*, 37-52.
- Alonso, C. (2006). Estilos de Aprendizaje, Presente y Futuro. *II Congreso Internacional de Estilos de Aprendizaje*. Chile: Concepción.
- Álvarez-Gayou. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y Metodología*. México: Paidós.
- Amat, O. (1996). *Aprender a enseñar*. Barcelona: Gestión 2000.
- Antshel, K. y. (2014). Cognitive behavioral therapy for adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric*, 23-24.
- Arco, J. F. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *psicothema*, 408-414. From *psicothema*.
- Ardila, R. (2001). *Psicología del aprendizaje*. México: Siglo XXI.
- Art.III. (2006 йил 18-Febrero). *Cámara de Diputados LXIII legislatura*. From Cámara de Diputados LXIII legislatura: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
- Barkley. (1982). *Guidelines for defining hyperactivity in children. Advances in Clinical Child Psychology*. New York: En B. Lahey y A. Kazdin.
- Barkley, R. ,. (1998). *El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Un manual de trabajo clínico*. New York: Guilford Press.
- Barragán, E. P. (2007). *Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit*. México: medigraphic.
- Bellak, L. B. (1991). *Test de apercepción infantil* . Paidós.

- Beltrán, J. (1993). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Blanco, G. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Reice: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1-15.
- Boggino, A. N. (2010). *Los problemas de aprendizaje no existen : propuestas alternativas desde el pensamiento de la complejidad*. Rosario, Arg: Homo Sapiens.
- Bonet de Luna, C. M. (2011). Patología, normalidad o "niños a la carta"; reflexionando en Paidosiquiatría. *Revista Padiatrica Atención Primaria*, 321-331.
- Booth, T. A. (2000). *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Madrid: Consorcio Universitario para la educación inclusiva.
- Booth, T. y. (1998). *From the to us: An international study of inclusion in education*. Londres: Routledge.
- Brakler, R. K. (1998). *Transtorno por deficit de atención e hiperactividad*. New York: Guilford Press.
- Brown, L. S. (1997). *Test of nonverbal intelligence. A language free measure of cognitive ability*.
- Brunet, O. L. (1985). *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Manual de Instrucciones. Test manipulativos Serie, 1*.
- Burbules, N. y. (2001). *Educación: Riesgos y promesas de las nuevas tecnologías de la información*. Barcelona: Granica.
- Caraballo. (2015-13-abril). *Neurología*. From Neurologia: [www.neurologia/TDA/TDAH](http://www.neurologia/TDA/TDAH)
- Caraballo, R. H. (2004). *Neurobiología*. From Neurobiologia: [www.neurología/TDA/TDAH](http://www.neurología/TDA/TDAH)
- Caraballo. (2004). *Neurobiología*. From Neurobiologia: [www.neurología/TDA/TDAH](http://www.neurología/TDA/TDAH)
- Cardo, E. y. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Revista de Neurología*, 365-372.
- Caro, I. (2002). *manual de Psicoterapias Cognitivas*. España: Paidós.
- Carol, I. (1995). *Pasado, presente y futuro de la sterapias cognitivas*. Boletín de psicología .
- Castellanos, F. X. (1994). Quatitative morphology of the caudate nulceus in atention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1791-1796.
- Castellos, F. G. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in atention deficit hyperactivity disorder. *American Jornal of Psychiatric*, 1791-1796.



- Cerón-Garnica, C. (2015). Aplicación de Instrumentos on-line para Diagnosticar procesos Cognitivos que apoyen en la construcción de aprendizajes significativos de los estudiantes de Educación Media Superior. *In Congreso virtual sobre Tecnología, Educación y Sociedad*, Vol 1, No 5.
- Claxton, C. Y. (1978). *Learning Styles: Their impact on Teaching and Administration*. Washington, D.C: American Association for Higher Education.
- Clements, S. (1966). *Minimal Brain Dysfunction in Children. Terminology and identification (USPH Publication No 1415)*. Washintong, U.S: Government Printing Office.
- Coderch, J. (2002). *Teoría y técnicas de la psicoterapia*. México: Siglo XXI.
- Costa, J. L. (2015-15-Mayo). *google libros*. From google libros:  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1iYAQeyYr3sC&oi=fnd&pg=PA11&dq=UNAS+BASES+PSICOLOGICAS+DE+LA+EDUCACION+ESPECIAL&ots=NTXondmVOs&sig=X5B5CatWvYcjTWEtLraEbgI6CwU#v=onepage&q&f=true>
- De la Peña, O. F. (2010). *Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de*. Mendoza Argentina: Rev. Cienc. Salud.
- Díaz Bordenave, J. y. (1986). *estrategias de Enseñanza-Aprendizaje*. San José, Costa Rica: IICA.
- Douglas, V. (1972). Stop, look and listen : The problem of sustained attention impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 159-182.
- DSM-III-R, A. P. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington V.A: American Psychiatric Association.
- DSM-V, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.
- DuPaul GJ, S. G. (1994). *ADHD in the schools. Assessment and intervention strategies*. New York: Guilfords Press.
- Elder, T. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based exact birth dates. *J Health Econ*, 641-656.
- Espina, A. &. (2005). *Guía práctica par los transtrnos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. Buenos Aires: Janssen-Cilag.
- F. Lopera., L. P. (1999). discriminación de factores genéticos en el déficit de atención. *Revista de neurología*, 660-664.
- Fernández-Jaén, A. &.-M. (2010). Medicamentos estimulantes en el tratamiento del transtorno por déficit de atención/hiperactividad. *Jano*, 69-72.

- Flores, G. &. (2015). Tratamiento cognitivo conductual en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de psicología Universidad de Antioquia* , 79-94.
- Frank de Verthelyi, R. C. (1989). *Test Casa Árbol- Persona* .
- Furlan, A. (2005). Problemas de indisciplina y violencia en la escuela. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 629-636.
- García Peñas, J. J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evid Pediatr*, 51.
- García, I. (2000). La integración educativa en el aula regular. principios, finalidades y estrategias. In E. F. Escalante, *La integración educativa en el aula regular, principios, finalidades y estrategias* (p. 203). México- España/Cooperación Española México: SEP/ Fondo Mixto de Cooperación técnica y Científica.
- García, J. L. (2015-13-Febrero). *Revisión de los conceptos de Estilo y Estilos de Aprendizaje*. From Revisión de los conceptos de Estilo y Estilos de Aprendizaje: <http://estilosdeaprendizajegemvol01.blogspot.com/p/resumo-dos-capitulos.html>
- Gargallo, B. S. (2007). Estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *revista de investigación Educativa*, 421-441.
- Gargallo., L. B. (2001). *Hijos hiperactivos*. Barcelona: CEAC.
- Godoy, A. (1991). *El proceso de la evaluación conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Goodenough, F. H. (1999). *Test de dibujo de la figura humana*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gregorc, A. F. (1979). Learning/Teaching Styles: Potent Forces Behind Them. *Educational Leadership January*, 234-236.
- Hilgard, E. R. (1979). *Teorías del Aprendizaje*. México: Trillas.
- Hinschaw, S. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Journal of Pediatric psychology*, 664-675.
- Hunt, D. (1979). Learning styles and students needs: An introduction to conceptual level, en Students learning Styles. *Diagnosis and Prescribing Programs*, 27.38.
- Iglesias, M. (2010). Sobre los manuales escolares . *Revista de investigación educativa*, 97-114.
- INEGI. (2015 -16-ABRIL). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. From Instituto Nacional de Estadística Y Geografía: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contacto/default.aspx>

- Itkin, S. N. (2009). Necesidades especiales : ¿cuándo es posible la integración? . In S. N. Itkin, *Necesidades especiales : ¿cuándo es posible la integración?* (p. 89 ). Buenos Aires: Novedades educativas.
- Joselevich, E. &. (2003). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad AD/AH en niños, adolescentes y adultos*. Argentina: Paidós.
- Kazdin, A. E. (1994). *Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Keefe, J. (1988). *Aprendiendo Perfiles de Aprendizaje*. Asociación Nacional de Escuelas Secundarias.
- Kirby, E. (1992). *Transtorno por déficit de atención "Estudio y Tratamiento"*. México: Limusa.
- Kolb, D. (1985). *Learning-style Inventory*. Boston: McBer & Company.
- Koppitz, E. (1987). *El dibujo de la figura humana en los niños: evaluación psicológica*. Guadalupe.
- Kutcher, S. A. (2004 -16-junio). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs):clinical implication and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 11-28. From International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs):clinical implication and treatment practice suggestions: [http://www.odp.od.nih.gov/consensus/110/110\\_statement.htm](http://www.odp.od.nih.gov/consensus/110/110_statement.htm)
- Lang, M. &. (1986). *CDS: Cuestionario de depresión para niños: manual*. TEA Ediciones.
- Lang, M. y. (1978). *Cuestionario de Depresión para Niños*.
- Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.
- León, I. M. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamerica.
- Llort, S. B. (8 de febrero de 2016). *Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil*. Obtenido de Psicodiagnosis.es:Psicología infantil y juvenil: <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/wiscrwisciv/>
- Lynch, J. (2001). *Inclusion in Education: The Participation of Disabled Learners*. Francia: UNESCO.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass: Ballinger.
- Martin, G. (1999). *Modificación de la conducta*. Madrid: Prentice Hall.
- Meichenbaum, D. (1995). *Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Mena, b. N. (2006- 18-Mayo). *Fundación Adana*. From Fundación Adana:  
<http://www.fundacionadana.org/definicion>
- Menkes MM, R. J. (1967). *A twenty-five-year follow-up study on the hiperkinetic child with minimal brain dysfunction*. *Pediatrics*.
- Mialaret, G. (2001). *Psicología de la educación*. México: Siglo XXI.
- Miranda A, J. S. (1999). Transtorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista Neurol*, 182-188.
- Miranda, A. A. (2001). *Trantornos por déficit de atención con hiperactividad: Una guía práctica*. Málaga: Aljibe.
- Miranda, A. G. (2002). Factores modulares de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neuropsicología*, 91-97.
- Miranda, A. M. (1995). Contexto familiar y escolar de niños con Trantornos por Déficit de Atención con Hiperactividad, agresivos y no agresivos. *Psicología evolutiva y de la Educación. Actas de IV Congreso INFAD* (pp. 469-480). Universidad de Burgos: F. Lara.
- Miranda, A. S. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 203-210.
- Montiel, C. P. (2002). Estudio piloto de metilfenidato y entrenaimeinto a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención hiperactividad. *Revista de Neuropsicología*, 201-205.
- Moreno, M. G. (2000). *Introducción a la metodología de la invetsigación educativa II*. México: Editorial Progreso.
- MTA, G. C. (1999). *A 14-moth randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder*. 56(12), 1073: *Archives of general psychiatry*.
- Novak, J. (1988). *Aprendiendo a aprender*. Barcelona: Martínez Roca.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10*. Pan American health Org.
- Ortega, P. (2015 -5-Junio). *NECESIDADES EDUCATAIVAS ESPECIALES: Blog de apoyo para trabajar con Alumnos que presentan necesidades educativas especiales*. From NECESIDADES EDUCATAIVAS ESPECIALES: Blog de apoyo para trabajar con Alumnos que presentan

necesidades educativas especiales:

<http://neducativasespeciales.blogspot.com.es/2014/01/presentacion.html>

Ortego, A. E. (2006). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. JANSSEN-CILAG.

Ortiz, A. T. (1997). *Neuropsicología dle lenguaje*. España: CEPE.

Palacios-Cruz, L. P. (2015-3-Julio). *Salud Mental*. From Salud Mental:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000200008&Ing=es&tIng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200008&Ing=es&tIng=es)

Pascual-Castroviejo, I. (2008). *Hiperactividad ¿Existe frontera entre persoanlidad y patología?* Madrid: Díaz Santos.

Pérez Gómez, A. y. (1992). *Comprender a tranformar la enseñanza*. Madrid: Morata.

Pérez, J. A. (2000). *Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, CUMANIN*. TEA Ediciones.

Pérez, J. M.-A. (2013). *ENFEN. Evaluación neuropsicología de las funciones ejecutivas en niños*. Tea Ediciones.

Pizarro, A. &. (2005). Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con trastorno por déficitde atención con hiperactividad (TDAH). *Sociedad de psiquiatria y neurologia de la infancia y adolescencia* , 12-19.

Plaud, J. (2001). Clinical science and human behavior . *Journal of Clinical Psychology*, 1089-1102.

Pliszka, M. S. (2006). 17a Conferencia Anual Internacional del CHADD. *Boletín electrónico no12 del APDA*. Dallas, USA: APDA.

Pliszka, S. (2002). Neuroimaging and ADHD: recent progress. *The ADHD Report*, 1-6.

Polaino. (2002). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con défecit de atención con hiperactividad*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.

Polaino, I. O. (2002). *programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.

Psychiatry, A. A. (2014-25-julio). *Practice paramenters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorders*. From Practice paramenters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorders:  
<http://www.aacap.org/clinical/parameters/>

- R. Dunn, K. D. (1979). learning style Inventory (LSI) for Students in Grades. *Price Systems Box* , 3-12.
- Rachman, S. J. (1997). *The evolution of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press: En D.M. Clark y Oxford.
- Ramírez, M. D. (2012). Ramírez, M. D. L. C. G., Méndez, D. Trastorno por déficit de atención: posibles factores de riesgo en los escolares de la enseñanza primaria de un área de salud. *Ramírez, M. D. L. C. G., Méndez, D. R., & Crespo, V. R. (2012). Trastorno por déficit de atención: posibles factores de riesgo en los escolares dInvestigaciones Medicoquirúrgicas, 42-49.*
- Rappley, R. M. (1999). Diagnosis of attention deficit/hiperactivity disorder and use of psychotropic medication in very young children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 1039-1045.
- Regalado, N. P. (2010). *Memorias y actualidad en la educación especial de México:Una visión historica de sus modelos de atención.* . Méxio D.F: SEP.
- Reneric, J. (2011). Los psicoestimulantes para el tratameinto del TDAH en niños y de los adolescentes. *Neuropsiquiatría de la Niñez y Adolescencia*, 30-34.
- Richters, J. A. (1995). NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment study of Children with ADHD:. I, *Background andrationale. j Am Acad Child Adolsc Psychiatry*, 987-1000.
- Riechmann, S. (1979). *Learning Styles. Ther role in teaching Evaluation and Course Design*. Michigan: ERIC.
- Rojas, L. (2001). Necesidades Educativas Especiales. *Revista de Ciencias de l'Educació*, 201-222.
- Ruiz Fernández, M. A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. In M. I. Má Ángeles Ruiz, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 82-84). Bilbao, España: Descllé de brouwer.
- Ruíz, M. (1989). *El impacto de la psicología cognitiva en las terapias de orientación cognitivo-conductual: Comunicación, cognición y psicoterapia: aspectos teóricos y metodologicos*. Madrid: UNED: B. Rojí.
- Ruiz-García, M. G.-M.-M.-O. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 145-152.
- Sacristán, C. (1998). *¿Quién me metió en el manicomio? Elinternamiento de enfermos mentales en México, siglo XIX y XX*. México: imprena de Francisco Díaz de León.
- Safer, D. y. (1995). *Niños hiperactivos*. México: Diana.

- Sambariego, M. M. (2004). *Métodos de Investigación cualitativa*. Madrid: La muralla.
- Sánchez-Carpintero, R. &. (2001). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología* 33, 47-53.
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- SEP. (2002). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México D.F: SEP.
- SEP. (2015-24-Febrero). *Centro Digital de Recursos de Educación Especial*. From Centro Digital de Recursos de Educación Especial: <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/definicion.aspx>
- Servicio de Salud Mental: SERSAME. (7 de febrero de 2006). *Programa específico de trastorno por déficit de atención*. Obtenido de Programa específico de trastorno por déficit de atención: [http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/tda.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/tda.pdf)
- Skinner, B. (1953). *Science and human Bahvior (Traducción al castellano, 1970)*. Barcelona: Fontanella.
- Sonuga-Barke, E. J.-B. (2001). Terapias de Padres-base para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Preescolar: Un estudio controlado con una muestra comunitaria. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatria Infantil y Adolescente*. Vol. 40 no 4, 402-409.
- Stormshak, E. b. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Psychol*, 17-29.
- Stroh J, F. W.-S. (2008). The use of stimulant medication and behavioral interventions for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: A survey of parent's knowledge, attitudes, and experiences. *Journal of Child and Family studies*, 385-401.
- Terol, M. C. (2015-24-febrero). *Apoyo social e intrumentos de evaluación: revisión y clasificación*. From Apoyo social e intrumentos de evaluación: revisión y clasificación: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61777/96257>
- Tripodoro, V. D. (2015). Nuevos paradigmas en la educación universitaria: Los estilos de aprendizaje de David Kolb. *Medicina*, 109-112.
- UNESCO. (2002). *Understanding and Responding to Childre's Needs in Inclusive Classrooms*. París: UNESCO.

UNESCO. (2014- 16-JUNIO). *UNESCO*. From UNESCO:

<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/strengthening-education-systems/inclusive-education/people-with-disabilities/>

Vásquez, J. C. (2010). *Guía clínica para el déficit de atención e hiperactividad*. México D.F:

Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Meidna-Mora Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales, Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Wechsler, D. (1994). *Test de inteligencia para niños. WISC-III Manual*. .







Tema 1 CD1. Conocimientos generales acerca del TDAH

Propósito: Dotar a los padres de conocimientos generales sobre la naturaleza del trastorno de TDAH en los niños y las niñas.

Objetivo Particular: Informar a los padres sobre la naturaleza del trastorno sobre los niños y niñas con TDAH

Objetivo Especifico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
<p>Conocer el concepto de TDAH, así como explicar su naturaleza y síntomas.</p>	<p>Lluvia de ideas</p>	<p>Estrategia de comprensión</p>	<p>¿Qué es el TDAH?</p>	<p>1 El instructor se presentara con el grupo, y en una lluvia de ideas se anotara en el pizarrón las aportaciones del grupo.</p> <p>2 Los participantes expondrán sus ideas y el instructor sólo intervendrá para dar turnos.</p> <p>3 Una vez expuestas las ideas, se retomaran para analizar las defunciones de TDAH. La exposición se deberá hacer con claridad y dando tiempo a los participantes para dudas o comentarios.</p> <p>4 El instructor tomará como base el Anexo 3 Pág 3</p>	<p>35 min</p>	<p>Pizarrón Plumón Anexo 3</p>	<p>El instructor deberá ser activo y crear un atmosfera para que los participantes puedan comunicar sus dudas</p>	<p>Observar las actitudes que los participantes muestran durante las participaciones para promover la tolerancia entre ellos.</p>

Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	recursos	Recomendaciones	Evaluación
Describir los tipos de TDAH que hay y cuáles son las manifestaciones que presentan en el comportamiento de los niños y niñas.	Mapa cognitivo de telaraña	Estrategia de elaboración	Manifestaciones de los niños y niñas con TDAH	<p>1 El instructor explicara al grupo los tres tipos de TDAH y sus características.</p> <p>2 Los participantes analizaran lo dicho y se les pedirá que comenten que tipo de TDAH, tiene su hijo o hija y los síntomas que el presenta.</p> <p>3 Las respuestas se debatirán en el grupo para saber si su respuesta es la correcta.</p> <p>4 El instructor tomará como base el Anexo 3 pág 5</p>	25 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	Se deberá promover la participación y la tolerancia en las respuestas.	Observar las actitudes que los participantes muestran durante las participaciones para promover la tolerancia entre ellos.
Señalar repercusiones que se ven afectadas en la memoria de los niños y niñas con TDAH.	Pregunta exploratoria	Estrategia de elaboración	Control de los impulsos y la atención	<p>1 El instructor pedirá a los participantes que comenten las repercusiones que ellos observan en sus hijos e hijas.</p> <p>2.El instructor tomara como base el Anexo 3 pág 8, para definir los elementos que se ven involucrados, en dónde los niños con TDAH muestran alguna deficiencia.</p>	25 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	El instructor deberá hacer hincapié, en los elementos y el cómo esto afecta al niño y la niña.	

Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
Recordar a los padres los puntos anteriores.	Cuadro sinóptico	Estrategia de organización	Recapitulación de las características del TDAH	1 El instructor pedirá a los participantes que comenten los puntos anteriores así como dudas de los temas	35 min	Pizarrón Plumón	El instructor deberá hacer hincapié en las dudas y pedir que retomen lo visto.	Observar las actitudes que los participantes muestran durante las participaciones para promover la tolerancia entre ellos.

Tema 2 CD 2. Dar órdenes

Propósito: Dotar a los padres con definiciones y técnicas para dar órdenes y que se necesita

Objetivo particular: Ejemplificar a los padres las técnicas para dar órdenes

Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
Definir a los padres la paciencia y como se debe de trabajar con sus hijos e hijas.	Pregunta literal	Estrategias de organización	¿Qué es la paciencia?	1 El instructor pedirá que en parejas de una definición de paciencia y la digan al grupo, así llegar a un consenso de características de la paciencia y con apoyo en el Anexo 3 pág. 12 se dé una definición	40 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	Mencionar a los participantes la importancia de la paciencia en las técnicas que se darán más adelante	Los participantes, tendrán que comentar situaciones reales con sus hijos, para así lograr identificar y comentar las dudas que se tienen.
Identificar las indicaciones para dar órdenes a sus hijos e hijas.	Mapa cognitivo de secuencia	Estrategia de elaboración	Aprender a dar ordenes	1 El instructor pedirá a los participantes que ejemplifiquen el cómo dar órdenes.  2 El instructor dará las características del cómo se dan las ordenes y mencionará ejemplos de la vida cotidiana a los participantes con apoyo del Anexo 3 pág. 13.	40 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	Mencionar a los participantes la importancia de la paciencia en las técnicas que se darán más adelante.	
Subrayar la importancia de los límites, características y la finalidad en el TDAH, así como ejemplos de límites.	Aprendizaje basado en problemas	Estrategia de comprensión	¿Qué son los límites?	1 El instructor pedirá a los participantes que se imaginen que pasaría si ellos no tuvieran límites en su vida diaria	40 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	Se sugiere que la discusión se lleve de manera ordenada y con cordialidad respetando los puntos de vista de los demás.	

Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
				<p>2 Los participantes comentaran esta situación y el por qué no es así en la vida</p> <p>3 El instructor dará una definición de límites, así como sus características y la finalidad de ellos con el apoyo del Anexo 3 pág. 14-15</p>				
Recordar a los padres los puntos anteriores	Cuadro sinóptico	Estrategia de organización	Recapitulación de los conceptos vistos	1 El instructor pedirá a los participantes que comenten los puntos anteriores y así como dudas de los temas	35 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	El instructor deberá hacer hincapié en las dudas y pedir que retomen lo visto.	

Tema 3 CD3. Técnicas de modificación de conducta

Objetivo específico: Dotar a los padres de conocimientos generales sobre la naturaleza del trastorno de TDAH en los niñas y niños.

Objetivo particular: Analizar los procedimientos para el manejo de las conductas inadecuadas.

Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
Describir los componentes para la modificación de las conductas.	Lluvia de ideas	Estrategia de comprensión	Técnicas de modificación de conducta	<p>1 El instructor dará una breve definición de las técnicas de modificación de conductas así como sus características.</p> <p>2 Posteriormente el instructor pedirá que en parejas describan una situación a la cual den una solución con las técnicas mostradas y se comentara en grupo si pudieran tener otra solución con apoyo en el Anexo 3 pág. 17</p>	30 min	<p>Pizarrón</p> <p>Plumón</p> <p>Anexo 3</p>	Dar ejemplos de la vida diaria y permitir a los participantes que aclaren sus dudas, así como reforzar la tolerancia de los puntos de vista.	Los participantes tendrán que comentar situaciones reales con sus hijos para así lograr identificar y comentar las dudas que se tienen.
Dramatizar los diferentes tipos de reforzador positivo y su aplicación en la vida cotidiana	Juego de roles	Estrategia de comprensión	Técnicas para incrementar los comportamientos adecuados: refuerzo positivo	<p>1 El instructor dará una breve definición de los reforzadores positivos y el cómo utilizarlos en la vida diaria.</p> <p>2. Con apoyo del Anexo 3 pág. 18 se pedirá a los participantes que realicen ejemplos de las técnicas.</p>	30 min	<p>Pizarrón</p> <p>Plumón</p> <p>Anexo 3</p>	El instructor debe de hacer que los participantes sean activos y aclaren sus dudas sobre los refuerzos.	



Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
Dramatizar los diferentes tipos de reforzadores negativos y su aplicación en la vida cotidiana	Juego de roles	Estrategia de comprensión	Técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados: refuerzo negativo	<p>1 El instructor dará una breve definición de los reforzadores negativos y el cómo utilizarlos en la vida diaria,</p> <p>2 Con apoyo del Anexo 3 pág. 19-20, se pedirá a los participantes que realicen ejemplos de las técnicas</p>	30 min	<p>Pizarrón</p> <p>Plumón</p> <p>Anexo 3</p>	El instructor debe de hacer que los participantes sean activos y aclaren sus dudas sobre los refuerzos	
Recordar a los padres los puntos anteriores	Cuadro sinóptico	Estrategia de organización	Recapitulación de los conceptos vistos	1 El instructor pedirá a los participantes que comenten los puntos anteriores y así como dudas de los temas	35 min	<p>Pizarrón</p> <p>Plumón</p>	El instructor deberá hacer hincapié en las dudas y pedir que retomen lo visto.	

Tema 4. CD 4. Problemas de aprendizaje

Objetivo específico: Dotar a los padres de conocimientos generales sobre la naturaleza del trastorno de TDAH en los niños y niñas.

Objetivo particular: Fundamentar los puntos que hay que considerar en el proceso de aprendizaje de los niños y niñas con TDAH

Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
Definir que es el aprendizaje así como algunas sugerencias de alternativas para facilitar el aprendizaje	Lluvia de ideas	Estrategia de organización	¿Qué es el aprendizaje?	1 el instructor dará una breve explicación sobre que es el aprendizaje con apoyo del Anexo 3 pág. 24	30 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	Dar ejemplos de situaciones reales	Se llevará a la autoreflexión de la situación que se les presenta en este momento con sus hijos, así como a la crítica de las técnicas que se les presento y el cómo las podrán utilizar en su vida.
Señalar los tipos de memoria que se ven involucrados en el aprendizaje y que es lo que sucede con estas memorias en los niños y niñas con TDAH.	Mapa cognitivo de telaraña	Estrategia de organización	¿Qué es la memoria?	1 El instructor dará una breve explicación sobre que es la memoria y como funciona en los niños y niñas con TDAH, con apoyo del Anexo 3 pág. 25-26	30 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	Ejemplificar de la manera más clara posible.	

Objetivo específico	Estrategias de Enseñanza	Estrategias de Aprendizaje	Nombre de la actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Recomendaciones	Evaluación
Mostrar a los padres la utilización de material de apoyo para trabajar con sus hijos	Aprendizaje basa en problemas	Estrategia de comprensión	Material de apoyo	1 El instructor presentara ejemplos de material con el cual los padres pueden trabajar con sus hijos la memoria y la atención con apoyo del Anexo 3 pág. 28-29.	30 min	Pizarrón Plumón Anexo 3	Mostrar las láminas y poner ejemplos si es necesario.	
Señalar dudas y comentarios sobre la aplicación de las técnicas dentro y fuera de casa, así como en el ámbito escolar	Cuadro sinóptico	Strategia de organización	Trabajo en casa	El instructor cerrara la sesión con comentarios y dudas que los participantes tengan sobre las técnicas y los reforzadores, así como los problemas d aprendizaje que puede presentar un niño con TDAH.	35 min	Pizarrón Plumón	Dar el tiempo para las dudas y comentarios de los participantes.	

# **A n e x o 3**

# **M a n u a l**

## 25 maneras de amar a un niño



Préstele atención.

Búsquelo.

Escúchelo.

Juegue con él.

Sea espontáneo.

Tómelo de las manos.

Haláguelo más, critíquelo menos.

Maravílese de sus logros.

Agradézcale.

Sea flexible.

Confíe en él.

Mírelo a los ojos.

Comparta su entusiasmo.

Animelo.

Espere lo mejor de él, más no la perfección.

Sea consistente.

Esté a su disposición.

Disciplínelo en su momento.

Aprecie sus diferencias.

Conteste sus preguntas.

Crea en él.

Pida su opinión.

Escuche su música.

Sea tolerante.



## MANUAL PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH



Celia Trejo Galdames  
Psicóloga Educativa  
celtrejo89@gmail.com

Psicoterapia: Se refiere a las terapias en las que se habla con el niño, para que se trabaje con la comprensión y posible solución de problema

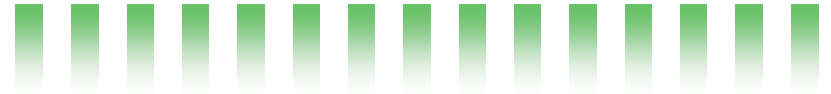
Receptor: Una estructura en la superficie de las neuronas encargada de recibir señales químicas.

Síntoma: Manifestación de un trastorno que sólo es evidente cuando se interroga al paciente.

Trastorno: Un conjunto de síntomas y signos objetivos que tienen como causa un problema específico y que sigue una evolución.

Trastorno del Desarrollo: Se refiere a la presencia de un determinado problema que no permite desarrollar sus habilidades normales para su edad.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad



## ¿QUÉ ES EL TDAH?

El Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad es un trastorno de conducta con un origen neurológico; con dificultad de espacio y tiempo; es decir que puede ocurrir en cualquier lugar y hora, ya que el niño tiene un escaso o nulo autocontrol y se deja llevar por sus emociones de ira, tristeza, alegría y ansiedad de sus deseos o necesidades que se presenta en su día a día.

Estas emociones son percibidas desorganizadamente, es decir todo junto, por esta razón es que los niños y niñas con TDAH, pierden sus cosas o no recuerdan datos, ya que esto exige mucho esfuerzo de su parte motivo por el cual presentan problemas de aprendizaje.

Aun no se sabe cual es la causa en específico, pero si se sabe hoy en día que es un trastorno neurobiológico ocasionado por una variedad de factores biológicos y hereditarios además los factores ambientales pueden aumentar o reducir los síntomas de TDAH.



**Neurobiológico:** Es el estudio de las células del sistema nervioso y la organización de estas células dentro de circuitos funcionales que procesan la información y median en el comportamiento.

**Neurona:** Célula que es base en el sistema nervioso.

**Neuroquímico:** Se refiere a las sustancias elementales que funcionan como mensajeros en el sistema nervioso.

**Neurotransmisores:** Sustancias químicas, cuya principal forma de comunicación entre las neuronas.

**Noradrenalina:** Sustancia química de las neuronas que tienen una acción sobre el humor e interviene en diversas funciones corporales.

**Perinatales:** Es todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del bebé, es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros siete días después del parto.

**Posnatales:** Posterior al nacimiento.

**Praxis:** la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación.

**Pronóstico:** Lo que se espera que suceda con un problema con el paso del tiempo:

## SÍNTOMAS DEL TDAH

Las manifestaciones del TDAH, son más claras entre los 6 y 9 años de edad a menudo los padres comentan que la conducta de sus hijos los ha sobrepasado llegando a los golpes e insultos.

En el ámbito escolar no cambia mucho la opinión negativa de los niños ya que habitualmente hay quejas sobre su conducta, trabajo, socialización y seguimiento de órdenes dentro del salón de clases.



**Disfunción cerebral mínima:** Deterioro del funcionamiento cerebral, se producen manifestaciones de dos tipos: abiertas o grandes y limítrofes o mínimas.

**Efectos secundarios:** Reacciones adversas hacia un tratamiento con medicamentos.

**Funciones cognoscitivas:** Actividades relacionadas con la capacidad de los procesos del pensamiento.

**Funciones motoras:** Actividades relacionadas con la capacidad de movimiento del cuerpo.

**Habilidad:** Destreza que es aprendida, que si se ejercitamos permite tener una determinada capacidad.

**Hiperactivo:** Es la dificultad de permanecer quieto o callado.

**Hipoxia:** Daño al cerebro ocasionado por la falta de oxígeno y mala circulación de la sangre que ocurre antes, durante y después del parto.

**Impulsivo:** Hacer o decir cosas sin pensarlas.

**Indeciso:** Le cuesta mucho tomar decisiones.

**Intervención:** Acción medica que se realiza para resolver un problema o enfermedad.



## GLOSARIO

Aula de educación especial: Aula de la escuela en donde los niños con alguna dificultad de aprendizaje reciben apoyo extra.

Comórbido: Es un término usado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona y pueden darse uno y después otra o la interacción de ambos.

Daño cerebral: Es una lesión en el cerebro, de naturaleza no degenerativa ni congénita, como resultado de una fuerza física externa o causa interna, que produce una alteración del nivel de conciencia y del cual resulta una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual o físico.

Depresión: Estado anímico en el que existe una baja energía psíquica.

Desinhibir: Deja de impedir u obstaculizar una acción cualquiera, el hecho de que una persona no tenga una capacidad de análisis libre sus acciones.

Desorden: Una serie de síntomas que se agrupan y están relacionados con un solo problema.

Diagnóstico: Es el proceso por el cual se indaga y que nos permite saber cual es el malestar de la persona.

Dificultades de aprendizaje: Es una referencia a los problemas que una persona de cualquier edad puede tener al desear aprender algo

Disfunción: Que no funciona adecuadamente.



## TIPOS DE TDAH

Tipo inatento:

- Tiene dificultad para prestar atención a detalles, continuamente comente errores por descuidos en sus actividades diarias.
- Frecuentemente fracasa en las actividades que implican mantener su atención.
- No cumple las instrucciones .
- Tiene dificultad para organizar sus actividades.
- A menudo evita las tareas que le exijan mucho esfuerzo mental.
- Pierde constantemente objetos personales.

Tipo hiperactivo:

- Constantemente se encuentran en movimiento pies, manos.
- Tiene una gran dificultad para permanecer en su asiento.
- Corre de manera excesiva.
- Responde abruptamente antes de escuchar o poder terminar la pregunta.
- Tiene dificultad para esperar turnos.

Tipo combinado

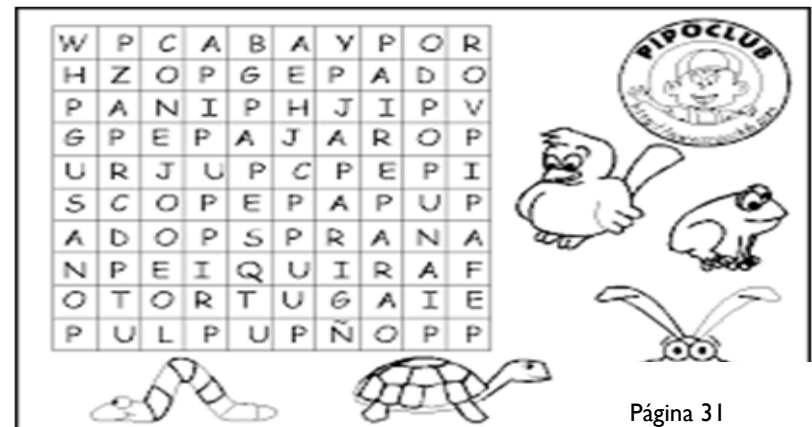
- CUMPLE CRITERIOS DEL TIPO INATENTO Y DEL TIPO HIPERACTIVO

## CAUSAS DEL TDAH

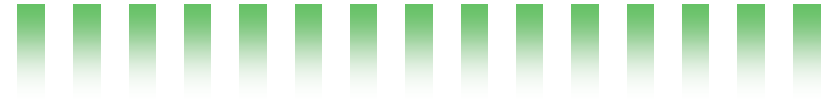
Aunque no se saben aun cuales son las causas exactas, si se puede decir que es un trastorno que contiene un factor neurobiologico, es decir bilógico y genético: (Roberto Horacio Caraballo, 2004)

### ALIMENTOS

La ingesta de algunos alimentos que contienen colorantes, conservadores, potenciadores del sabor, han sido objeto, de diversos estudios. Llegando a las conclusiones, de que por si solos no constituyen causa significativa del T.D.A.H., salvo en determinados niños y niñas, principalmente pequeños y con cierta hipersensibilidad hacia los mismos.



## ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA ATENCIÓN EN NIÑOS CON TDAH

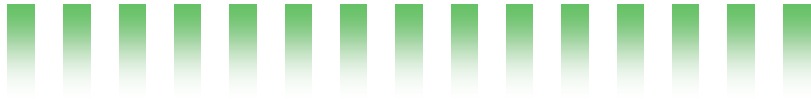


## BIOLOGICAS y GÉNETICAS

Entre los procesos biológicos más destacados como causa del TDAH; se encuentran los problemas prenatales, perinatales y posnatales; como lo son el consumo de alcohol, drogas o tabaco durante el embarazo; el bajo peso del niño en su nacimiento, la hipoxia, lesiones cerebrales.

Un tercio de personas con TDAH tienen un familiar con el trastorno, los hermanos de un niño o niña con TDAH tienen un riesgo dos veces mayor de padecer el trastorno que la población general, un hermano puede manifestar predominantemente síntomas de hiperactividad, mientras que otro puede manifestar sobretodo síntomas de déficit de atención.





Otra causa biológica es en el proceso de atención ya que se ven involucrados diferentes elementos:

Alerta: Significa el estar siempre listo para recibir información de nuestro mundo exterior.

Detectar y seleccionar estímulos relevantes.

Tener la capacidad de vigilancia como esfuerzo mental consciente y limitado; esto es el poder planificar y resolver problemas, el perseverar en la tarea asignada hasta conseguirlo.



Quienes padecen TDAH, tiene afectada la memoria de corto y largo plazo ; pero la memoria de procedimientos no se encuentra afectada por esta razón puede aprender habilidades manuales fácilmente.



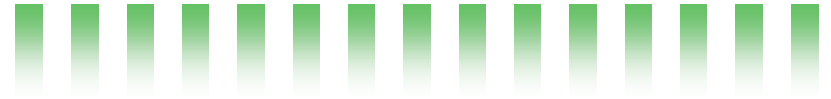


**Memoria inmediata y a corto plazo:** Dura aproximadamente un segundo y desaparece para siempre a menos que se le atención especial y se memorice.

- Memoria de trabajo: Esta nos permite razonar, solucionar problemas, efectuar cálculos mentales, comprender el lenguaje y realizar las funciones ejecutivas, e imitar secuencias complejas de conducta y comportamientos basados en reglas, anticiparnos a problemas, la autoconciencia y el sentido del tiempo.

**Memoria a largo plazo:** Es de larga duración y depende de los cambios químicos y o físicos de las neuronas encargadas de la memoria, es la que se utiliza para el aprendizaje.

- Memoria de procedimientos: Es el que representa el aprendizaje con la retención de habilidades y hábitos basados en reglas, se adquiere en forma inconsciente y es accesible sólo al desempeñar una acción.
- Memoria incidental: Es la que nos permite recordar la información basada en la experiencia y se reconoce Quienes padecen TDAH, tiene afectada la memoria de corto y largo plazo ; pero la memoria de procedimientos no se encuentra afectada por esta razón puede aprender habilidades manuales fácilmente.



En niños, la dopamina se libera y se adhiere a los receptores dopaminérgicos de las neuronas para transmitir el mensaje, mientras que los transportadores dopaminérgicos la absorben para utilizarla posteriormente; pero en los niños con TDAH, presentan una alteración en el gen de los transportadores de dopamina, haciendo que se absorba la dopamina de una manera tan rápida que no se da el tiempo suficiente para que los neurotransmisores se adhieran a los receptores dopaminérgicos de otra neurona.

La medicación presenta en los niños una mejora casi inmediata ya que facilita a la dopamina su acción y liberando la noradrenalina; lo que produce una mejora en la atención y disminuye la actividad motriz.





## CAUSAS AMBIENTALES

El entorno del niño por si solo no es una variante de causa del TDAH, pero si ejerce una influencia relevante; como lo puede ser el pobre ejercicio de la paternidad, patologías de los padres, estrés social de la familia, entre otros.

Factores psicosociales:

- Las vivencias que producen estrés psíquico, la pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad contribuyen a la aparición o a la persistencia de TDAH.

Actualmente la sociedad, experimenta cambios que pueden en algún momento llegar a intensificar los síntomas de los niños con TDAH, como las recompensas instantáneas que dan los juegos electrónicos, altas tasas de divorcio, y que ambos padres trabajen.

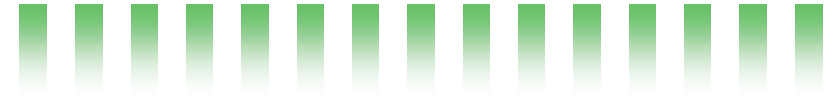


## ¿QUÉ ES LA MEMORIA?

La memoria se asocia con el desarrollo de todas las demás habilidades mentales, la clave del aprendizaje está en la capacidad que tiene el cerebro para convivir una experiencia actual, en un código que se almacena de modo que más adelante, la experiencia pueda ser recordada para beneficio propio y sin esfuerzo consciente.

**Memoria declarativa:** La utilizamos para el aprendizaje, la retención y la recolección de hechos y eventos, esta memoria se adquiere de una manera explícita y consciente es de largo plazo y se caracteriza por: Agrupamiento de datos, amplitud y tiempo



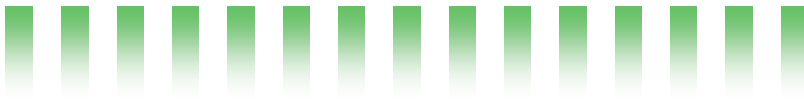


## LAS CARACTERÍSTICAS CENTRALES DEL TDAH SON:

### LA MEMORIA



1. Actividad excesiva e inapropiada con las tareas, está fuera de su asiento constantemente, lo que dificulta el trabajo de otros niños e interrumpe al profesor.
2. Poca atención mantenida, lo que produce bajo rendimiento escolar, su atención es variable depende de las actividades, fácilmente se distrae.
3. Dificultad para inhibir estímulos, esto es la dificultad para retrasar la respuesta a una señal, es decir, no espera su turno, interrumpe constantemente y responde sin analizar lo que se le pregunta.
4. Dificultad para llevarse bien, suele ser impopular con los padres, hermanos y en la escuela suele ocasionar problemas.
5. Bajo rendimiento escolar; debido a su falta de organización, tiene un bajo rendimiento .
6. Baja autoestima, debido a su impopularidad con padres, maestros y compañeros del salón, los niños presentan una sensación de fallar en todo y no hacer nada bien, a pesar de intentarlo.
7. Comorbidad, son trastornos asociados con el TDAH son: trastorno oposicionista-desafiante, trastornos de conducta, trastorno de aprendizaje, ansiedad y depresión.



El tratamiento exclusivamente con medicamentos reditúa en cambios positivos, pero no es suficiente, ya que debemos considerar al niño como una persona completa, integral, con sentimientos, pensamientos, actitudes y capacidades propias y no son sólo un cerebro que necesita estimulantes para funcionar “normalmente”, una de las terapias que mejor han funcionado con niños con TDAH es la terapia cognitiva-conductual.

Hay recordar que nosotros somos los padres, los adultos responsables de su bienestar debemos conservar la calma y moldear así con paciencia la conducta deseada.

## ¿PERO QUE ES PACIENCIA?

La paciencia es la capacidad que posee una persona para tolerar o soportar una situación sin perder la calma, las consecuencias de la pérdida de paciencia van desde brotes de violencia hasta dejarse rendir.



**Estado emocional:** Los procesos de enseñanza-aprendizaje deben ser compatibles con el cerebro; ya que el estrés y el miedo inducen cambios químicos que



pueden inhibir la capacidad para percibir y procesar nueva información. En los niños esto es muy importante.

**Música:** La música puede facilitar el aprendizaje, ya que liga experiencias emocionales e influye el ritmo, el tono, el estado de ánimo y hasta el nivel de energía. Lazlov demostró que la música que tiene entre 60 y 66 compases es la más adecuada para el aprendizaje, se recomienda que tenga música clásica, contemporánea, instrumental y vocal.





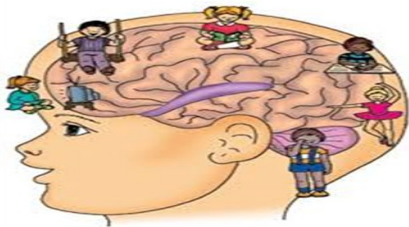
## ¿QUÉ ES EL APRENDIZAJE?

Se considera que el aprendizaje es todo cambio que logramos realizar en nuestra persona, He aquí que los trastornos de aprendizaje son aquellas modificaciones que se dan en el desarrollo regular de un individuo. Cuando un individuo percibe su comportamiento y lo modifica , se puede decir que el individuo ha aprendido.



## ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE

**Conocimiento acerca del cerebro humano.** El cerebro se encuentra en el centro del proceso de aprendizaje, al conocer las fortalezas y debilidades del cerebro podemos hacer un uso más eficiente y aprender más rápido y mejor.



## APRENDER A DAR ORDENES

- Las órdenes no están a discusión de los hijos.
- Una orden no se tiene que gritar, ni tiene que mostrar expresiones de fastidio.
- Las órdenes no se cuestionan.

**NO GRITOS  
NO GOLPES  
NO INSULTOS**

## ¿CÓMO DAR UNA INDICACIÓN?

1. Dar la indicación (tiempo de respuesta 2 minutos)
2. Advertir: repetir la indicación y anticipar la consecuencia (tiempo de respuesta 2 minutos)
3. Aplicar la consecuencia.



Una vez dada la orden no puede ceder ante la demanda del niño, así que **PIENSE BIEN** lo que le va a decir.

En la calle se suele incrementar la conducta inadecuada, así que anticipe las consecuencias, que tendrá si realiza la conducta inadecuada.

## ¿QUÉ SON LOS LÍMITES?

Son reglas que surgen de las tradiciones, usos y costumbres de los grupos sociales que circulan en el inconsciente colectivo con una capacidad notable para condicionar determinadas conductas y formas de relación con la naturaleza y la vida misma.

## LOS LÍMITES SON IMPORTANTES

- Porque se necesita de una vida familiar ordenada (deberes y placeres)
- La disciplina produce hijos y padres felices, jóvenes aceptados por sus padres, compañeros y maestros.
- Porque los límites producen hijos con mejor autoestima
- Porque la sociedad lo requiere (escuela, colegio, trabajo, comunidad)



## PROBLEMAS DE APRENDIZAJE



## CONSIDERACIONES

- Las consecuencias negativas duran únicamente ese día; no podemos marcar consecuencias de más días y mucho menor por semanas.
- Es muy importante enseñar a los hijos que toda conducta conlleva una consecuencia y que ésta puede ser positiva o negativa.
- El condicionamiento no tiene errores; más bien los hijos suelen condicionar a los padres.
- Se tiene que hacer equipo con la pareja y los cuidadores principales del niño.
- Cuando alguno de los que forman nuestro equipo, de una orden usted no podrá intervenir, ni descalificar.

## CARACTERÍSTICAS

1. Son claros y precisos.
2. Se administran los necesarios; es decir todos aquellos que respondan a una necesidad.
3. Deben ser adecuados a la edad y necesidades de las personas.
4. Son siempre positivos como fin de una búsqueda y bienestar del individuo.
5. Deben ser siempre congruentes y consistentes.

## FINALIDAD

1. Crean libertad, responsabilidad y autonomía.
2. Al crear límites se respetan los derechos y necesidades de los demás.
3. Los límites bien llevados y consistentes producen armonía y bienestar "Yo estoy bien, tú estas bien".

Facilitan la comunicación y relación entre las personas.





# TERAPIA COGNITVO-CONDUCTUAL

“... toda conducta adapta o desadaptada, es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje ..



**ECONOMIA DE FICHAS:** La economía de fichas es una técnica que combina diferentes procedimientos del reforzamiento; se trata de que siempre que el niño tenga la conducta deseada tenga una consecuencia positiva, dándole una ficha, con la posibilidad de cambiar cierto número de fichas por un reforzador previamente acordado.

## HORARIO

Conducta	L	M	M	J	V	S	D	Total

**Extinción:** Es dejar de reforzar la conducta que se desea modificar. Ejemplo Si el niño hace berrinche, se ignora, la conducta.



**Tiempo fuera:** Esta técnica consiste en impedir completamente el acceso a cualquier refuerzo; dando le la oportunidad de que se tranquilice y reflexione sobre su conducta inadecuada



**EL REFUERZO:** Es el proceso de aprendizaje, que puede aumentar la posibilidad de la conducta por su asociación con un cambio.

**EL REFORZAMIENTO:** Es el procedimiento mediante el cual las consecuencias producen el aprendizaje de la conducta deseada.

**EL REFORZADOR:** Es el estímulo tangible, que se utiliza para que se produzca la conducta deseada,

## TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Es un conjunto de procedimientos conductuales; que consiste en un conjunto de estrategias que utilizan un refuerzo o castigo, para establecer o incrementar las conductas deseadas y reducir o eliminar las conductas inadecuadas.

En la mayoría de las técnicas se utiliza el reforzamiento, que es sin duda el mejor procedimiento para incrementar y mantener conductas deseadas; en los que se manejan tres aspectos:





**Reforzamiento positivo:** Se presenta cuando una conducta se incrementa ante la presentación de un estímulo agradable como consecuencia de la conducta esperada

### TIPOS DE REFORZADORES POSITIVOS

**Reforzadores primarios o incondicionados:** Este reforzador suele estar condicionado a necesidades básicas del ser humano como la comida o la bebida



**Reforzadores tangibles:** Son objetos materiales que pueden actuar como reforzador primario o secundario.



**Reforzador social:** Son muestras de atención, de aprobación en la realización de la deseada.



**Actividades reforzadoras:** Son aquellas actividades que causa un situación placentera en la persona; y que se pueden ofrecer como recompensa, si realiza la conducta deseada.



**Reforzamiento negativo:** Es la probabilidad de que se repita una conducta al retirar un estímulo aversivo inmediatamente después de haber realizado la conducta.

