

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual habitan millones de niños; su evolución y desarrollo constituye un foco de atención para los investigadores sociales y de manera especial los que se dedican a cuestiones relacionadas con su conducta y el aprendizaje. Sus diversas manifestaciones generan la necesidad de estudiarlos y concebir estrategias de intervención psicológicas para favorecer su crecimiento personal. Las características de los niños en edad escolar exhiben una diversidad que evidencia que su conducta está matizada no sólo por la actividad, la alegría y la inquietud propia de estos años, sino por trastornos de tipo psicopatológicos que se manifiestan.

El trastorno por Déficit de atención con hiperactividad, constituye uno de los más comunes que se experimenta, intentar que un menor con este trastorno pueda realizar un proceso de desarrollo lo más adecuado posible, supone de forma inevitable, hablar del comportamiento de estos niños.

La incidencia a nivel mundial se considera entre 2 y 20 % en alumnos de edad escolar lo cual se traduce que por cada aula de 30 alumnos hay alrededor de 1 a 2 niños con este trastorno dependiendo de la cantidad de varones y hembras.

Michanie C., (2000) expresa que, combinado con un alto coeficiente de inteligencia (CI), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad favorece una alta capacidad creativa y de innovación, estimulando los instintos de experimentación. Esto explicaría que personas en las que coinciden un alto CI y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad rindan notablemente más que la media y se asocien a ideas y conductas que, por significativamente distintas y contradictorias, poseen un alto valor de diferenciación y originalidad. Esto sería aplicable a numerosos personajes de la Historia, entre ellos: Albert Einstein, André Ampere, Benjamin Franklin, Leonardo Da Vinci, entre otros.

.Scahill (2000), por su parte refiere que hay países con prevalencias exageradas de hasta un 17 % en niños pequeños.

Benjamio P, y Mojarro M. (2004), dieron a conocer que los países donde se reporta mayor prevalencia son EEUU, Australia, España.

Biederman J, et al., (2006) da ha conocer que esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60 y el 75% de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta.

Barkley, A., (2007) da ha conocer que trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es un trastorno neuroconductual de origen fundamentalmente genético. Se han demostrado factores de origen hereditario (es decir, heredados, no adquiridos en el curso de la vida) en un 80% de los casos. Diversos estudios demuestran que hay una transmisión familiar del trastorno, que no ocurre por medio de relaciones adoptivas. La contribución estimada de factores no hereditarios a todos los casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad es de sólo un 20%.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se manifiesta en los niños y adolescentes de una manera temporal, aunque en la mayoría de las ocasiones crónica, en relación al medio social en el que éstos se desenvuelven.

En Cuba la enseñanza gratuita y obligatoria prevé la incorporación de los niños a la escuela en forma masiva, lo que condiciona que en este ámbito el estudio de sus manifestaciones conductuales por parte de psiquiatras infantiles, psicólogos, maestros, y psicopedagogos denota problemas que afectan su desarrollo escolar y su desempeño para la vida en sociedad, ellos son los encargados de dar tratamiento farmacológico, desarrollar distintos tipos de terapias, y es la escuela el espacio favorable para incidir directamente en el buen pronóstico en estos alumnos..

Se puede fácilmente deducir que estas manifestaciones de TDAH se originan en los primeros cursos escolares, de ahí que debemos estar muy atentos ante su aparición, para diagnosticar más rápidamente a un niño con TDAH. No terminar las actividades encomendadas por el profesor, levantarse de la silla constantemente, hablar sin parar, no ser muy constante en el juego iniciado, etc., son manifestaciones que suelen aparecer en todos estos alumnos ya desde el período de Educación Infantil.

Algunos de esos alumnos de esa edad tienen síntomas de falta de atención e hiperactividad pero no tienen este trastorno simplemente por descuido y malos manejos de la escuela o de la familia.

El TDAH no desaparece con el crecimiento, más del 50% persisten en el adulto; un tercio tendrá buena evolución con la maduración y al llegar a la adolescencia mejorarán, otro tercio serán adultos con problemas de comportamiento que le dificultaran el buen desarrollo en la sociedad, el último tercio padecerán TDAH comórbido con importantísimas repercusiones personales, familiares y sociales. Desde la edad escolar podemos y debemos intervenir para atenuar el curso desfavorable, ya que un adecuado tratamiento mejorará el pronóstico.

Es importante ofrecer las vías para el manejo de estos niños en el ámbito escolar, social y familiar. Los educadores cuentan con una preparación para su tratamiento de forma general pero resulta evidente la necesidad de ayuda especializada; las madres y padres suelen tratar estos niños a partir de la experiencia educativa familiar, y en ocasiones no reconocen la presencia del trastorno.

La presente problemática se corrobora en la demanda sistemática por parte de los maestros, la psicopedagoga, la familia y el psiquiatra infantil, de vías y métodos para lograr una mejor evolución de estos niños, determinando la autora que existen las siguientes insuficiencias:

- ❖ Problemas de disciplina relacionados con frecuente conversación durante las actividades que interfiere su concentración y la de sus compañeros, se ponen de pie, hablan en voz alta, incluso lo hacen en demasía, no acatan las reglas de organización y responden antes de formularse completamente las preguntas.
- ❖ Dificultad en las relaciones interpersonales con sus coetáneos, los molestan, se meten en asuntos de otros.
- ❖ Insuficiencias en cuanto a la permanencia en la realización de actividades.
- ❖ Falta de atención en clases, dificultad para seguir instrucciones y cumplir con los deberes escolares.
- ❖ Comportamiento hiperactivo y muestras de impulsividad en la realización de diferentes tareas tanto en el hogar como en la escuela.

.Estas insuficiencias motivaron a la autora a buscar solución al siguiente **problema científico**:

¿Como favorecer un comportamiento adecuado de los estudiantes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad a través de una intervención psicoterapéutica?

Para la solución del problema planteado se propone como **objetivo general**:

Elaborar una propuesta de intervención psicoterapéutica para favorecer un comportamiento adecuado de los estudiantes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el centro escolar “José Martí” del consejo popular de Floro Pérez.

Para el logro del objetivo trazado se plantean los siguientes **objetivos específicos**.

1. Realizar un análisis de las diferentes posiciones teórico – metodológicas a tener en cuenta al elaborar una propuesta de intervención psicoterapéutica para favorecer un comportamiento adecuado en los alumnos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
2. Describir el estado inicial del comportamiento de los alumnos que presentan el TDAH.
3. Elaborar una propuesta de intervención psicoterapéutica para favorecer el adecuado comportamiento de los estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En consecuencia, el proceso investigativo se sustenta en la respuesta a las siguientes

Preguntas Científicas:

1. ¿Cuáles son los fundamentos teóricos - metodológicos a tener en cuenta al elaborar una propuesta de intervención psicoterapéutica para favorecer un adecuado comportamiento de los alumnos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad?
2. ¿Cuáles es el estado inicial del comportamiento que presentan los alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del centro escolar José Martí del consejo popular de Floro Pérez?
3. ¿Cómo realizar la intervención psicoterapéutica para favorecer un adecuado comportamiento en los alumnos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad?

Se realizará un estudio de caso múltiple con múltiples unidades de análisis, se triangularán métodos, técnicas, fuentes y concepciones como una de las formas de viabilizar intervención psicológica. Los métodos estarán determinados por el objetivo general de la investigación, se utilizarán por su importancia los siguientes:

Métodos, instrumentos y técnicas.

Análisis – Síntesis: Se realizará un análisis científico que fundamente teóricamente la investigación y a través de la síntesis se determinarán las principales regularidades estableciéndose la relación causa – efecto de la importancia de favorecer el buen comportamiento de estos estudiantes.

Análisis y crítica de fuentes: facilitará el propósito valorativo de los procesos lógicos del pensamiento y asumir posiciones críticas del fenómeno objeto de estudio.

Análisis Histórico – Lógico: Posibilitará estudiar la trayectoria real del problema en el decursar de la historia y relevar las regularidades del fenómeno objeto de estudio.

Sistémico – Estructural – Funcional: Dirigido a investigar de manera sistémica los componentes de la intervención.

Del nivel empírico:

Observación: La observación es una técnica que está presente en todo el proceso evaluativo con el fin de obtener mayor información del grupo. Permite conocer al sujeto en la actividad, pone de relieve sus características y mediante ella se puede precisar, confirmar o poner en dudas resultados obtenidos por otros métodos.

Entrevista: A los maestros, psicopedagoga , padres y niños para profundizar a donde tienen que dirigirse las principales acciones, corroborando lo obtenido en la revisión de documentos y aplicación de las técnicas.

Revisión de documentos: Se revisarán los documentos que consten de evaluaciones anteriores, técnicas aplicadas e historias clínicas familiares para obtener información.

Estadísticas

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos en la investigación, basado en la estadística descriptiva y análisis porcentual.

El **aporte** de esta investigación consiste en la propuesta de una intervención psicoterapéutica desde una posición integrativa a través de recursos y técnicas psicológicas que enfatizan en aspectos dinámicos para favorecer un comportamiento

adecuado en los alumnos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad teniendo en cuenta las características específicas de los mismos.

La tesis se estructura en dos capítulos, en el primero se expondrán los fundamentos teóricos esenciales acerca del TDAH para elaborar la propuesta de intervención psicoterapéutica. En el segundo capítulo se describen las características de la muestra y la propuesta de la intervención psicoterapéutica para favorecer un comportamiento adecuado de los alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

CAPÍTULO 1 ANÁLISIS DE CONCEPCIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS PARA REALIZAR LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN ALUMNOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Introducción

El término personalidad es la expresión psicológica integrada del hombre y sus manifestaciones en las distintas actividades de la vida social y en su implicación en el medio. Su estudio es un elemento central ya que es la expresión más genuina del ser humano como ser social, por su carácter activo y transformador, y por su papel autorregulador y regulador, vista la personalidad en su condición integrada entre lo cognitivo y lo afectivo.

El desarrollo del niño no es espontáneo, en la formación de su personalidad desempeña un papel esencial la educación, a partir de ella aprende a accionar con los objetos, a descubrir sus propiedades y relaciones y desempeña un papel decisivo en la formación de necesidades, sentimientos, emociones, intereses y normas de conducta. El conocimiento de sus características psicológicas y trastornos que incidan en su desarrollo deviene necesidad para una acertada intervención psicoterapéutica.

1.1 Características del niño en la edad escolar

El ingreso del niño a la escuela significa un cambio trascendental en su vida; en ella se enfrenta a un conjunto de nuevas exigencias. La actividad de estudio posee carácter obligatorio y planificado, su desempeño lo coloca en una nueva posición social que genera determinadas características en su sistema de relación con adultos y coetáneos.

Entre los logros fundamentales del desarrollo de la personalidad en esta etapa, están el surgimiento del pensamiento conceptual, el carácter consciente y voluntario de los procesos psíquicos y el surgimiento de intereses vinculados al conocimiento científico de los objetos y fenómenos de la realidad.

La estabilidad de la esfera motivacional y el surgimiento de cualidades morales permiten al escolar un mayor control de su comportamiento. Comienzan a participar en

la regulación de la conducta formaciones psicológicas complejas tales como los ideales y la autovaloración. Se desarrollan los conceptos morales, la comprensión de reglas, la mentira, los accidentes y la justicia.

Mantiene similares características a los niños preescolares aunque la nueva situación social de desarrollo va gestando cambios para la etapa siguiente (edad escolar media).

En esta etapa ya la enseñanza es obligatoria, los niños se incorporan a la organización pioneril la cual juega un importante papel en la formación de algunas cualidades morales de la personalidad, (laboriosos, independientes).

Aparece el estudio como actividad rectora constituyendo un tipo de actividad en la cual la experiencia personal del niño sirve de base y al propio tiempo de comprobación de los conocimientos obtenidos. Comienzan a asimilar los conocimientos y los convierten en conocimientos propios que pueden ser aplicados en las diferentes situaciones de su vida.

El maestro se convierte en la figura principal de su vida (no hay criticidad hacia él. Es el maestro quien organiza la actividad mental de los alumnos teniendo en cuenta las capacidades individuales de sus alumnos. Los impulsa a buscar de forma independiente la solución a los problemas, los enseña hacer conclusiones y generalizaciones.

En la escuela la actividad docente se va convirtiendo en una forma de trabajo colectivo de los niños, para formar en ellos rasgos colectivistas, compañerismo, responsabilidad y aquí un papel fundamental la emulación entre los alumnos del aula.

Se fortalece el papel de la palabra en la diferenciación de las cualidades de los objetos; ampliándose el vocabulario. La perfección continua desarrollándose debido al perfeccionamiento de la observación, es analítica pero aún involuntaria, tratan de descubrir el por qué de las cosas que observan pero lo hacen en dependencia de lo que les llama la atención.

El pensamiento aún es un pensamiento por imágenes aunque la actividad de estudio hace que se comience a desarrollar el pensamiento abstracto debido a la adquisición de nuevos conceptos, contenidos y el procedimiento para operar en ellos.

El escolar menor con menos frecuencia utiliza la acción práctica para resolver tareas cotidianas, ya puede resolverlas mentalmente y esta acción práctica queda como reserva para resolver tareas nuevas, no comunes. EJ: Descomponer la palabra en sílaba, problemas de sumar y restar.

La acción es involuntaria atraída y sostenida por aquellos objetos y fenómenos que satisfacen un interés; el volumen de la acción es limitado, Ej: no pueden observar simultáneamente una lámina y escuchar el relato del profesor.

Comienza la formación de la concepción del mundo, se separa el "yo" del mundo. Aunque aún los criterios en que ésta se basa dados por los criterios que tiene las demás personas de él y no sus propios criterios. La memoria aún es involuntaria ya que se fija y recuerda aquellas cosas que le son más atractivas. Comienzan a formarse los grupos y ya se manifiestan el interés por la reproducción.

Las actividades rectoras son el juego y el estudio, y las mismas generan problemas típicos como inadaptación escolar por el mal manejo familiar y situaciones familiares inadecuadas.

En la esfera psicosexual del escolar de segundo ciclo o púber hay un aumento del volumen del pezón y redondez de muslos y caderas en las hembras y del ancho de espalda e inicio del vello facial en los varones; menstruación (menarquia) en hembras y eyaculación nocturna involuntaria en los varones (inicio de la posibilidad de procreación).

Otras peculiaridades son;

- Las hembras aventajan a los varones en madurez psíquica y física.
- Aparece el interés por el sexo opuesto que se manifiesta en actitudes sexuales específicas y objetivas (feminidad y coquetería) en las hembras y demostraciones de fortaleza física en los varones).
- Desarrollo cognoscitivo: el pensamiento se vuelve más abstracto. Se desarrolla la auto conciencia iniciándose la introspección. Surge el interés por sí mismo, por sus cualidades de personalidad, física e intelectuales, intereses amplios pero aún inestables.
- Se desarrolla la fantasía, el "soñar despierto".

- Cambia el interés hacia "las cosas" (actitud cosista de la infancia), por el interés hacia las personas.
- Formación de los ideales morales (características del "hombre de verdad").
- Desequilibrio emocional. Variaciones en estado de ánimo y en los efectos.
- Necesidad de independencia, disposición crítica hacia los adultos. Comienza a "liberarse" de la familia.
- Búsqueda de amigos por gustos e intereses afines. El compañerismo es la conducta a observar por ellos.
- Aumenta el interés por la valoración del grupo y de los amigos (que sustituye a la valoración de padres y maestros) aumentando la subordinación al grupo y sus pacientes jerárquicos (al jefe, al líder). (Núñez, F., 1987)

1.1.2 Los años escolares: el desarrollo psicosocial. Las teorías evolutivas sobre la edad escolar.

Los niños en edad escolar son notablemente más independientes, más responsables y más capaces que los niños más pequeños. Sigmund Freud describió la tercera infancia como el periodo o carencia, durante el cual los impulsos emocionales están más calmados, las necesidades psicosexuales están reprimidas y los conflictos inconscientes están sumergidos. Por eso, la latencia es "una etapa en la que se adquieren habilidades cognitivas y se asimilan valores culturales a medida que el niño va ampliando su mundo en el que están incluido los maestros, los vecinos, los padres, los líderes de asociaciones y clubes y los entrenadores. La energía sexual sigue fluyendo, pero se canaliza hacia los intereses sociales.

Los teóricos evolutivos influidos por otras teorías, el conductismo y la teoría cognitiva, están preocupados por la adquisición de nuevas habilidades y por la comprensión que tiene el niño de sí mismo. La visión es similar a la teoría psicoanalítica: los niños en edad escolar se enfrentan con los desafíos del mundo exterior con una actitud abierta, una observación aguda y con una confianza en sí mismos que pocos niños pequeños poseen.

La teoría **cognitivo social**, es revelante en al tercera infancia. Progresa el aprendizaje, la cognición y la cultura. Esta teoría se destaca por la combinación de la maduración y la experiencia; ya que permite que los niños en edad escolar sean mucho más coherentes, reflexivos y activos, capaces de entender a sí mismo y de ser efectivos y competentes. Es decir que los niños de 10 años pueden explicar sus emociones, deciden o eligen. Estas acciones influyen para que el niño más grande sea más activo que pasivo en el mundo social.

Las dos teorías emergentes, la teoría sociocultural y la teoría de sistemas epiméticos, también toman en cuenta la nueva independencia de los niños en edad escolar pero van más lejos: al considerar tanto el contexto actual como los factores genéticos, la teoría sociocultural se ocupa no solo de los niños que viven en diferentes lugares del mundo. Ya que ambos niños han sido afectados por influencias familiares y culturales que eran radicalmente diferentes durante la niñez. En consecuencia, son diferentes uno del otro, como lo podía haber anticipado la teoría sociocultural. Por eso los genes dentro de cada persona llevan a la maduración, no solo biológica sino también social.

La especie humana todavía responde a mecanismos genéticos primitivos: niños de 7 a 11 años desarrollan un cuerpo y un cerebro que permite una atención intelectual mayor, racionalidad y fortaleza física, comprensión de sí mismo y de los otros.

Los científicos sociales categorizan las culturas, las sociedades y también a los individuos en dos grupos opuestos: individualista / grupal, independientes / dependientes, autoritarios / orientado hacia los otros, introvertido / extrovertido. Todas las personas y las culturas exitosas deben encontrar un equilibrio y una interdependencia, y ambas fuerzas sociales y autónomas están en juego en todas las sociedades.

Desde el nacimiento hasta los 20 años se puede describir como una progresión desde la dependencia total en la infancia hasta la autodeterminación en la adolescencia. La tercera infancia es el momento en que los niños aprenden todas las habilidades que necesitan como adultos. Haciendo lo que quieren, de un modo egocéntrico y desprendiéndose de la dependencia de sus padres durante la latencia. Se ha descubierto que se produce en armonía, y a partir de la relación con los padres y los

compañeros, no menos en la tercera infancia que en edades anteriores. El desarrollo de los niños en edad escolar depende de los adelantos en la cognición social, es decir, en la comprensión del mundo social. Los niños comienzan a comprender que otras personas están motivadas por sus pensamientos y emociones. Pero la teorización temprana de los preescolares tiende a equivocarse, porque su captación de otros puntos de vista es bastante limitada y frágil. Durante los años escolares, la teoría de la mente evoluciona hasta llegar a una perspectiva compleja y polifacética. Los progresos cognitivos permiten a los niños entender que la conducta humana no es simplemente una respuesta a los pensamientos o deseos concretos. En cambio, ven a la conducta como acciones influidas, al mismo tiempo, por una variedad de necesidades, emociones, relaciones y motivos. Los niños en edad escolar comienzan a evaluarse a sí mismo, comparando todas sus habilidades específicas con las de sus padres.

Los niños examinan su conducta verdadera y dejan de lado la evaluación de sí mismo imaginaria y optimista. Los niños mayores se sienten personalmente responsables por sus defectos y tienden menos a culpar a la suerte o a otras personas. El sistema que más influye en el desarrollo del concepto de sí mismo es el grupo de pares, un conjunto de personas de aproximadamente la misma edad y el mismo estatus social que juegan, trabajan o estudian juntas. La mayoría de los teóricos evolutivos considera que estar con los padres es fundamental durante la niñez. En realidad, algunos psicólogos piensan que los padres son una influencia decisiva durante los años escolares, mucho más importante que los padres en cuanto a la formación de la personalidad y del concepto de sí mismo. El rechazo de los padres es un antecedente de graves problemas posteriores, que incluye la delincuencia juvenil, la depresión y el uso de drogas. Por lo contrario, hasta los niños que son maltratados por sus padres, son más propensos a ser víctimas de sus compañeros, están más protegidos de esa victimización si tiene un amigo. Aquí hay una importante progresión evolutiva.

Los preescolares tienen amigos y aprenden de sus compañeros de juego, pero son más egocéntricos y en consecuencia tienen menos necesidades de amigos. En la tercera infancia, los niños se preocupan de las opiniones y el juicio, empiezan a depender más de los otros, disfrutan de la compañía para la auto validación y para recibir consejos. Una razón de esta dependencia es que las relaciones con los pares,

involucran a compañeros que tienen que aprender a negociar, compartir, asumir un compromiso y defender sus puntos de vista como iguales. Los niños aprenden lecciones de otros niños que los adultos no pueden enseñar.

La conducta que no se responde a las normas morales y exigencias de la sociedad se denomina asocial. A diferencia de la conducta anómala de los niños que está vinculado con la patología, la conducta asocial se debe a una influencia insuficiencias y errores de la educación familiar y escolar, etc.

La ciencia psicológica soviética, que se basa en un profundo estudio de las particularidades de formación de la esfera moral de la personalidad, ha demostrado fehacientemente que la conducta asocial del niño no está determinada por mecanismos congénitos.

Petrovsky, A (1973), al referirse a los llamados **niños difíciles** son niños pedagógicamente descuidados, y la deformación moral de su personalidad es consecuencia de fallos pedagógicos. (Nos referimos no ha niños que sufren desordenes del sistema nervioso ni a niños mentalmente atrasados, sino a los psíquica y físicamente sanos).

El término difícil designa en la práctica a los niños cuya personalidad demora en ser corregida. Entran en esta designación también los desobedientes, caprichosos, tercos, que se resisten ha cumplir las exigencias de los adultos. Una parte de los niños se distinguen por ser traviosos, indisciplinados y groseros. Aclarar las causas reales de semejantes desviaciones, prestar atención a las necesidades e intereses del niño, mostrándose a la ves exigente con él e incorporarlo a formas de actividad colectiva, son los caminos mas aptos para prevenir y superar los caprichos, la terquedad y la desobediencia .Esos alumnos necesitan especialmente ser abordados de forma individual. La labor con ellos implica una organización claramente orientada de su actividad, la educación de su iniciativa, el respeto y la dignidad, que se les otorgue el derecho a ser independientes. Integran un grupo particular los niños cuya conducta se caracteriza por la falta de deseo y habito en un trabajo, o sea, por la pereza. Se hace necesaria una correcta caracterización de los niños en edad escolar para distinguir

entre estas manifestaciones transitorias y un trastorno por déficit de atención e hiperactividad que debe ser tratado psicopedagógica y clínicamente.

1.2 El trastorno de falta de atención

El trastorno de falta de atención significa que el niño tiene períodos de atención escasa o breve y una impulsividad en desacuerdo con su edad, tenga o no tenga hiperactividad. Este trastorno afecta aproximadamente al 5 o al 10 por ciento de los niños en edad escolar y es 10 veces más frecuente en los niños que en las niñas.

Varios indicios de este trastorno suelen descubrirse antes de los 4 años e invariablemente antes de los 7, pero pueden no resultar significativos hasta los años de escuela intermedia. Este trastorno generalmente es hereditario. Investigaciones recientes indican que es causado por anomalías en los neurotransmisores (las sustancias que transmiten los impulsos nerviosos dentro del cerebro). El trastorno de déficit de atención es a menudo potenciado por el entorno familiar o escolar.

El trastorno de déficit de atención consiste básicamente en presentar problemas de atención continua, de concentración y de persistencia en las tareas. Un niño que padece este trastorno puede también ser impulsivo e hiperactivo. Muchos niños con dicha afección que se hallan en edad preescolar son ansiosos, tienen problemas para comunicar y relacionarse y se comportan inadecuadamente.

Durante las últimas etapas de la niñez, estos niños suelen mover las piernas constantemente, agitarse y refregarse las manos, hablar impulsivamente, olvidar las cosas fácilmente y son desorganizados, si bien por lo general no son agresivos. Alrededor del 20 por ciento de los niños con déficit de atención presenta incapacidades en el aprendizaje y cerca del 90 por ciento tienen problemas en sus calificaciones escolares. En aproximadamente el 40 por ciento de los casos, los niños son depresivos, ansiosos y hostiles en el momento de llegar a la adolescencia. Cerca del 60 por ciento de los niños pequeños manifiesta tales problemas en forma de rabieta y la mayoría de los niños de más edad tiene una baja tolerancia a la frustración. Aunque la impulsividad y la hiperactividad tienden a disminuir con la edad, la falta de atención y los síntomas asociados pueden perdurar hasta la edad adulta.

El diagnóstico se basa en la cantidad, frecuencia y gravedad de los síntomas. El diagnóstico es frecuentemente difícil ya que depende del juicio del observador. Además, muchos síntomas no son inherentes sólo a los niños con déficit de atención ya que un niño que no padece esta afección puede presentar uno o más de los síntomas citados.

Los fármacos psicoestimulantes son el tratamiento más efectivo. El tratamiento con fármacos suele combinarse con una terapia de comportamiento realizada por un psicólogo para niños. Frecuentemente se necesitan estructuras, sistemas y técnicas adaptadas a cada circunstancia. Sin embargo, para los niños que no son demasiado agresivos y que provienen de un ambiente familiar estable puede que sea suficiente sólo un tratamiento con fármacos.

El metilfenidato es el fármaco que se prescribe con mayor frecuencia. Se ha demostrado más efectivo que los antidepresivos, la cafeína y otros psicoestimulantes, y causa menos efectos colaterales que la dextroanfetamina. Los efectos colaterales más frecuentes del metilfenidato son las alteraciones del sueño, como el insomnio y la pérdida del apetito; otros efectos pueden ser depresión o tristeza, dolores de cabeza, dolor de estómago e hipertensión arterial. Cuando se ingiere en dosis elevadas durante un período prolongado, el metilfenidato puede retardar el crecimiento. Los niños con déficit de atención generalmente no superan sus dificultades. Los problemas que se manifiestan o persisten en la adolescencia y en la edad adulta comprenden el fracaso en los estudios, poca autoestima, ansiedad, depresión y dificultades para adquirir un comportamiento social apropiado. Las personas que sufren de déficit de atención parecen adaptarse mejor a las situaciones laborales que a las escolares. Cuando el trastorno de déficit de atención no es tratado, el riesgo del abuso de alcohol o de estupefacientes, o el porcentaje de suicidios, pueden ser más elevados que en la población en general.

1.3 La hiperactividad

La hiperactividad se define como un trastorno en el desarrollo de la atención, del control de los impulsos y de la conducta gobernada por reglas, que surge en el desarrollo

temprano, es significativamente crónico y afecta todas las áreas del funcionamiento escolar y social, no se atribuye a retraso mental ni a desórdenes emocionales severos (Barkley, 1986, p.21), se consideró esta definición porque no especifica la existencia de factores neurológicos como causales del trastorno.

En cuanto al significado estricto de la palabra **Hiperquinesia** :, **Hiper es igual exceso** , **quinesia es igual movimiento**, parecería un sinónimo de hiperactividad , sin embargo , Frola (2005) hace una distinción para fines prácticos entre el niño con hiperactividad (aquel que no presenta disfunción neurológica comprobable sino una historia de pautas de crianza inconsistentes e inadecuadas) y el niño con hiperquinesia (aquel que sí le han comprobado disfunción orgánico o tiene antecedentes perinatales significativos de una disfunción cerebral). Las conductas que presentan ambos son muy similares , sin embargo , sutiles diferencias nos permiten diferenciar entre uno y otro concepto , por ejemplo , una de las diferencias conductuales mas relevantes son : en el caso del niño con hiperquinesia (con disfunción neurológica comprobable), la desobediencia patológica que se explica ampliamente en el apartado correspondientes y los antecedentes perinatales patológicos. (Frola. P., 2007).

La hiperactividad es un nivel de actividad y excitación tan alto en un niño que afecta a los padres o a las personas que los cuidan. Generalmente, los niños de dos años son activos y raramente están quietos. También es normal que un niño de cuatro años sea muy activo y que haga mucho ruido. En ambos grupos de edad, esta conducta es normal para esta etapa de desarrollo del niño. Sin embargo, el comportamiento activo es causa frecuente de conflictos entre padres e hijos y puede preocupar a los padres. El nivel en el que la actividad es percibida como hiperactividad depende frecuentemente de la tolerancia de la persona importunada. Aun así, algunos niños son ciertamente más activos y poseen períodos de atención más cortos que lo considerado como normal.

La hiperactividad puede crear problemas en los adultos que vigilan a estos niños. Esta alteración puede tener una variedad de causas, como trastornos emocionales y anormalidades en el funcionamiento cerebral. Por el contrario, puede también ser simplemente una exageración del temperamento normal del niño.

1.3.1 ¿Cómo explicar la hiperactividad infantil?

La hiperactividad a pesar de que se trata de un trastorno frecuente en la infancia, y que hace bastante tiempo es objeto de interés por parte de médicos y psicólogos, no se han identificado de forma precisa los factores que lo originan. Entre las causas posibles investigadas destacan factores biológicos, retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del ambiente del niño. Sin embargo, no hay datos concluyentes que indiquen que cualquiera de estos elementos por separado es el responsable último del trastorno. La opinión más generalizada entre los expertos es que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno sus efectos propios pero en una actuación conjunta. Las alteraciones cerebrales y el retraso mental influyen en la aparición de la hiperactividad, pero no lo hacen de manera exclusiva y determinante. Sus efectos se enmarcan en el contexto de una interacción en la que intervienen conjuntamente con factores psicológicos y ambientales. La influencia del medio ambiente prenatal y las complicaciones surgidas durante el embarazo han sido destacadas como causas relacionadas con los trastornos de conducta infantil. Los niños prematuros, con bajo peso al nacer, que han sufrido anoxia durante el parto o infecciones neonatales, tienen bastantes posibilidades de desarrollar problemas conductuales e hiperactividad. Entre los efectos asociados a las complicaciones surgidas durante el período prenatal y perinatal se incluyen: retraso mental, deficiente crecimiento físico, retraso en el desarrollo motor, dificultades en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje. En cuanto a los factores genéticos se ha visto que un número considerable de padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante su infancia. Las alteraciones psicológicas de los padres influyen en los niveles elevados de actividad motora y déficit de atención observados en los niños hiperactivos. Según los datos de diferentes trabajos, el nivel socioeconómico, la situación familiar y las características del trabajo u ocupación profesional de los padres se relacionan con los problemas de conducta observados en niños y adolescentes.

Los trastornos psiquiátricos de los padres influyen en la aparición de problemas psicológicos en los niños debido a que se alteran negativamente las interacciones entre padres e hijos. Otra línea de investigación sobre la etiología del trastorno se centra en identificar la posible influencia de alteraciones bioquímicas en la aparición de estos

problemas. Aunque no existen datos definitivos, parece que la dopamina y la norepinefrina son las dos monoaminas más claramente relacionadas con el trastorno hiperactivo. Desde hace algunos años se apunta la posibilidad de que la hiperactividad se vea afectada también por factores como el plano ambiental y los componentes de la dieta alimenticia pero no hay pruebas fiables que demuestren una relación causal. (Michanie, C., 2004).

Evaluación de la hiperactividad

Los niños hiperactivos constituyen un grupo muy heterogéneo. No todos presentan las mismas conductas alteradas. No coinciden en su frecuencia e importancia ni en las situaciones o ambientes en los que se muestran hiperactivos. Además, incluso difieren respecto al origen y posibles causas de sus problemas. Así, en la evaluación del niño hiperactivo intervienen varios profesionales, médicos (neurólogo, pediatra, psiquiatra), psicólogos y maestros fundamentalmente buscando un criterio común para la puesta en marcha de la terapéutica a seguir.

La evaluación se concreta en las siguientes áreas:

- ✓ **Estado clínico del niño.** Este aspecto se ocupa de los comportamientos alterados y anomalías psicológicas que presenta actualmente.
- ✓ **Nivel intelectual y rendimiento académico.** Los informes que proporciona el colegio han de referirse a cómo es la conducta del niño y sus calificaciones académicas en el curso actual y cómo han sido en años anteriores. En esta evaluación se tienen en cuenta tanto los aspectos positivos como los negativos.
- ✓ **Factores biológicos.** Se evaluarán mediante un examen físico exhaustivo para detectar posibles signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos que resulten de interés.
- ✓ **Condiciones sociales y familiares.** Se analizan: nivel socioeconómico, comportamientos de los miembros de la familia, clima familiar, relaciones interpersonales, tamaño, calidad y ubicación de la vivienda familiar, normas educativas, disciplina, cumplimiento de normas y horarios, actitudes de los

padres hacia los problemas infantiles, factores o acontecimientos desencadenantes de los conflictos.

- ✓ **Influencia del marco escolar.** La evaluación de este aspecto está justificada por el papel que desempeña la escuela tanto en la detección de las alteraciones infantiles como en el tratamiento posterior.

El interés se centra en dos áreas: factores personales y organización estructural del centro. Respecto a los factores personales, se analizan las actitudes de los maestros cuando los alumnos violan la disciplina o incumplen las normas escolares, así como las pautas de conducta que estos profesionales adoptan cuando han de dirigir las clases; en definitiva, se trata de averiguar si son profesores autoritarios o flexibles. En cuanto a la organización del centro, interesa sobre todo los aspectos materiales y de funcionamiento, así como la ubicación del mismo y su estructura organizativa. Además de los exámenes neurológicos que se apoyan en los datos proporcionados por el electroencefalograma y la cartografía cerebral, así como de la exploración pediátrica que insiste en ensayos de coordinación y persistencia de movimientos, la valoración de la hiperactividad se completa con una evaluación psicológica que tiene varios ejes: información proporcionada por adultos significativos para el niño (padres y profesores), informes del propio niño y observaciones que sobre su conducta realizan otras personas en el medio natural. (Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 2006)

Estudios realizados con niños hiperactivos aportaron una serie de rasgos conductuales o características que estos niños presentan (Velazco Fernández, 1997):

- a) Actividad constante
- b) Irritabilidad
- c) Baja tolerancia a la frustración
- d) Conducta temeraria
- e) Conducta destructiva
- f) Berrinches
- g) Labilidad emocional
- h) Hiperactividad verbal

- i) Lapsos cortos de atención
- j) Bajo rendimiento escolar
- k) Nivel intelectual normal y a veces superiores
- l) Desobediencia patológica (esta característica suele ser determinante pues se asocia con alteraciones neurológicas)

La desobediencia patológica es un tipo de conducta que presentan los niños hiperquinéticos asociados con disfunción neurológica, consiste en desobedecer las reglas o las ordenes del adulto o de la figura de autoridad mas relevante para el niño, pero de una manera significativamente indiscriminada, reincidente y sin el menor intento de evitar los castigos que siguen a esta desobediencia.

A diferencia de los niños hiperactivos que no están asociados a la disfunción neurológica, estos pequeños reinciden en la desobediencia, a pesar del castigo, sea este físico, verbal o de la privación de satisfactores. (Frola, P., 2007).

Los adultos generalmente tratan la **hiperactividad** del niño con regaños y castigos. Sin embargo, esas respuestas suelen ser contraproducentes, acrecentando el nivel de actividad del niño. Puede resultar útil evitar las situaciones en las cuales el niño deba permanecer sentado por largo tiempo, o encontrar una maestra experta en el manejo de niños hiperactivos.

1.4 El trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas más frecuentes en la infancia y adolescencia. En 1865 aparecen los primeros aportes ofrecidos por Hoffman, a quien siguió George Still, en 1902. Still describió en Inglaterra a un grupo de niños que presentaban síntomas de agresividad, hiperactividad, alta emocionalidad y problemas de atención. Desde entonces ha recibido diversas nominaciones, según avanzaba el conocimiento de este trastorno. Entre las más conocidas se encuentran las del tipo de Disfunción (o daño) Cerebral Mínimo, trastorno postencefálico de la conducta, Síndrome Hiperkinético (1950). A principios de los sesenta se dio un paso importante y pasó a denominarse como Síndrome del Niño Hiperactivo, detectándose años más tarde todo lo relacionado con el déficit de Atención.

En el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-III (1980) se cambia el nombre de Reacción Hiperkinética de la Infancia a Trastorno por Déficit de Atención con subgrupos según si se presentaba con o sin Hiperactividad, haciendo hincapié más en la inatención y la impulsividad. Este trastorno pasaría a llamarse definitivamente TDAH a partir del DSM-IV (1994).

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) constituye el principal problema de la salud mental infantil. Como patología tiene un curso crónico alcanza unas cifras de prevalencia similares a la obesidad y al asma, pero la repercusión que el TDAH tiene sobre el desarrollo personal y familiar hacen de este trastorno un hecho único a estudiar en psicología, neuropediatría, psiquiatría infantil, así como en el medio no sanitario. Si bien no disponemos de estudios multicéntricos de prevalencia en las consultas de atención primaria, los datos disponibles, que difieren según la metodología y geografía, oscilan entre el 4 y el 12%. La primera descripción del TDAH se debe al pediatra George Still, en Lancet el año 1902; Still prestaría su nombre a otra patología pediátrica 50 veces menos frecuente que el TDAH: la artritis reumatoide juvenil. (Boletín Pediátrico Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla Y León, 2006).

La Asociación Americana de Psiquiatría, (1994). en el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM- IV), difieren 3 características fundamentales en esta patología: Inatención, Hiperactividad e impulsividad, lo cual debe instalarse antes de los 7 años de edad, debe permanecer durante al menos 6 meses en dos o más ámbitos diferentes, ejemplo escuela / hogar, los síntomas deben ser significativamente como para provocar angustia sobre el paciente y su vida social y no debe existir ninguna otra condición médica general que explique los síntomas. Se describe además 3 subtipos, el TDAH predominantemente inatento, el predominante hiperactivo impulsivo y el combinado. Afecta entre un 5 y un 10% de la población infanto-juvenil, siendo unas tres veces más frecuente en varones, no se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos.

García, A (2003) plantea que el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, afecta la

integración social del niño y su rendimiento escolar.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que se manifiesta en los niños y adolescentes de una manera temporal, aunque en la mayoría de las ocasiones crónica, en relación al medio social en el que éstos se desenvuelven.

Se trata, según García, E. y Á. Magaz (2003) *de una "inadaptación o desajuste al medio social, a causa de la interacción de una característica congénita, denominada Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad, con los sistemas de valores, actitudes y hábitos de comportamiento de los restantes miembros de la familia, escuela o sociedad en general"*

Barkley, A., (2007) da ha conocer que trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es un trastorno neuroconductual de origen fundamentalmente genético. Se han demostrado factores de origen hereditario (es decir, heredados, no adquiridos en el curso de la vida) en un 80% de los casos. Diversos estudios demuestran que hay una transmisión familiar del trastorno, que no ocurre por medio de relaciones adoptivas. La contribución estimada de factores no hereditarios a todos los casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad es de sólo un 20%.

Biederman J, et al., 2006) da ha conocer que esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60 y el 75% de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta.

Michanie C., 2000) expresa que, combinado con un alto coeficiente de inteligencia (CI), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad favorece una alta capacidad creativa y de innovación, estimulando los instintos de experimentación. Esto explicaría que personas en las que coinciden un alto CI y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad rindan notablemente más que la media y se asocien a ideas y conductas que, por significativamente distintas y contradictorias, poseen un alto valor de diferenciación y originalidad. Esto sería aplicable a numerosos personajes de la Historia, entre ellos: Albert Einstein, André Ampere, Benjamin Franklin, Leonardo Da Vinci, entre otros.

Un estudio publicado en el *Proceedings of the National Academy of* sugiere, que comportamientos que hoy en día se consideran inadecuados en las escuelas podrían estar relacionados con una variación del gen DRD4 (alelo 7R), que está fuertemente asociada con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Son comunes al TDAH la mayor frecuencia en el género masculino, si bien la expresividad es menor en el femenino, lo que puede acarrear infradiagnóstico o diagnóstico tardío. Suele ser difícil la separación entre *normalidad* (comportamientos y actitudes que se entienden “normales” a una edad determinada y dejan de serlo a edades posteriores), *déficit* (situaciones que podemos catalogar de anormales pero que tienen trascendencia limitada o escasa debido a su buena adaptación) y *trastorno*, situación con relevancia a nivel de las funciones sociales, académicas-laborales y familiares, ámbitos en los que el TDAH genera sintomatología. Los problemas evolutivos repercuten en determinados aspectos psicológicos y psiquiátricos y, ya sea de manera primaria o secundaria, es muy frecuente la repercusión sobre el rendimiento escolar, sin que se pueda constatar déficit intelectual. Conocer los fundamentos neurobiológicos y neuropsicológicos facilita la aproximación clínica tanto del paciente como de su entorno familiar. Los comportamientos más frecuentes (especialmente desde la etapa escolar) están dentro de tres categorías: falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

La impulsividad puede hacer que les sea difícil esperar pocas cosas que quieren o esperar su turno durante los juegos. Bajo nuestra perspectiva conviene evaluar la conducta del niño con un criterio madurativo, según su desarrollo. En la *etapa escolar* (6-12 años) predominan los síntomas nucleares de inatención, hiperactividad e impulsividad, que pueden manifestarse de manera menos evidente si existen problemas de aprendizaje o comorbilidad. La *etapa preescolar* (0- 5 años) puede referirse como marcada por impulsividad, poca persistencia en el juego, impaciencia o insistencia, pueden haberse accidentado más y su desarrollo motor haber sido más precoz, con alto nivel de actividad y búsqueda de la atención.

La *adolescencia* (y aquí nos referimos fundamentalmente a los pacientes con TDAH no tratados) es una etapa de mayor conflicto con los adultos y de conductas de riesgo

(abuso de tóxicos y actividad sexual precoz), en la que suele aminorarse la hiperactividad, persistiendo la impulsividad y la inatención (“hiperactivos hipoactivos”). Es más probable que sufran sanciones y expulsiones escolares, con posibilidad de abandono de los estudios y que tengan más embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Cuando disponen de vehículo suelen accidentarse más.

En la bibliografía consultada se plantea que el TDAH es de base biológico, con un carácter hereditario para el mayor porcentaje de los casos y de forma adquirida debido a un sufrimiento prenatal, peri natal o postnatal para el menor porcentaje, donde se considera estar involucrados los neurotransmisores principalmente la dopamina. Se plantea además que un niño puede presentar 2 o más trastornos simultáneos sin que exista relación causal entre ellos y a esto se le denomina comorbilidad. Las comorbilidades del déficit atención ocupan hoy en día una relevante importancia, ya que superan el 50 % de los casos, siendo las asociaciones más frecuentes: los trastornos del aprendizaje, los trastornos de conducta, los cuadros depresivos, los cuadros de ansiedad, los tics crónicos, entre otros. (Scander R. 2001).

Desde el punto de vista clínico, los niños que presentan comorbilidad revisten mayor gravedad y más aun en la medida en que se ven afectadas en mayor extensión e intensidad las distintas esferas de su vida. Es importante señalar que cuando el porcentaje con TDAH se halla asociado con otro trastorno, el tratamiento de cura de ellos no induce la remisión automática del otro. Es por ello que muchos de los niños con esta enfermedad, se mantiene con persistencia de sus manifestaciones a pesar de la terapéutica, por estas razones estos pacientes requieren una mayor complejidad terapéutica, que en el TDAH no comórbido y necesariamente un abordaje cauteloso y múltiple. (Scander R., 2004).

Se considera que la importancia de un estudio epidemiológico es indudable, sola a través de ellos es posible ir más allá de las impresiones clínicas y conocer objetivamente la forma en que un determinado trastorno se presenta en una población dada. Por otra parte, estos datos son importantes a la hora de planificar medidas asistenciales adecuadas y para evaluar con bases firmes, la necesidad de una capacitación específica por partes de los involucrados a un problema determinado. (Scander R., 2003).

Al analizar la existencia del TDAH se pueden apreciar grandes diferencias en cuanto al sexo, esto parte de la expresión sintomatológicas de niños y niñas, la cual es distinta, las niñas presentan menos problemas agresivos de sobre actividad a diferencia de los varones, por lo que ellos son más fácilmente percibidos por padres y profesores, lo cual conduce a un infradiagnóstico en el sexo femenino, en otras palabras, el trastorno preocupa más cuando lo presenta un varón. Este fenómeno fue analizado en la conferencia sobre diferencia de géneros del TDAH en el Instituto Nacional de Salud en los Estados Unidos en el 2003, donde se evaluó que por diversos factores se puede estar subestimado el porcentaje de TDAH en el sexo femenino. Costo F, Carbonell DJ. (2003).

La mayoría de los autores plantea que una de sus causas de TDAH es hereditarias y se ha señalado también una mayor prevalencia de los trastornos neuróticos, las sociopatías y el alcoholismo en los familiares de niños estudiados, además los hijos de padres con un TDAH tiene hasta un 50 % de probabilidades de sufrir el mismo problema. Castroviejo I. (1999), Jensen P, Martin Contruell D. (1997).

Es importante señalar la influencia de las noxas prenatales, perinatales y postnatales en la aparición de cuadros disruptivos y otros lesiones del sistema nervioso central (SNC), especialmente los perinatales, clasificados como asfícticos, ya que conllevan a una alteración en el funcionamiento del eje corteza – tálamo – cerebelo, por lo que es necesario conocerlos para enfocar estos resultados hacia la labor preventiva en la aparición del TDAH. Castroviejo I. (1999) García M. Magos A. (2001).

Hoy en día se considera el TDAH como una entidad de base biológica y es por ello que poca atención se ha dispersado, en las investigaciones a los patrones interacción familiar, olvidándose que además de la sicopatología paterna y el diagnóstico temprano, la conflictividad familiar y la adaptabilidad entre sus miembros, son predictores evolutivos que influyen en la aparición de comorbilidades

Se ha demostrado que el ambiente familiar modula el cortejo sintomatológico de dicha patología, es decir si la funcionabilidad es favorable, deben presentarse menos cuadros de ansiedad, depresión conductuales y viceversa, como plantea Servera en su estudio epidemiológico en España en el 2003, y Camejo en Colombia, 2003. Por tanto queda demostrado que para el manejo de esta entidad es necesario un enfoque integral que

tome en cuenta al alumno con sus individualidades y el contexto social en el cual vive y este no es otro que modelo biopsicosocial como único camino a transitar para ayudar a estas familias que llevan en su seno infantes con este trastorno. García M, Nicolau R. (2004).

Con gran frecuencia el trastorno por déficit de atención con hiperquinesia presenta otras patologías asociadas, se recogen en la literatura que estas comorbilidades superan hoy en día el 50 % de los casos, tanto es así que muchos investigadores se han llegado a cuestionar la existencia “pura” de esta afección, por lo que tener en cuenta esta realidad clínica, es de suma importancia, no solo para el tratamiento farmacológico, sino también para la intervención psicosocial. Diaz J. (2006).

Los trastornos específicos del aprendizaje constituyen una de las patologías más asociadas al TDAH, prácticamente todas las áreas académicas se ven afectadas (aritmética, lecto – escritura, lenguaje, etc). Esto se explica por el simple hecho de que los niños con TDAH utilizan estrategias memorísticas pobres, como señala Michanbaun (referido por Menéndez Benavente) existe además un déficit cognitivo en cuanto a la resolución de problemas y en las autoinstrucciones adecuadas para controlar la acción. Numerosas investigaciones han demostrado que los niños con TDAH tienen un rendimiento escolar más deficiente, mayores repeticiones de cursos, más clases especializadas y más discapacidades específicas de la enseñanza, pero no necesariamente incluyentes dentro del TDAH es decir aparecen como comorbilidades. Al parecer los trastornos específicos del aprendizaje y el TDAH parecen características netamente diferentes si están aislados, pero muestran particularidades de los dos trastornos si coexisten. Dencilo S. Disulcular: (2001).

El **diagnóstico diferencial** debe considerar las *variaciones evolutivas* de acuerdo a la edad del niño (debe descartarse principalmente retraso mental o límite, así como trastornos del aprendizaje), las *características sociales particulares* (secuela de abuso o abandono, estimulación insuficiente o sobreestimulación excesiva, medio socio-familiar desfavorable), *problemas pediátricos* (defectos auditivos o visuales, que cada vez serán menos frecuentes tras el screening universal, determinados tipos de epilepsia, trastornos del sueño, especialmente hipertrofia adenoidea moderada, secuelas de

traumas craneales, cefaleas, anemia, hipo-hipertiroidismo, alteraciones genéticas como frágil-X, s. Turner, s. Williams, también la hiperactividad inducida por sustancias exógenas o fármacos como la intoxicación por plomo, las benzodiazepinas, el fenobarbital, la teofilina) y *problemas psiquiátricos* (ansiedad, depresión y trastorno bipolar, trastornos generalizados del desarrollo, especialmente el síndrome de Asperger en escolares, y trastorno negativista desafiante sin TDAH, que en adolescentes puede considerarse erróneamente como conducta relacionada con la edad). (M. Fernández, y M.. López, 2006)

1.4.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TDAH (A).A. 1 ó 2

1) Seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

Falta de atención

- a) Con frecuencia no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas o actividades.
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en las tareas o las actividades lúdicas.
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares o sus obligaciones (sin que se deba a comportamiento opositor o a incapacidad para entender las instrucciones).
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) Con frecuencia evita las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (deberes del colectivo u obligaciones domésticas), manifiesta disgusto por ellas o es reacio a hacerlas.
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (lápices, libros, juguetes).
- h) Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos externos.
- i) Con frecuencia se muestra olvidadizo en las actividades cotidianas.

2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad impulsividad han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

Hiperactividad

- a) Con frecuencia mueve las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia abandona su asiento en el aula o en otras situaciones donde se espera que esté sentado.
- c) Con frecuencia corre o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes se puede limitar a sentimientos subjetivos de agitación).
- d) Con frecuencia tiene dificultades para jugar o realizar actividades recreativas de forma silenciosa.
- e) Con frecuencia está activo o suele actuar como “impulsado por un motor”.
- f) Con frecuencia habla de forma excesiva.

Impulsividad

- g) Con frecuencia deja escapar respuestas antes de que hayan finalizado las preguntas.
- h) Con frecuencia tiene dificultades para esperar el turno.
- i) Con frecuencia interrumpe o molesta a otras personas (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).(García, A, 2003)

Teniendo en cuenta estas manifestaciones y las características individuales de los niños que las presentan debe proyectarse una intervención psicoterapéutica grupal con proyección individual.

1.5 Concepciones teóricas sobre Psicoterapia. Psicoterapia grupal.

La diversidad de enfoques y corrientes del pensamiento psicológico condiciona en gran medida el surgimiento de diversos modelos psicoterapéuticos. Son múltiples los conceptos desde los cuales se ha intentado definir el ejercicio profesional de la psicoterapia utilizando categorías procedentes de distintos modelos de la psicología, tales como: la catarsis desde la óptica analítica, el modelado desde el aprendizaje

social, o la autenticidad desde un modelo fenomenológico han pretendido todos, dar respuesta, desde diferentes ángulos conceptuales, a lo que existe en un ser concreto único: el individuo humano. Colectivo de autores 2004

Esto último ha llevado a la reflexión acerca de si lo que existe son diferentes formas de psicoterapia o de si lo realmente existente es una psicoterapia con diferentes enfoques. Más allá de conceptos, hay acciones y actitudes profesionales que de una u otra forma, con una u otra nominalización, se realizan desde cualquier modelo interventivo:

- ❖ Aceptar a una persona tal y cómo es sin censurar su comportamiento.
- ❖ Ser capaz de comprender las razones y los dinamismos que han llevado a un individuo a ser quién es en la actualidad.
- ❖ Crear un espacio seguro donde el individuo puede, sin tener temor, expresar todas sus emociones, miedos y ansiedades.
- ❖ Recibir ayuda o asesoría sobre otras formas alternativas de enfrentar problemáticas.
- ❖ Ser reconocido y respetado en tanto ser humano valioso, único e irrepetible.

Todas estas actitudes y acciones, de una u otra manera, acorde a la tendencia general de determinada escuela o corriente del pensamiento psicológico comparten casi todas las escuelas del quehacer psicoterapéutico. De aquí que aún tenga vigencia la afirmación ya casi centenaria de Witmer de que “En la práctica real, las divergencias de los diversos marcos teóricos de referencia pierdan gran parte de su significado”. Guzmán, J.

La proliferación de diversos marcos teóricos y conceptuales en psicoterapia ha sido, una necesidad histórica condicionada por la necesidad de tratar de abordar la experiencia humana que se expresa como una realidad multivariada y multidimensional. La integración, el empleo de diversas estrategias, en el ejercicio de la psicoterapia es algo necesario y realizable. Esta integración debe tener como premisa, el dominio de cierto marco teórico conceptual previo que incluya una visión de lo que significa hacer psicoterapia, sus objetivos, del hombre y de la personalidad. Zaldivar, D, 1995 .

La posibilidad de seleccionar y utilizar de manera combinada y coherente los diversos

recursos y estrategias que el desarrollo de los diversos enfoques en psicoterapia ponen a disposición de los terapeutas, constituye sin dudas una vía para incrementar la eficiencia de la labor terapéutica. Esto implica también una mayor responsabilidad, comprometerse en el ejercicio de una práctica cuya premisa sea la sistemática y rigurosa evaluación de los resultados y efectividad de la orientación adoptada, de lo apropiado de los conceptos y estrategias empleadas; así como de su pertinencia desde el punto de vista ético, profesional. Colectivo de autores 2004.

La psicoterapia grupal constituye una alternativa de tratamiento psicoterapéutico en la cual el propio grupo sirve como instrumento para el cambio. Entre las ventajas de la terapia grupal podemos señalar:

- ❖ Su disponibilidad al trabajo con un elevado número de pacientes
- ❖ Su rentabilidad en términos de costo
- ❖ Su cercanía a los entornos naturales donde el sujeto de desenvuelve.

En los grupos terapéuticos un elemento importante es el apoyo que el individuo recibe de los otros miembros del grupo y también la riqueza de los feed-backs que en él se van produciendo, lo que permite tomar conciencia de cómo los demás lo perciben, motivándolo a su vez a aclarar sus dificultades relacionales, todo esto en un ambiente donde, el sujeto puede exponerse y correr los riesgos implícitos de la autoexploración y auto apertura. Al igual que en otros grupos que buscan el cambio en sus integrantes, los sujetos pueden ensayar y poner en práctica nuevas actitudes, nuevos comportamientos en un ambiente protegido, de cierta seguridad psicológica y de colaboración, el grupo es el medio propicio para que se produzcan y expresen los mecanismos que se requieren en un proceso de evolución y cambio.

El grupo es un agente del cambio terapéutico donde cada paciente actúa como coterapeuta. La expresión física de sentimientos y percepciones respecto a uno mismo, las interacciones con los otros compañeros y el terapeuta, el apoyo mutuo y la retroalimentación que se puede recibir de los demás constituyen de este modo, el núcleo de la psicoterapia grupal. Yalom considera que la cohesión grupal y el aprendizaje interpersonal constituyen los dos factores curativos más importantes en la terapia grupal, asociadas a la efectividad del tratamiento. Yalom, I 1986

Los **recursos terapéuticos** frecuentemente utilizados en este tratamiento, son:

Apoyo: El terapeuta emite mensajes que resultan de reafirmación para el paciente que se encuentra en una situación difícil; coopera a la seguridad de sí mismo, a que se sienta capaz y a que actúe acorde con esto.

Persuasión: Utilización de argumentos lógicos, que llevan a un cambio de actitud de los pacientes.

Tareas: Acciones que deben realizar una vez terminado el grupo, con la finalidad de mejorar su funcionamiento. Son controladas por la presión del grupo.

Clarificación: El terapeuta resalta lo esencial de la comunicación. Conduce a los pacientes a lo más importante de la situación y facilita el Insight.

Insight: Consiste en que los pacientes hagan concientes lo que le está ocurriendo, es decir, que tengan conciencia de su problema y trabajen para superarlo.

Confrontación: Permite focalizar el problema y enfrentar a los pacientes con su realidad. Hace posible que se hagan más concientes de su problemática. En el grupo, todos los que tienen problemas similares o no, se van haciendo capaces de pensar más seriamente en lo que les está pasando.

Reetiquetación: Se hace evidente que el rol que se les asignó y que siempre han desempeñado, no les corresponde y hace posible que asuman el rol real.

Modelaje: Se ejemplifica un comportamiento que deseamos que imiten.

Afirmación: Se les demuestra que son capaces y que pueden. Les permite hacer frente a la vida con optimismo y seguridad. Se hacen asertivos.

Información: Transmisión de nuevos conocimientos, necesarios al grupo. Permite precisar criterios erróneos.

Condicionamiento operante: Es el resultado de una conducta que se refuerza. Se establece un reflejo que facilita la eliminación de un síntoma.

Juego de roles: Puede manejarse con el propósito de modelaje o con el objetivo de evidenciar conductas inadecuadas e impropias.

Técnicas participativas: Se realizan mediante actividades agradables, que refuerzan la

unificación del grupo, ya que todos se incorporan a ellas; estimulan la creatividad. Se evidencian conflictos y permiten modelar conductas. Hacen posible que unidos logren mejores soluciones.

Juego: Puede ser tradicional o creado por iniciativa del grupo. Permite la descarga de ansiedad que se acumula durante la psicoterapia verbal; mejora la socialización, estimula el desarrollo de habilidades, la creatividad y la iniciativa. Permite al terapeuta enfrentarlos con sus mecanismos y propiciar soluciones adecuadas a sus conflictos.

Técnicas vivenciales: Favorecen la comunicación. Tratan acerca de la adquisición de capacidades, habilidades y aptitudes. Buscan desarrollar en sus miembros el sentimiento del "nosotros", ayudarlo a superar problemas personales, vencer inhibiciones, superar tensiones, crear sentimientos de seguridad y desarrollar capacidades de cooperación, intercambio, autonomía, creación y responsabilidad.

Unas de las técnicas psicoterapéuticas grupales que se utilizan con niños de la edad escolar es el círculo mágico(CM) .

¿Qué es el círculo mágico?

El círculo mágico (CM) es una estrategia de intervención psicológica que se utiliza para tratar problemas de comportamiento a partir de la hiperactividad y los problemas de atención y socializar estas situaciones dentro de un grupo, eliminar problemas de negativismo en la realización de tareas y problemas de atención en la realización de actividades, con el fin de generar alternativas de solución por parte de los miembros de un grupo, promoviendo actitudes de tolerancia, respeto y aceptación.

El trabajo cotidiano en las escuelas permite observar los modelos de comportamientos, las actitudes y las resistencias al cambio en los estudiantes y el círculo mágico se utiliza como una alternativa de solución a estos problemas. Flora ,P, 2007.

CAPÍTULO II PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UN GRUPO DE ALUMNOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD QUE PRESENTAN COMPORTAMIENTOS INADECUADOS EN EL CENTRO ESCOLAR “JOSÉ MARTÍ” DEL CONSEJO POPULAR DE FLORO PÉREZ.

2.1 Estado inicial de la muestra seleccionada.

Se parte de un estudio realizado por los maestros y la psicopedagoga del centro escolar José Martí de Floro Pérez con el objetivo de caracterizar a los 12 alumnos con TDAH diagnosticados en la consulta de psiquiatría infantil de octubre del 2007 hasta junio del 2008. (Ver anexo 1)

Es significativo expresar que los maestros y la psicopedagoga del centro escolar que trabajan con estos 12 alumnos manifiestan que han trabajado para lograr modificar el comportamiento de estos alumnos con TDAH , pero que aún existen problemas que hay que resolver. Las madres manifestaron que el tratamiento farmacológico indicado por el psiquiatra infantil no habían logrado efectos. En los alumnos se mostraron problemas de comportamientos y algunas de estas manifestaciones son: indisciplinas en clases , falta de respeto , agresiones a sus compañeros de estudios, no realizan las tareas escolares , no terminan las actividades orientadas por el maestro y desobediencia a las normas impuestas por sus padres.(Ver anexo2)

La evaluación de los alumnos, la revisión de documentos, entrevista y observación demostró la presencia de problemas en el aprendizaje y otros comorbilidades relacionadas con el TDAH (Trastornos de ansiedad ,trastornos de conducta) (Ver anexo 3) pero lo más relevante fueron las situaciones comportamentales encontradas en cada uno de ellos como se mencionan anteriormente.

Concluyendo que:

- El trabajo desarrollado por los maestros y psicopedagogos aún resultan insuficientes pues se dan diversas situaciones comportamentales en estos alumnos con TDAH.
- Los métodos educativos de la familia resultan inadecuados e influyen como

reforzador del cuadro clínico y en la aparición de comorbilidades relacionadas con el TDAH.

- El tratamiento de orientación psicológica, biomédico y psicopedagógico no solucionan parte de la sintomatología de escolares con TDAH.

Lo anterior corrobora la necesidad de elaborar una intervención psicoterapéutica basada en el trabajo grupal, para favorecer a través de la influencia dinámica el adecuado comportamiento de los escolares con TDAH

2.2 Metodología

A partir de las conclusiones del estudio realizado por los maestros y la psicopedagoga, se realiza la propuesta de intervención psicoterapéutica en función de favorecer al adecuado comportamiento de los alumnos diagnosticados con TDAH atendiendo a las situaciones problemáticas encontradas en estos estudiantes en el centro escolar “José Martí” de Floro Pérez .

De los alumnos diagnosticados con TDAH en el período de octubre del 2007 hasta junio del 2008 se seleccionarán las que formarán parte del grupo a partir de los siguientes criterios de inclusión:

- ❖ Alumnos sin problemas de salud mental.
- ❖ Consentimiento de los padres para participar en la terapia y compromiso de los mismos a que asistan a toda las sesiones de trabajo.
- ❖ Voluntariedad de los alumnos a participar.

La muestra quedó constituida por 12 alumnos, en las edades entre 6 y 10 años que conformarán un grupo pequeño y cerrado. Se excluyó 1 alumno con retraso mental moderado ya que no puede cumplir con las actividades a realizar en el Círculo Mágico (CM) y por no cumplir con el criterio de salud mental y 1 que los padres no dieron su consentimiento para asistir a la terapia.

La propuesta de intervención se divide en 6 sesiones de trabajo, tendrán una duración de 1 hora y 20 minutos aproximadamente y sesionarán la sala de juegos del centro escolar “José Martí” de Floro Pérez..

El acceso al campo fue mediante el trabajo realizado por los maestros y

psicopedagoga del centro escolar “José Martí” de Floro Pérez, se obtuvo el consentimiento de las madres y padres en una reunión realizada en el centro. La información se obtuvo a través de la revisión de documentos y entrevista a la directora y la psicopedagoga quienes han trabajado con estos estudiantes que motivaron a la elaboración de la propuesta de intervención psicoterapéutica.

Las maestras y las psicopedagogas propondrán a los padres que asistan a la consulta de psiquiatría infantil con previa coordinación con el centro para realizar un segundo momento diagnóstico después de aplicada la propuesta de intervención donde se apliquen los instrumentos que le antecedieron y se triangulen técnicas e instrumentos, se realice el análisis de los resultados de cada sesión a través técnicas participativas de cierre y observación participante para validar la propuesta.

2.3 Proceso Terapéutico:

La terapia grupal en la que se basa esta intervención psicoterapéutica es el Círculo Mágico. (Ver anexo4)

Sesión 1

Objetivo: Presentación de los participantes y establecimiento del contrato para la aplicación del Círculo Mágico. .

Recursos terapéuticos: Apoyo, clarificación, insight, confrontación, afirmación y técnicas participativas.

Acciones:

1. Ejercicio de presentación.

Técnica a aplicar: La pelota.

El coordinador propone iniciar con la presentación del grupo para facilitar la integración grupal y que los miembros del grupo se conozcan. El coordinador tendrá una pelota en su mano y se la pasará a un miembro de grupo el mismo deberá decir su nombre y apellidos, edad y grado que cursa y sus principales características personales y sueños a alcanzar. El coordinador(a) será el primero en modelar el ejercicio.

2. Establecimiento del contrato

Objetivo: Establecer las reglas que debe cumplir el grupo.

El coordinador(a) en convenio con el grupo, establece las condiciones de trabajo durante el proceso terapéutico. Informará al grupo de:

_ Cantidad de sesiones y duración: Se desarrollarán 6 sesiones de 1h y 20 min aproximadamente.

_ Lugar y hora de llegada: El coordinador (a) hará la propuesta para desarrollarla en la sala de juego en consulta con los estudiantes.

_ Funcionamiento del grupo: Se hará mención a la asistencia, puntualidad, cumplimiento de las orientaciones y establecimiento de relaciones positivas y respetuosas.

_ Conocimiento de las reglas de oro que deben cumplir en el grupo:

a) Siempre encontraremos una o varias alternativas. Siempre se encontrarán varias soluciones para resolver la situación planteada del mismo, estas serán propuestas por los alumnos participantes, se pondrán en marcha lo más pronto posible.

b) Todos tendremos que expresar nuestras ideas libremente y respetaremos la de los demás. Todos pueden expresar lo que piensan lo que sienten, tendrán respeto de todos y nadie se va a burlar de las ideas por diferentes que parezcan. Si una propuesta no da resultado se pondrá en práctica otra de las que anotaron durante la sesión.

c) El alumno en cuestión siempre estará bien atento a todas las actividades.

d) Si una propuesta no funciona tomaremos otra. La actitud predominante será de conciliación, de tolerancia, de corresponsabilidad ante la situación.

3.- Cierre de la sesión.

Técnica: Diga con una palabra

Objetivo: Conocer el criterio del grupo acerca de la terapia a realizar, cada alumno resumirá en una palabra su valoración acerca del desarrollo de la sesión y del beneficio que lograrán con la misma.

Para el cierre de la sesión el coordinador realizará un breve resumen de los principales aspectos tratados, informará el objetivo de la sesión 2 relacionado con la catarsis que sirve para liberar emociones negativas relacionadas con los comportamientos inadecuados y puntualizará la fecha, hora y lugar del encuentro.

Sesión 2: La catarsis.

Objetivo: Abordar la expresión catártica del estrés, ansiedad, enojo, que les está generando los problemas de comportamiento, hiperactividad y la falta de atención que daña su desempeño.

Recursos terapéuticos: Apoyo, clarificación, insight, confrontación, afirmación y técnicas participativas.

Acciones:

Técnica de caldeamiento.

Objetivos:

- Propiciar la integración del grupo.
- Crear un clima favorable para iniciar las actividades

Se aplicará la técnica: **Recuerdo o castigo**. Se le solicita a un alumno que pase al centro del grupo y recuerde cual fue el mayor sueño que expuso uno de los miembros del grupo, si acierta, el otro ocupa su lugar, si no lo recuerda o se equivoca recibe un castigo impuesto por el grupo.

Una vez que los niños han sido convocados para jugar al CM para buscar solución a estas situaciones que a todos les está afectando, se les indicará que comenten sus experiencias y situaciones a manera de lluvia de ideas, levantando la mano, es decir, se les motiva a expresar las cosas inadecuadas que ha hecho el compañero en cuestión.

En esta parte algunos niños aumentan la gravedad de las situaciones indeseables que ha tenido su compañeros, algunos las inventan, no es relevante, no se exhibirá al alumno que miente o que exagera, ya que la catarsis implica sacar ansiedad no necesariamente a partir de hechos reales sino simbólicos, o representativos ente los alumnos.

Se toma nota de algunas expresiones de los alumnos sobre lo que hace su compañero, para después utilizarlas en la sesión de desensibilización.

Consigna: Vamos a expresar aquellas cosas que mi compañero ha hecho, lo que no es adecuado de su comportamiento, lo que les ha hecho en alguna ocasión .Se toma nota de las expresiones ya que serán útil pera la próxima sesión que es la hipótesis que se dedica a pensar en posibles causas que está generando el comportamiento de su compañero.

Ejercicio de cierre:

Actividad: La tienda de la amistad

Objetivo: Reflexionar acerca de los atributos que el alumno posee y los que requiere mejorar o incrementar .

Materiales: Hoja , materiales representando las mercancías con las etiquetas correspondientes(gritar menos , ser más paciente, esperar tu turno, saludar al llegar , amabilidad, etc) , en cajas o recipientes para elegir y “adquirir” tales atributos.

Procedimiento:

1. Cada alumno será invitado a recorrer la tienda y poner en su canasta lo que considere necesario adquirir.
2. Como apoyo, se utilizan las hojas con la lista de productos que pueden llevar.
3. Se les pide que especifiquen la cantidad de piezas que requieren para mejorar su imagen y relaciones interpersonales.
4. Al terminar se les pide que comenten en pares lo que cada quien compró.

Consigna: Vamos a jugar a la tienda de la amistad, vamos a pensar lo que cada uno podría adquirir para mejorar la forma de relacionarnos con los demás, yo voy a iniciar la canasta, voy a llevar un paquete de simpatía, dos de serenidad, tres de paciencia, 5 de hablar bajito, dos de esfuerzo para estudiar etc., y así cada quien debe pensar que le servirá mejor. Al final en parejas van a comentar lo que eligieron y por qué.

Evaluación: Se invita a cada niño a expresar por escrito por que eligió tales productos y para que le van a servir.

Sesión 3: La hipótesis.

Objetivo: Lograr que el grupo haga el cuestionamiento y el análisis, y establezcan algunas hipótesis del porqué su compañero se comporta de esa manera.

Recursos terapéuticos: Apoyo, clarificación, insight, confrontación, afirmación y técnicas participativas.

Técnica: “El marciano”

Objetivo:

_Conocer acerca del conocimiento que tienen los estudiantes sobre las normas de comportamiento.

El coordinador (a) les pide a los estudiantes que se sienten en círculo. Una vez todos ubicados, comienza diciendo: Imaginemos que hay un marciano que es un científico renombrado en su planeta y es especialista en hablar de cómo deben comportarse los alumnos. Este marciano quiere saber cómo es el conocimiento de ustedes acerca del tema aquí en La Tierra, de manera que no se sepa su presencia viene a nuestro planeta. Llega y se asoma por la ventana. ¿Qué oíría este marciano?

Una vez terminado el relato, el coordinador (a) comienza una ronda donde cada uno describe que vería el marciano.

El debate que sigue a continuación debe centrarse en los aspectos comunes que se reflejan en lo que cada uno dice lo que escucharía el marciano, a continuación se debate lo que hay de diferente. El coordinador debe estar atento a concentrar la discusión en las ideas que tienen los alumnos acerca de los patrones de comportamiento y que el grupo llegue a conclusiones de cuales son correctas y cuales no.

Consigna: Preguntar ¿por qué motivo su compañero se esta comportando de esta manera?, ¿a qué se deberá? , luego se escuchan todas las hipótesis que plantean los alumnos, el coordinador va guiando las hipótesis hacia el hecho de que su compañero no siempre es así y debe haber causas relacionadas que alimentan en su compañero estos malos comportamientos.

Ejercicio de cierre .

Técnica PNI (Positivo, Negativo e Interesante). Cada alumno dirá lo positivo, lo negativo y lo interesante de lo desarrollado en la sesión.

Sesión 4: La desensibilizacion

Objetivos: Aceptar que los comportamientos indeseables que tanto molestan de sus compañero son muy parecidas a las que todos en un momento podemos presentar, logrando esto a partir de recordar anécdotas donde ellos han presentado conductas tan o más indeseables, como las de él.

Recursos terapéuticos: Apoyo, clarificación, insight, confrontación, afirmación y técnicas participativas.

Esta etapa es crucial para que el grupo deje de reforzar y alimentar estos problemas comportamentales tanto en ellos como en el compañero que esta siendo analizado, al bajar la graduación de las mismas, y ponerlas al nivel de comportamientos similares a las que algunos de ellos han presentado, incluso de consecuencias y magnitudes mayores.

Esto se logra al motivar y animar a los alumnos a platicar con toda confianza algunas anécdotas o situación en casa donde ellos presentaron comportamientos parecidos o más graves que la de sus compañeros.

Se orienta el análisis hacia la idea de que después de todo, sus compañeros no son los únicos que hacen cosas inadecuadas, también algunos o varios de nosotros las hemos hecho. Por tanto, podamos ayudar a este grupo de compañeros dejen de hacerlas.

Actividad: La niñografía.

Objetivos:

1. Reconocer en los alumnos sus atributos positivos y externen los de los demás. Que dibujen su silueta y se autoadjudiquen cualidades, luego que externen las de otros compañeros.
2. Favorecer la outoimagen de los alumnos y la expresión de cualidades que observan en sus compañeros.

Materiales: Hojas, plumones, seis tarjetas blancas de tamaño ficha bibliográfica, pegamento.

Procedimiento:

1. Ubicación en un espacio amplio.
2. Preparan la hoja de papel suficiente para que quepa su silueta en tamaño natural.
3. Lo extienden en el suelo y acostándose sobre el papel, le piden a otro compañero que dibuje su contorno con el plumón y luego invierten la actividad.
4. Una vez que cada uno tiene su silueta dibujada, forman un círculo grande, poniendo su silueta a sus pies.
5. Se le dan seis tarjetas o etiquetas blancas a cada niño y se les pide a todos que anoten tres cosas buenas que ellos saben que tienen (atributos personales positivos, virtudes)

6. En las otras tres tarjetas pondrán tres cosas buenas que observen en su compañero que tiene al lado derecho y se las colocarán a la silueta del compañero.
7. Al final todos leerán lo que dice su silueta y se refuerza la idea integradora: todos tenemos cualidades y rasgos positivos, es muy bueno que lo podamos externar y hacérselo saber al otro.

Evaluación: Se pide a los alumnos que en lluvia de ideas expresen lo que sintieron cuando sus compañeros anotaron sus cualidades agradables en su niñografía.

Consigna: Ahora se le pide que platiquen sin pena , alguna ocasión que recuerden , donde les haya pasado algo parecido a los comportamientos de sus compañeros.El objetivo consiste en orientar a la reflexión hacia la idea de que sus compañeros no son los únicos que tienen problemas en el comportamiento como pensábamos , es decir no son tan diferentes a nosotros. Esta conclusión nos conduce a la siguiente y ultima sesión la de propuestas.

Ejercicio de cierre.

El coordinador indicará al grupo caminar hacia un lugar, todos deberán hacerlo de una forma diferente (según su estilo); luego indicará regresar al lugar de origen utilizando otra forma. Insistirá en que lo que importa es llegar a la meta, cada cual haciendo uso de los recursos que posea y utilizando sus propias iniciativas.

Este ejercicio tiene como objetivo precisamente motivar a los estudiantes al cambio en función de alcanzar la meta propuesta es decir lograr un cambio en su comportamiento para tener una buena aceptación, promover a la reflexión de que no tienen que existir metas rígidas, las alternativas que funcionan con unos no tienen porque funcionar con todos.

Sesión 6: Las propuestas

Objetivo: Dejar claro que muchas de los comportamientos en estos estudiantes con TDAH son resultados de actitudes de reforzamiento que entre todos generamos, que todos somos susceptibles de presentarlas y que ellos no son tan diferentes a los demás niños. Esclarecer que estos alumnos como cualquier otro niño atraviesa por algo difícil

para él, que tenemos la responsabilidad de proponer soluciones para lograr mejorar los problemas de comportamiento de estos alumnos con TDAH .

Recursos terapéuticos: Apoyo, clarificación, insight, confrontación, afirmación y técnicas participativas.

Consigna: Ahora todos pueden pensar en soluciones para que su compañero mejore su comportamiento y no continúe portándose mal. El coordinador le pregunta al grupo qué se les ocurre .Se toma nota de las propuestas de los alumnos para posteriormente ser leídas y llegar a la reflexión con cada una de ellas.

Ejercicio de cierre:

Lectura y análisis de un caso:

Marcos, de 10 años, tiene más energía que la mayoría de los chicos de su edad y siempre ha sido demasiado activo. A los tres años ya era un tornado humano, precipitándose por todas partes y desbaratando todo en su camino .En casa se lanzaba de una actividad a otra, dejando un rastro de juguetes detrás, en las comidas jugaba con los platos y hablaba sin parar. Era imprudente e impulsivo, corriendo a la calle cuando pasaban coches, sin hacer caso de las veces que su madre le había explicado el peligro de accidentarse y sin importarle las veces que le había reñido. De escolar no parecía más salvaje que el resto de los niños, pero su tendencia a reaccionar demasiado (tal como pegarles a sus compañeros sólo porque tropezaran con él) ya le había causado problemas, incluso le había restado amigos. Los problemas se fueron incrementando con el paso del tiempo y en casa eran cada vez más frecuentes. Actualmente está repitiendo el curso. Sus padres no sabían qué hacer, pero sus abuelos, complacientes, no compartían esa preocupación: ¡ya se le pasará!

Se les pregunta a los alumnos:

1. ¿Qué les parece el comportamiento de Marcos?
2. ¿Les gustaría ser igual a él?
3. ¿Ustedes piensan que debe cambiar?
4. ¿Qué debe cambiar?

Sesión 6. Cierre del grupo terapéutico.

Objetivo: Valorar lo vivido en cada etapa, enfatizando que se alcanzaron los objetivos

de cada etapa.

Recursos terapéuticos: Apoyo, clarificación, insight, confrontación, afirmación y técnicas participativas.

Consigna: El círculo mágico se va a cerrar ya, pero recordemos todo lo que aquí hicimos, encontramos varias posibles soluciones para nuestros problemas en cuanto al comportamiento de sus compañeros , el día de mañana iniciaremos con otra propuesta , pero recapitulando tenemos:

1. Que todos expresamos libremente el sentir y el pensar sobre todos sus compañeros .
2. Que esos comportamientos no son a propósito sino que obedecen a circunstancias pero que nosotros debemos tratar de cambiar.
3. Que las formas de comportarse no son tan diferentes unas de otras que todos presentamos problemas en el comportamiento , que no somos extraños por haberlas presentados.
4. Que todos podemos colaborar para que disminuyan o se eliminen esos comportamientos si ponemos en práctica las propuestas que han pensado, si una no funciona tomamos otra, por eso pensamos varias soluciones.
5. Que el círculo mágico es para eso para buscar entre todas soluciones y nos comprometemos a hacer algo para mejorarlas, somos responsables de que todos deberemos mejorar nuestro comportamiento.
6. También podremos jugar al CM realizar otras actividades similares para los padres de familia, para los maestros y para la comunidad.

Ejercicio de cierre:

Objetivo: Hacer una autoevaluación y evaluación de los cambios y mejoras a la hora de comportarnos , después del proceso de intervención y el manejo grupal.

Materiales : Hoja de papel y lápiz.

Procedimiento:

1. Utilizando la hoja de papel, se pide a los alumnos que anoten a cinco compañeros y describan como los percibían antes, cuando su comportamiento presentaba problemas , antes de iniciar el trabajo de intervención y modificación

de comportamientos y como los notan ahora , los cambios y mejoras que han presentado a la fecha.

2. En la primera columna anotan el nombre de cinco compañeros y al final el propio.
3. En la segunda columna , anotan como los recuerdan antes de buscar soluciones , cuando había problemas.
4. En la tercera columna , anotan como los ven ahora , que cosas han mejorado o cambiado.

Consigna: Vamos a hacer un juego donde podemos anotar los cambios que hemos notado en nosotros mismos y en los compañeros , respecto a la manera de comportarnos , recuerden como era antes , recuerden como el comportamiento tanto de ustedes como la de sus otros compañeros.

Evaluación: Al terminar , ponen en común lo que anotaron en sus hojas y cuidadosamente pueden externar sugerencias de mejora hacia otros compañeros, siempre mostrando respeto y empatía .El coordinador ha de enfatizar que todos tenemos la posibilidad de mejorar y que el grupo es un buen recurso , si todos colaboran a mejorar su comportamiento.

Conclusiones:

- La intervención psicoterapéutica desde una posición integrativa constituye una vía para incrementar la eficiencia de la labor terapéutica. Permite utilizar recursos de los diversos enfoques en psicoterapia según las necesidades y analizar de forma integral los niveles del funcionamiento de la personalidad: lo cognitivo, afectivo, conductual, interactivo, lo consciente y lo inconsciente.
- Las intervenciones psicológicas a partir de la terapia grupal influirán en el buen pronóstico de los estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- En la intervención psicoterapéutica grupal, las técnicas participativas, la influencia dinámica y la cohesión grupal potencian habilidades que promueven el logro de una adecuada integración al grupo ampliando la socialización.
- Las elaboraciones y reflexiones grupales derivadas de las técnicas propuestas serán determinantes para lograr el cambio de comportamientos inadecuados de alumnos con TDAH del centro escolar “José Martí” de Floro Pérez; la propuesta de intervención constituye una guía para conducir el proceso terapéutico, lo más importante será precisamente lo que ocurra en el grupo.

RECOMENDACIONES

- A la consulta de psicología del consejo popular de Floro Pérez, aplicar y validar la propuesta de intervención psicoterapéutica para favorecer al buen pronóstico de los alumnos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Extender la intervención psicoterapéutica hacia el trabajo con los padres y la escuela como agente socializador en función de lograr una evolución favorable del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Insertar en los servicios de atención primaria de salud en el municipio la intervención psicoterapéutica grupal, atendiendo a los cambios que se pueden lograr mediante el empleo de técnicas participativas, la influencia dinámica, la implicación afectiva y la cohesión grupal.