

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y
HUMANIDADES
PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
DISMINUIR LOS RASGOS DEL TDAH EN NIÑOS DE LA I.E.P CLARET.**

Tesis Presentada por los Bachilleres:

-Echegaray Ugarte Irina Aloska.
-Urquieta Rodriguez Liliana Angélica De
Los Milagros.

Para obtener el Título Profesional de:
Licenciada en Psicología

AREQUIPA-PERÚ
-2013-

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
 CAPITULO I: Marco Teórico	7
1.- Introducción.....	8
2.-Problema de Investigación	11
3.-Variables	11
4.- Interrogantes secundarias.....	13
5.- Objetivos.....	14
6.- Antecedente Teóricos Investigativos.....	15
7.- Hipótesis.....	41
 CAPÍTULO II: Diseño Metodológico	42
1.- Tipo o diseño de investigación.....	43
2.- Técnicas, instrumentos.....	44
Validez y Confiabilidad.....	49
3.- Población y Muestra.....	49
4.- Estrategia de recolección de datos.....	50
5.- Criterios de procesamiento de información.....	51
 CAPÍTULO III: Resultados	52
1.- Descripción de los resultados.....	53
2.- Discusión.....	64
3.- Conclusiones.....	67

4.- Sugerencias.....	70
5.- Limitaciones.....	71
6.- Referencias.....	72
7.- Anexos.....	76



DEDICATORIA

A mis padres, por ser mi ejemplo de perseverancia por impulsarme a la realización de esta meta y a mis queridos hermanos por su apoyo en mis trabajos y su comprensión constante.

A la Dra, Elba Muñoz Peralta y a su hermosa familia como valoración a su plena confianza en mí, y de manera especial a mi querida amiga Patricia Lozada Gamero por su apoyo incondicional.

Irina Echegaray Ugarte.

A Dios; a Lino y Liliana, mis padres, por ser el más grande motivo que guían cada paso que doy y por todo lo que me enseñaron, por lo que soy ahora; a todos mis hermanos, pero en especial a mi Yoyita y Elli, que a pesar de la distancia siempre se encuentran conmigo que las extraño y las recuerdo todo el tiempo; y a Anthony, mi amor para toda la vida.

Liliana Urquieta Rodríguez.

RESUMEN

Esta es una investigación de diseño experimental, con un diseño pre-prueba post-prueba, con 2 grupos, control y experimental, que tuvo como principal objetivo, evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir los rasgos del TDAH en niños pertenecientes a la Institución Educativa Particular Claret.

La población objeto de estudio fue de 18 estudiantes, de edades entre 6 y 11 años, del 1ero a 4to grado del nivel primario, los cuales fueron evaluados a partir de un diagnóstico previo de tener TDAH.

A través de la aplicación de la escala (EDAH) de Farre y Narbona (1999) antes y después del programa, se identificaron cambios significativos de los participantes en el grupo experimental, debido a que se encontró disminución de los síntomas centrales del TDAH (Hiperactividad-impulsividad, déficit de atención, trastorno de conducta), los cuales afectaban la dimensión cognitiva, emocional y social de los niños.

Palabras Claves: *Déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, TDAH, programa, terapia cognitivo-conductual.*

ABSTRACT

This experimental design research, pre-test/ post-test, with 2 groups, control and experimental, had as its main objective to evaluate the effectiveness of a cognitive behavior intervention program to decrease symptoms of children with ADHD, belonging to the Particular Claret Educational Institution.

The study population was 18 students, ages 6-11 years, from 1st to 4th grade of the primary level, who were evaluated with a previous diagnosis of ADHD.

Through the application of the scale (EDAH) Farre and Narbona, (1999) before and after the program, changes found in the participants in the experimental group, were identified as a decrease of the core symptoms of ADHD (hyperactivity-impulsivity, attention, behavior disorder deficit), which affected the cognitive, emotional and social dimension of the children.

Key word: behavior disorder deficit, hyperactivity, impulsivity, ADHD, program, cognitive behavior therapy



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.- INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH, es considerado como el problema de comportamiento más frecuente durante la infancia, debido a que constituye la enfermedad crónica más común en la etapa escolar, además de representar un problema complejo debido a que persiste a lo largo de la vida si no es tratado a tiempo (Cornejo y et als 2005 citado por Beltrán 2008).

Es a raíz de esto que dicho trastorno ha sido arduamente estudiado por diferentes disciplinas y autores, los cuales a partir de la aplicación de pruebas neurológicas, cognitivas y de observaciones de los diferentes contextos en cual se desenvuelve el niño, como es principalmente casa y escuela, han realizado diversas investigaciones que ponen énfasis en tres aspectos importantes: a) su etiológica, tal como los afirma Marsellach 2005 citado por Beltrán (2008), el cual señala que entre las posibles causas del TDAH podrían encontrarse factores biológicos, el retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del ambiente del niño; b) sus consecuencias, como lo determina Orjales (2000) citado por Beltrán (2008), quien afirma que los principales síntomas del TDAH van a afectar tanto los aspectos cognitivos, sociales y emocionales del niño, desencadenando de esta manera en la adolescencia o en la edad adulta índices elevados de abuso de alcohol y drogas, riesgos al conducir, accidentes de tráfico más frecuentes, muertes traumáticas, problemas de comportamiento en donde el 25% y el 45% desarrollan conducta antisocial y el 25 % alcanza criterios de Trastornos de Personalidad Antisocial (Murphy y Barley 1996,

citados por Beltrán 2008) y c) su prevalencia, el cual se presenta con un porcentaje del 20% aproximadamente en población de niños y adolescentes en América.

De ahí que, en torno a esta problemática se han planteado diversas opciones de tratamiento que incluyen intervenciones de tipo psicológico, educativo y farmacológico, en donde es en ésta última la opción más utilizada por padres, maestros y médicos, por considerarse la alternativa de acción breve, cuyos efectos aparecen a pocas horas de haberse administrado.

Es por eso que son la gran mayoría de los niños que son tratados farmacológicamente con el metilfedinato (Rubifen o Ritalina), sin tener en consideración que esta droga de ninguna manera es una “cura” o ni siquiera un intento serio de atacar de raíz el TDAH, ya que sólo sirve para aliviar los síntomas temporalmente (Swanson y et als, 1993 citados en Armstrong, 2001)

En esta medida Muro (2005) muestra otro panorama que va más allá de lo mencionado anteriormente, en donde señala los efectos adversos de la droga (metilfedinato), los cuales incluyen diversidad de problemas serios como el suicidio, problemas cardíacos como arritmias, hipertensión, deficiencias cardíacas, así como también puede causar síntomas emocionales como psicosis, agitación, agresión, hostilidad, ansiedad y alucinaciones, consecuencias que pusieron en alerta al FDA (Food and Drug Administration) quien ordenó que en las cajas de los medicamentos utilizados para el tratamiento del TDAH, fueran colocadas con cintas negras de advertencia, después de señalar las secuelas negativas que trae en la salud de los niños.

Entonces, desde esta perspectiva es necesario hablar de intervenciones en TDAH que no generen riesgos en esta población y que realmente proporcionen efectos positivos a largo plazo; y es aquí , donde se retoman los aportes dados por Fernández (2004) quien

resalta que “los avances de la ciencia explican que en la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo para este trastorno, pero si existen medidas terapéuticas eficaces para reducir las manifestaciones sintomáticas impidiendo que las mismas provoquen problemas de adaptación a las demandas académicas y sociales, que son los que comprometen el bienestar del niño y su familia y complican el pronóstico” citado en por Beltrán (2008).

Según Orjales (2000) citado por Beltrán (2008), entre estas medidas terapéuticas se encuentran las técnicas cognitivo conductuales, las cuales abordan cuatro aspectos fundamentales, como son: a) el entrenamiento en autocontrol de la conducta, b) entrenamiento cognitivo (estrategias de análisis y solución de problemas, de planificación, de autoevaluación, etc.), c) entrenamiento en habilidades sociales y d) desarrollo emocional, las cuales permiten proporcionar al niño con TDAH estrategias para conocerse mejor, aceptarse a sí mismo, afrontar dificultades y desarrollar estrategias de compensación.

De ahí que la presente investigación plantea la implementación y ejecución de un programa basado en la técnica cognitivo conductual, lo que abre nuevas puertas a la disciplina psicológica, ya que por medio de su intervención se logrará dar otra visión sobre el manejo adecuado del TDAH, que involucre el abordaje de las dimensiones cognitivas, emocionales y sociales de los niños que presentan este trastorno.

Por ello, esta investigación tiene una relevancia netamente práctica ya que a través de su desarrollo y el abordar esta problemática permitirá conocer la eficacia del programa cognitivo conductual multicomponente, implementándolo en un contexto escolar y enfocado al tratamiento integral de niños diagnosticados con TDAH. Por último este programa de intervención multimodal (al interactuar procesos profesores, padres,

alumnos), demostrará tener un impacto más satisfactorio en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH.

2.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad TDAH es actualmente el trastorno con mayor incidencia en la población infantil que va afectando las diferentes áreas del mismo, cognitivo, emocional y social del niño.

Si bien afirma Orjales (2000) son niños que tienen problemas para mantenerse quietos, autocontrolarse, solucionar problemas y falta de concentración, son quienes interrumpen, molestan a sus demás pares, afectando de esta manera sus relaciones familiares e interpersonales. Y si bien estas demandas no son satisfechas podrían generar estrés y frustración ya que en la mayoría de casos dichos niños con TDAH son castigados, rechazados e ignorados por el grupo de compañeros (Barkley, 1997).

Entonces, ¿Cuál es la eficacia del programa de intervención cognitivo-conductual para disminuir los rasgos del TDAH en niños de la I.E.P. Claret?

3.- VARIABLES

3.1.- Variable independiente

Programa integral de intervención psicológica cognitivo-conductual.

3.2.- Variable dependiente

Impacto de un programa de intervención evaluado a través del puntaje de variación del TDAH.

Indicador

Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH

Hiperactividad: movimientos sin descanso, en la dificultad para permanecer sentado y en una constante propensión a manipular los objetos. Se manifiesta como inquietud excesiva en la forma de hablar .(Farré y Narbona ,2003)

Ítems:

1. Tiene excesiva inquietud motora.
5. Exige inmediata satisfacción de sus demandas.
3. Molesta frecuentemente a otros niños.
13. Se mueve constantemente, intranquilo.
17. Es impulsivo e irritable.

Déficit de atención: rasgos y señales de somnolencia y distractibilidad, dificulta el esfuerzo de atención cuando se realiza un conjunto de tareas durante un período prolongado, lo que da por resultado manifiestas deficiencias en la ejecución de las mismas; deficiencias que se deben a la falla en el estado de alerta para mantener la atención y la atención selectiva, así como a la desorganización y desestructuración que impide realizar ciertas actividades. (Farré y Narbona ,2003)

Ítems:

4. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.
7. Está en las nubes, ensimismado.
8. Deja por terminar las tareas que empieza.
19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.

2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.

Trastorno de conducta: puede expresarse en respuestas precipitadas o en la incapacidad de esperar que llegue el turno propio para participar en tareas o juegos de grupo. También puede incluir torpeza motriz y deficiencia visoespacial. De esta manera, los niños que presentan impulsividad son propensos a los accidentes y a tener problemas con sus compañeros de clase, ya sea interrumpiendo, hablando o preguntando sin consideración, distrayendo a los demás, cambiando constantemente de una tarea a otra realizando actividades escolares inapropiadas, generando un ambiente caótico en el salón de clases.

Ítems:

11. A menudo grita en situaciones inadecuadas.
12. Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante.
15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.
14. Discute y pelea por cualquier cosa.
9. Es mal aceptado por el grupo.
16. Le falta el sentido de la regla, del juego limpio.
10. Niega sus errores o echa la culpa a otros.
18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros.
6. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.
20. Acepta mal las indicaciones del profesor.

- Hiperactividad más déficit de atención.

4.- INTERROGANTE SECUNDARIA

¿En qué consiste el programa de intervención cognitivo conductual para mejorar la integración de niños con TDAH?

5.-OBJETIVOS

Objetivo General:

- Evaluar los efectos del programa integral de intervención psicológica cognitivo-conductual en el grupo experimental para niños con TDAH de la Institución Educativa Claret, en relación al grupo control.

Objetivo Específicos:

- Implementar un programa de intervención cognitivo conductual para niños con TDAH, a través de sesiones terapéuticas que permitirán modificar las conductas que afectan las dimensiones cognitiva, emocional y social.
- Establecer a partir del diagnóstico, en el grupo experimental, las características comportamentales de los niños, determinando el estado actual del trastorno en relación al grupo control.
- Identificar los cambios que se generaron en los comportamientos de los niños, a partir de la aplicación del programa de intervención en el grupo experimental en relación al grupo control.
- Conocer la diferencia significativa en cada una de las cuatro sub-escalas que componen la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los resultados del Pos-test, del Grupo Experimental en relación al grupo control.
- Brindar un modelo de intervención empíricamente realizado dentro del ámbito educativo que pueda ser manejado por profesionales y equipos de salud mental.

6.- ANTECEDENTES TEORICOS-INVESTIGATIVOS

Los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) experimentan dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad que afectan negativamente a su adaptación en los diferentes contextos de su desarrollo. El tratamiento farmacológico mayoritariamente empleado, presenta efectos secundarios y limitaciones importantes (Swanson et al., 2008). De hecho, aunque su eficacia sobre los síntomas esenciales del trastorno es significativa, no ocurre lo mismo con el rendimiento académico (Raggi y Chronis, 2006) o las relaciones sociales (Hoza et al., 2005). Las intervenciones psisociales, incluyendo el entrenamiento conductual a padres y profesores, la modificación cognitiva de la conducta, el entrenamiento en habilidades sociales y las modificaciones académicas, han demostrado ser una alternativa o un complemento fundamental del tratamiento farmacológico (Barkley, 2002; DuPaul y Weyandt, 2006; Miranda, 2000)

Los programas de modificación de conducta para padres han demostrado que producen cambios en la conducta de los niños, en las relaciones padres/hijo y en el funcionamiento familiar en general (Barkley, 1987). Igualmente, los programas desarrollados para profesores aumentan sus conocimientos sobre el trastorno y les capacitan para emprender actuaciones dirigidas a mejorar la conducta de sus estudiantes, Mc-Neil y Bahl, 1998)

Dada la complejidad característica del TDAH, otras intervenciones demuestran el acierto de combinar el asesoramiento a profesores con la enseñanza a los niños de técnicas de autorregulación, habilidades sociales y solución de conflictos (Irvine Paraprofessional Program IPP, Kotkin, 1998). También se ha comprobado que, con la manipulación de los eventos antecedentes a las conductas (elección de la tarea,

reducción de su duración o enseñanza activa de las reglas de clase), se reducen significativamente los síntomas primarios y asociados del TDAH, y mejoran las creencias, las atribuciones y los conocimientos de los profesores (Miranda, Presentación y Soriano, 2002).

Un ejemplo prototípico de la eficacia de combinar diferentes procedimientos en el tratamiento del TDAH es The Academic and Behavioral Competences Program (ABC, Pelham et al., 2005), que implica a todo el centro educativo en la aplicación de técnicas de modificación de conducta, habilidades sociales y programas individualizados para niños con problemas de conducta asociados (resolución de problemas con participación de los padres). Tras su aplicación en tres escuelas de Nueva York a partir del año 2002, las visitas de los niños más problemáticos al director se redujeron de 1.200 en el año anterior al comienzo de la intervención a 178, 373, 525 y 290 en los cuatro años siguientes. La realización de las tareas pasó del 25% antes del programa a 85, 92, 95 y 95%, respectivamente.

Además de combinar técnicas diferentes, otra estrategia más para lograr la generalización de los efectos de los tratamientos psicosociales ha consistido en incluir intervenciones conjuntas para padres y profesores. Barkley et al. (2000) compararon tres condiciones de intervención con preescolares: en el colegio, con los padres, y combinada. En el estudio participaron 158 niños con altos niveles de agresividad, hiperactividad, impulsividad y conducta inatenta. Los resultados mostraron que las dos condiciones de intervención en las que participó la escuela produjeron mejoras significativas similares en múltiples dominios, aunque un estudio de seguimiento realizado dos años después constató que las mejoras conseguidas habían desaparecido (Shelton et al., 2000).

Uno de los escasos trabajos que ha abarcado a niños, padres y profesores ha sido realizado por Arco, Fernández e Hinojo (2004). Los profesores y los padres fueron formados en aspectos básicos del TDAH, técnicas de modificación de conducta, adaptaciones académicas, técnicas cognitivo-conductuales de resolución de problemas y reflexividad, y habilidades sociales. El programa con los niños incluyó las técnicas y estrategias trabajadas con padres y profesores y un servicio de tutoría. Tras la intervención hubo mejoras significativas en la sintomatología básica del TDAH y en oposicionismo, aunque el diseño utilizado, pre-post con un solo grupo de intervención no equivalente, no aportó datos de seguimiento que permitan conocer si los resultados se mantuvieron con el tiempo.

Resumiendo, estudios empíricos de la última década señalan la conveniencia de implicar a múltiples contextos y de combinar diferentes técnicas para potenciar la efectividad de las intervenciones psicosociales en TDAH. Sin embargo, la generalización de los efectos en el tiempo es un asunto relevante que aún sigue pendiente de ser investigado.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La primera descripción clínica de un síndrome semejante a lo que actualmente se llama TDAH, fue representada en Inglaterra por Still (1902) ante un colegio Real de medicina, en donde señaló, que el TDAH se trataba de una deficiencia de la “inhibición de la volición” y de defectos en el “control normal”, haciendo especial énfasis en que este problema iba más allá de las insuficiencias de la enseñanza moral, e incluía factores biológicos probablemente de índole genética, o bien asociados con el sistema nervioso central.

Consecutivamente, Hohman (1922) describió un síndrome de hiperactividad asociado a un comportamiento impulsivo y de agresividad, conjuntamente con problemas de aprendizaje y con falla en la coordinación motora en los niños que habían padecido encefalitis de Von Economo.

De otro modo, Kahn y Cohen (1934, citado en Cuadros y Estañol, 2005 citados por Beltrán 2008)) propusieron que la hiperactividad y la conducta impulsiva acompañadas a menudo de agresividad, se debían a factores orgánicos localizables posiblemente en el tallo cerebral, así mismo Barkley (1937), descubrió que los niños hiperactivos respondían adecuadamente al tratamiento con anfetaminas (en particular con benzedrina), aún cuando no había manifestación de daño cerebral.

Posteriormente, Strauss y Lethinen (1947 citado por Beltrán (2008), infirieron que los traumatismos craneoencefálicos, y las secuelas posencefálicas podrían producir manifestaciones de hiperactividad, problemas de atención y de impulsividad, en donde todo niño que exhibiera esa sintomatología debía tener algún tipo de “daño cerebral mínimo”.

Por otro lado Laufer y cols. (1957) citado por Beltrán (2008) desarrollaron un modelo que explicaba la hiperactividad como un defecto neurológico que se caracterizaba por permitir la llegada a la corteza motora de una cantidad excesiva de estímulos periféricos y por la incapacidad para manejarlos. Debido a la popularidad de la que gozó este modelo en años sesenta favoreció para que este trastorno se denominara síndrome del niño hiperactivo, reacción hiperquinética de la niñez y otras semejantes.

No obstante a pesar del éxito para disminuir la sintomatología del trastorno con anfetaminas, no fue posible confirmar la presencia manifiesta y /o consistente del daño cerebral en los niños a los que se les diagnosticó este problema, motivo por el cual en la

década de los sesentas, Douglas (1972) citado por Beltrán (2008) junto con otros investigadores, colocó el acento en las deficiencias de atención como rasgo característicos del problema.

En esta misma línea la Asociación Psiquiátrica Americana (1968), codificó en su nomenclatura oficial, la hiperactividad como *síndrome de la infancia*, en donde el Manual Diagnóstico y Estadístico en la segunda edición (DSM II), utilizó la expresión *reacción hiperquinética de la infancia*” para describir un desorden caracterizado por la hiperactividad, la inquietud la distractibilidad y lapsos cortos de atención.

En contraste con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud adopto en su clasificación internacional de enfermedades (CIE 9) el nombre de *desorden hiperquinético*. En 1980 este enfoque fenomenológico fue adoptado por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III), la cual reconoció el *Trastorno por Déficit de Atención TDA*, subdividiéndose en TDA con Hiperactividad y TDA sin hiperactividad.

Esta división del TDAH en dos variables principales, dio lugar a una revaloración de la naturaleza básica de la relación existente entre estos cuadros clínicos y algunos otros, como serían la depresión, los trastornos afectivos y los problemas de aprendizaje.

Así mismo en el año 1987 la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R) y la subsecuente edición del DSM-IV (2000), establecieron un vínculo estrecho entre el déficit de atención y la hiperactividad, conformando así el síndrome conductual llamado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Sin embargo, la publicación del DSM IV-R (2002) señalo la presencia de tres subtipos: TDAH subtipo predominante con inatención y TDAH subtipo predominante hiperactivo-impulsivo, cuya aparición de estas dos variables se clasificaban como combinadas.

ETIOLOGÍA

La causa del TDAH actualmente es desconocida (Gelder y cols., 2000; García, 2000 citado por Pizarro y Valenzuela, 2003). Sin embargo, existe cierto consenso en la literatura en sostener que no existe una etiología única para el TDAH, en cambio sería el resultado de múltiples factores que coexisten (biológicos, psicológicos y sociales). Un número importante de estudios genéticos, neuroquímicos, neuroconductuales y de neuroimagen han informado una predisposición biológica para el TDAH. Goodman y Stevenson (1989) estiman que los factores hereditarios en el TDAH explican de un 30% a un 50% de la varianza. Estudios neuroquímicos han apuntado la importancia de los neurotransmisores dopaminérgicos y la norepinefrina para la atención, inhibición conductual, y actividad motora (Zametkin y Rapoport, 198; citado por Pizarro y Valenzuela, 2003). Estudios neuroanatómicos han investigado importantes áreas específicas del cerebro (por ejemplo, lóbulo frontal, núcleo caudado y ganglios basales en el hemisferio derecho) en la regulación de la atención, impulsividad, e hiperactividad (Purdie y cols., 2002 citados por Pizarro y Valenzuela, 2003). Otras etiologías frecuentemente citadas es la asociación existente entre paternidad y salud mental de los padres. Paternidad severa y limitadas habilidades de los padres han sido asociadas con la hiperactividad. Estas investigaciones sugieren que niños que han experimentado ambientes hogareños caóticos tienen más frecuentemente dificultades atencionales en la escuela. A su vez, la disarmonía familiar, disfunción familiar y la hostilidad entre padres e hijos han sido asociados con la hiperactividad (Purdie y cols., 2002 citados por Pizarro y Valenzuela, 2003). Sin embargo, específicamente los factores psicosociales no se han visto como causante del TDAH. Aunque esto no debe traducirse como que la "biología es el destino."

Los factores medioambientales pueden formar y amoldar biológicamente la naturaleza y severidad inicial creando una vulnerabilidad hacia una deficiente inhibición (Barkley, 1996) e impidiendo o retrasando el desarrollo del control neuropsicológico. Además el riesgo de trastornos comórbidos, como el trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta, se relaciona grandemente a los factores medioambientales familiares. Dado que estas condiciones comórbidas han demostrado ser predictores consistentes de riesgos en el desarrollo posterior, el ambiente en que el niño se cría y se educa puede jugar un importante papel determinando los resultados de niños con el trastorno aun cuando tenga un papel menor en la causalidad primaria (Pizarro y Valenzuela, 2003)

MODELOS EXPLICATIVOS DEL TDAH

Taylor (1994) señala que los problemas de niños y adolescentes con TDAH se conciben cada vez más como deficiencias en el procesamiento cognitivo superior. White y Sprague (1993) encontraron en un estudio que los niños con TDAH planificaban menos y hacían menos comparaciones y análisis sistemáticos de los estímulos en una tarea de emparejamiento. Su comportamiento parecía tener que ver más con la regulación y distribución de la atención, es decir, con cognición superior (citado en Wicks - Nelson e Israel, 1999). Actualmente los investigadores continúan preguntándose por los problemas de procesamiento que se manifiestan en el TDAH. La descripción del TDAH está orientándose cada vez más como un déficit de motivación y regulación conductual. Se sugiere que la motivación para minimizar la demora podría explicar muchas de las conductas del TDAH (citado en Wicks - Nelson e Israel, 1999). Es decir, los niños con TDAH podrían tener una aversión hacia la demora y por tanto adoptan un estilo impulsivo que minimice la misma, además de exigencias de recompensa rápida,

inmediata y sin capacidad de posponerla. Barkley (1995) ha considerado el TDAH como un problema de motivación y de regulación conductual, lo cual podría estar causado por un control inadecuado de la conducta por parte de sus consecuencias o por una gran necesidad de activación. Barkley (1995), el principal defensor de este punto de vista, hace hincapié en que el deterioro está ligado a la motivación con una base biológica. Advierte que en el desarrollo típico, la conducta se pone bajo el control de estímulos sociales, tales como las consecuencias de la conducta, las peticiones y órdenes de otras personas, las reglas aprendidas y el entorno ambiental, etc. Así, los seres humanos llegaríamos a comportarnos de forma adecuada y esperada por la sociedad. Según Barkley, dicho control es inadecuado en el TDAH, especialmente cuando es necesario inhibir conducta, ya que los niños con TDAH parece que necesitan reforzadores excepcionalmente fuertes y notorios.

La mayoría de los modelos teóricos propuestos para explicar el TDAH en la última década están basados en el concepto de impulsividad, haciéndose referencia en ellos, a aspectos relacionados con una aversión con la demora, una inclinación a buscar recompensa inmediata, un fallo en la previsión de consecuencias de la respuesta, un déficit de autorregulación o estilo de respuesta rápido e impreciso. En resumen, la clave que actualmente se maneja para comprender el amplio espectro de manifestaciones que caracterizan a los estudiantes con TDAH es el “déficit en el control inhibitorio”, es decir, la notoria incapacidad de para inhibir impulsos y los pensamientos que interfieren con las funciones ejecutivas (Miranda y cols., 2000). Estas interpretaciones asumen un marco general para la definición del problema que ayuda a explicar adecuadamente la variedad de dificultades que acarrea la hiperactividad.

Por ejemplo, López, López y Aboitiz (2003) sostienen que se conoce poco acerca de cómo se distribuyen los recursos atencionales de los sujetos con TDAH, asumiéndose

que poseen una disminución atencional. Los autores plantean que más que una disminución de la atención se trataría de una forma diferente de atender, lo que mueve a reflexionar sobre el manejo de esta condición.

Respecto a los factores psicosociales se ha enfatizado la importancia de variables culturales, sociales y familiares en el aprendizaje de focalizar la atención y controlar la impulsividad e hiperactividad (Etchepare y Almonte, 2003). Este proceso de socialización puede estar influido por características de los padres, del niño y de las interacciones que desarrollan.

Estudios actuales han encontrado relaciones entre TDAH y factores familiares, incluyendo pobreza, estrés e interacciones familiares negativas. En la actualidad existe un gran interés por el entorno psicosocial, debido a que entornos específicos del colegio o del hogar podrían provocar, moldear y mantener conductas relacionadas con el TDAH (Wicks – Nelson & Israel, 1999).

CARACTERISTICAS DEL TRASTORNO

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ha caracterizado como un trastorno del desarrollo del autocontrol, conformado por dificultades en el intervalo de atención, control de los impulsos y exceso de actividad motora (Barkley, 1997). Uno de los modelos más completos sobre el TDAH ha sido el propuesto por Barkley (1997), para quién el déficit en la inhibición de la conducta conlleva un retraso o deterioro en el desarrollo de cuatro funciones neuropsicológicas: la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal, la autorregulación del afecto/motivación/activación y la reconstitución.

El componente más importante de este modelo es la inhibición de la conducta, que proporciona la base para que aparezcan las habilidades neuropsicológicas anteriormente mencionadas. El otro componente del modelo es el control motor, que depende directamente del componente anterior y que está mediatizado por las cuatro funciones ejecutivas que controlan la conducta. Así, según este autor, los problemas para mantener la atención son el resultado de la hipoactividad del sistema de inhibición conductual, especialmente por un pobre control de la interferencia.

En cuanto a los síntomas de este trastorno, estos varían con la edad (APA, 1995), de manera que en los/as niños/as pequeños/as, los más característicos son una intensa actividad motora y una seria dificultad para manejarlos. Tal actividad motora se pone menos de manifiesto y puede reducirse a intranquilidad o a un sentimiento interno de nerviosismo o inquietud con el paso de los años (niñez y adolescencia).

En niños/as de edad escolar, los síntomas de inatención pueden afectar al trabajo de clase y a la actuación académica, mientras que los síntomas impulsivos pueden llegar a romper con reglas familiares, interpersonales y/o educativas. Por lo tanto, este trastorno, que provoca dificultades para mantener la atención y autorregular la conducta, influye significativamente en la adaptación tanto al contexto escolar como sociofamiliar del alumnado que lo presenta (APA, 1995). En esta línea, Taylor (1990), señala que el alumnado con TDAH continúa experimentando dificultades de relación, de aprendizaje y de afectividad en la adolescencia, por lo que también se puede afirmar que posee un mayor riesgo de sufrir problemas y dificultades de aprendizaje, de conducta, etc. Así pues, fruto de las posibles implicaciones a las que puede dar lugar este trastorno en la vida sociopersonal del sujeto con TDAH, en las últimas décadas ha aumentado el interés por encontrar tratamientos que sean eficaces para disminuir su sintomatología, lo cual ha dado lugar a la aparición de varios enfoques de intervención.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO

Como se ha detallado anteriormente los síntomas centrales del TDAH son la desatención, hiperactividad e impulsividad. A continuación, describiremos brevemente los aspectos clínicos más relevantes de dichos síntomas.

a) Desatención: La desatención se caracteriza por que los niños que la padecen presentan impedimentos en la escuela. Aunque ellos pueden presentar dificultades en las relaciones sociales y familiares, el problema se presenta típicamente en un bajo rendimiento académico. Los profesores se quejan que estos niños llegan permanentemente atrasados, son olvidadizos y desorganizados, pierden las cosas, sueñan despiertos, rechazan las tareas, y son incapaces de terminar su trabajo, aplazándolo constantemente (Lewis, 2002). Los niños con desatención tienen una gran dificultad para mantener su mente en una sola cosa y pueden aburrirse con una tarea en pocos minutos. Pueden poner esfuerzo y atención automática a tareas que le son muy motivantes o los entretienen. No obstante se les dificulta el focalizar de forma deliberada y consciente su atención en una tarea o aprendizaje (Guajardo, 2000). Muchos de los problemas incluyen problemas en la motivación, variación en el desempeño, y dificultades en la comprensión de la secuencia de órdenes e instrucciones (Lewis, 2002).

b) Hiperactividad: Los niños que presentan hiperactividad parecen siempre estar en movimiento, se paran de su asiento y caminan alrededor de su clase, mueven constantemente sus pies, cambian de postura o posición con frecuencia, se balancean cuando están sentados, tocan todo o golpean ruidosamente sus lápices, mientras realizan sus tareas (García y Magaz, 2000). Los adolescentes y los adultos se ven inquietos,

impacientes, hacen varias cosas a la vez y fluctúan entre una actividad y la siguiente (Guajardo, 2000). Lewis (2002) señala que en la primera consulta el clínico puede no observar la hiperactividad, incluso cuando es descrita como severa en la casa y escuela. El aumento de ansiedad por una situación nueva y la cantidad de atención adulta puede mejorar el control inhibitorio durante la actividad. Sin embargo, los niños preescolares son probablemente más inquietos y pueden llegar a desordenar la oficina y aparecen como movidos por un motor, incluso en la primera visita.

c) Impulsividad: La impulsividad se refiere a la incapacidad para demorar una respuesta a pesar de la anticipación de consecuencias negativas por la conducta (Lewis, 2002). Los niños impulsivos parecen ser incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o pensar antes de actuar.

Como resultado pueden hacer comentarios inadecuados, correr por una calle sin mirar, no esperar su turno en los juegos o quitar un juguete a otros niños (Guajardo, 2000). La impulsividad se evidencia en las dificultades conductuales y académicas en la escuela. En el aula los niños interrumpen o responden sin esperar oír las preguntas. Los niños con TDAH impulsivos son más atrevidos que sus pares. Por consiguiente, los accidentes (por ejemplo, envenenamiento) son comunes. Las relaciones de estos niños con sus pares se ven deterioradas, siendo este un niño "mal perdedor", mientras que quiere jugar "a su manera o de ninguna manera", tiene que ser el jefe o deja el juego, y frecuentemente entra en luchas físicas. La evaluación del profesor se vuelve un problema creciente, dado que no presentan o completan sus tareas; la tarea puede volverse una batalla diaria y puede afectar el funcionamiento familiar.

Lewis (2002) sostiene que la impulsividad cognitiva se refiere a un estilo cognoscitivo caracterizado por un corto tiempo de reacción. Los trabajos escolares están llenos de

errores, se extrañan los detalles, el escribir está desarreglado, y las respuestas son escritas sin leer la pregunta cuidadosamente. Muchas de las dificultades precedentes continúan en la adolescencia. Además, a esta edad, aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, incluyendo el uso temprano de drogas, alcohol, cigarrillos, y embarazos no deseados. Se ha documentado una incidencia más alta de impulsos temerarios y accidentes automovilísticos en adolescentes con TDAH (Lewis, 2002). Se ha considerado que la impulsividad es un indicador de mal pronóstico, señalándose en la literatura que aumenta la complejidad de tratamiento

DIFERENCIAS ENTRE LOS SINTOMAS DEL TDAH SEGÚN DSM IV-R Y CIE 10

Es necesario tener en cuenta el criterio que el CIE-10 no coincide con el DSM-IV, y es el hecho de que la presencia de otros trastornos vendría a determinar un criterio de exclusión en decir, el CIE-10 nos recomienda no diagnosticar el THC (trastorno Hipercinético) en presencia de trastornos afectivos o de ansiedad, aunque se contempla una subdivisión entre el trastorno hipercinético con trastorno de conducta y sin trastorno de conducta. Sin embargo el DSM-IV plantea la posibilidad de comorbilidad del TDAH con otros trastornos (de conducta, de ansiedad o afectivos).(Ginebra, 1992).

Para determinar un diagnóstico positivo de la hiperactividad, la CIE-10 considera que debe existir los tres síntomas esenciales: al menos 6 síntomas de inatención, al menos 3 de hiperactividad y, como mínimo, uno de impulsividad. Sin embargo según el planteamiento del DSM-IV considera las dificultades de atención como hiperactividad-impulsividad nos pueden dar un diagnóstico positivo, es decir plantea la existencia de

tres subtipos de TDAH: un subtipo predominantemente inatento, otro predominantemente Hiperactivo- impulsivo y un tercer tipo combinado.

A la conclusión entre el CIE-10 y el DSM-IV es que el THC se puede considerar como el subtipo más grave del TDAH.

Lo que actualmente se maneja para abarcar la amplia gama de manifestaciones que caracterizan a los estudiantes con TDAH es el concepto de “déficit en el control inhibitorio de la respuesta” Por lo tanto debemos saber que estos niños mostraran una incapacidad para inhibir los impulsos y los pensamientos que interfieren en las funciones ejecutivas cuyas actuación permite superar las distracciones, plantearse unos objetivos y planificar la secuencia de pasos necesarios para lograrlos (Miranda y cols, 2000).

DOMINIOS DE SÍNTOMAS PARA EL THC/TDAH EN EL CIE-10 Y EL DSM-IV		
DESATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD	IMPULSIVIDAD
No presta suficiente atención a los detalles.	Mueve en exceso manos y pies	Habla en exceso (CIE-10)
Tiene dificultades para mantener la atención	Abandona su asiento en la clase	Responde de forma precipitada a las preguntas
Parece no escuchar	Corre o salta	Tiene dificultades para aguardar su turno.
No termina las tareas	Tiene dificultades para jugar	Interrumpe a los otros.

	tranquilamente	
Tiene dificultades para organizar las tareas.	Excesivo movimiento (DSM-IV)	
Evita el esfuerzo mental sostenido	Habla en exceso (DSM-IV)	
Pierde objetos		
Se distrae por estímulos irrelevantes		
Es olvidadizo		

INTERVENCIÓN:

Desde el enfoque médico, la medicación psicoestimulante es el tratamiento más frecuentemente utilizado en estos sujetos. Su utilidad ha sido comprobada en estudios comparativos (Miranda, y cols. 2000) y se ha determinado repetidamente que su eficacia es superior al placebo (Hinshaw, 1992). Desde un 70% hasta un 80% de los/as niños/as tratados/as con estimulantes responden positivamente, el resto, o no responde o muestra efectos secundarios graves (Pliszka, Carlson y Swanson, 1999). A pesar de los efectos positivos a corto plazo y el bajo coste de este tratamiento, el uso de estimulantes está rodeado de una gran controversia. Por un lado, se puede producir el fracaso de la medicación; por otro lado, pueden aparecer efectos secundarios como: insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, irritabilidad, dolor abdominal, dolor de cabeza y

adormecimiento; y por último, puede que los sujetos experimenten preocupaciones y pensamientos innecesarios al someterlos a este tipo de tratamiento. Todo esto ha conducido a cierto grado de rechazo por parte de muchos padres y profesionales, agravándose todavía más esta situación si se tiene en cuenta, que se desconocen los efectos a largo plazo que puedan producir este tipo de tratamientos.

Desde el enfoque psicoeducativo, la intervención debe encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el/la niño/a, así como implicar a aquellas personas que en mayor medida interactúan con él/ella, es decir, padres y docentes. Básicamente se pueden diferenciar dos corrientes en este tipo de intervención: (A) Conductual, cuyo objetivo principal de tratamiento es formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y procedimientos que en su gran mayoría derivan de los principios del condicionamiento operante (técnicas de modificación de conducta), con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos/as y/o alumnos/as en casa y en el colegio (Weiss y Hetchtman, 1992).

De esta forma, el comportamiento del/a niño/a y/o alumno/a se va conformando en función de las consecuencias que le siguen. Este aspecto es bastante importante ya que el trastorno a menudo se asocia con alteraciones en la interacción entre padres e hijos. (B) Cognitiva, cuyo objetivo principal de tratamiento es enseñar a los/as niños/as con TDAH técnicas de autocontrol y resolución de problemas debido a que el déficit de autocontrol se considera como un aspecto central en este tipo de trastornos. Las técnicas o procedimientos más utilizados son: técnicas para aumentar la autorregulación, administración de autorrecompensas y autoinstrucciones. (C) Cognitivo-conductual, que comparte y combina los objetivos y procedimientos de los dos enfoques anteriores (Calderón, 2001).

Por otro lado, también se pueden encontrar otras intervenciones denominadas “combinadas”, que integran la medicación psicoestimulante con técnicas conductuales o intervenciones de carácter cognitivo-conductual. Los estudios que evalúan la efectividad de estas intervenciones para el tratamiento de TDAH han aportado resultados mixtos, por lo que no se conocen realmente su eficacia y eficiencia.

Siguiendo el enfoque psicoeducativo, línea seguida en este trabajo, un gran número de estudios en los que se ha intervenido en niños/as y adolescentes con estas características a través de tratamientos cognitivo-conductuales como único método, han puesto de manifiesto la eficacia de este tipo de intervenciones, aunque no siempre los resultados han sido satisfactorios. Baer y Nietzel (1991), en una revisión que realizaron de 36 estudios, señalan que los grupos que recibieron este tratamiento psicoeducativo, mejoraron su conducta y rendimiento académico respecto al grupo control. Sin embargo, Abikoff (1991) en una revisión de estudios sobre sujetos que habían recibido este mismo tratamiento, encontró que los participantes no mantenían los progresos obtenidos gracias a la intervención. Quizás por la falta de generalización de los resultados, una de las críticas que más insistentemente han recibido este tipo de intervenciones.

a) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La farmacoterapia del TDAH se inició en 1937, cuando Bradley describió los efectos de la benzedrina en el comportamiento de los niños (Diamond y Mattsson, 1998).

Actualmente la farmacoterapia con estimulantes es la intervención más común para el tratamiento del TDAH en Norteamérica, con metilfenidato (MPH) liderando con un 62% de las prescripciones estimulantes.

Dextroanfetamina (DA) prescritas en un 23%, anfetamina con un 12% y pemolina con 3% (Althoff y cols., 2003). Estos medicamentos han demostrado ser eficaces a corto plazo para aliviar los síntomas centrales del TDAH (MTA Cooperative Group, 1999), estimándose que un 70% de los niños con TDAH responden al tratamiento farmacológico favorablemente (Purdie y cols., 2002). La evidencia también muestra que los antidepresivos tricíclicos, pueden ser efectivos en el manejo de los síntomas del desorden, así como de los síntomas coexistentes de ansiedad o de un trastorno del estado del ánimo. No obstante, estos antidepresivos no parecen ser tan efectivos como los estimulantes (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998).

Los estimulantes están asociados con un positivo efecto a corto plazo en la conducta (AACAP, 1997). Un 62% de los niños mejoran según los criterios reunidos para el tratamiento exitoso (Lewis, 2002) y entre un 10 – 30 % muestra una respuesta adversa o no responde al tratamiento estimulante (Wells y cols., 2000). Metilfenidato muestra una mejora en la productividad y atención académica, aunque éste tiene un menor impacto. Es interesante que este beneficio a corto plazo no ha demostrado llevar a una mejora a largo plazo en el logro académico. (Lewis, 2002). Se ha demostrado que los estimulantes están asociados con una mejora inmediata y sustancial en la calidad de interacciones sociales con los pares, familia, y maestros; sin embargo, debe notarse que no todos las deficiencias sociales responden. Los problemas con la agresión, procesamiento de la información social, aislamiento social, y disforia pueden ser menos sensibles. La mayoría de los niños experimenta una mejora en la autoestima como su capacidad de normalmente funcionar mejora. Esto puede ser menos evidente cuando el niño tiene atribuciones negativas profundas alrededor de la medicación.

El tratamiento estimulante es útil a una mayoría de niños con ADHD; sin embargo, ofrece alivio significativo, no una cura. La efectividad de medicación estimulante puede

ser limitada por su duración de acción (4 a 5 horas), y dado que no existe una generalización a situaciones en que esta ausente el medicamento (Purdie y cols., 2002). Además puede producir efectos secundarios somáticos y psiquiátricos, tales como anorexia, insomnio, dolor de estómago, cefaleas y tics; en algunos niños puede provocar taquicardia o elevación de la presión arterial diastólica (García, 2000).

También la medicación presenta otras limitantes sociales y culturales, como el estigma social y la actitud negativa de una parte de la población hacia los psicofármacos, lo que trae consigo que los padres no quieran usar la medicación o fallen en el mantenimiento del tratamiento. La deserción en la toma de medicamentos es un problema importante, con tasas de cumplimiento especialmente problemáticas en familias de estrato socioeconómico bajo (Barabasz y Barabasz, 1995, 1996). Finalmente los adolescentes son frecuentemente reacios a tomar psicoestimulantes. Por todas estas razones, la medicación se combina a menudo con los tratamientos psicosociales.

El uso de la medicación requiere una discusión de miedos parentales sobre el daño al niño y la discusión continuada sobre los ajustes de dosis, los efectos laterales, y cómo el niño se siente sobre tomar las píldoras. El TDAH es un desorden complejo que afecta cada área de funcionar y requiere un programa del tratamiento comprensivo. Para Etchepare y Almonte (2003) la decisión de prescripción de terapia farmacológica depende de la existencia de síntomas que se pueden mejorar, la severidad de éstos, y el grado de incapacidad social que producen. El propósito es ayudar, al inicio, a funcionar mejor en la familia, escuela y con sus pares.

b) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL

La terapia cognitivo - conductual (TCC) se define como una amalgama racional de diversas e interrelacionadas estrategias para proporcionar nuevas experiencias de aprendizajes que involucren procedimientos establecidos y un análisis cognitivo (Kendall y Braswell, 1993). De acuerdo con este modelo: (1) se enfatiza los procesos del aprendizaje y la influencia de las contingencias y modelos en el ambiente; (2) subraya el rol central de los factores de mediación / procesamiento de la información; (3) se adscribe al conductismo metodológico confiando en la investigación básica en psicología, con el fin de generar hipótesis generales sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas específicas. Desde el paradigma explicativo cognitivo - conductual, el énfasis está localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta. Niños con TDAH muestran déficit en la mediación verbal y en sus habilidades de resolución de problemas que parecen contribuir a su pobre regulación (Shirk y Russel, 1996). Estos niños muestran generalmente dificultades en controlar sus conductas, describiéndose como "actuar sin pensar", enfatizando sus deficiencias en las habilidades del pensamiento y la planificación (Braswell y Bloomquist, 1991). Los niños impulsivos e hiperactivos tienden a evidenciar deficiencias de procesamiento de forma que actúan sin pensar o realizan una tarea pobremente debido a una falta de planificación. Ellos no se comprometen en procesar cuidadosamente la información y como resultado sufre su desempeño. Sus dificultades surgen por no detenerse y pensar antes de actuar. Los estudios han demostrado que la agresividad y las conductas acting - out impulsivas se relacionan en parte a una falta de autodominio, a una falta de toma de perspectiva social, y un fracaso para emplear las habilidades verbales mediacionales (Lewis, 2002).

En la TCC el abordaje terapéutico del TDAH se realiza a través de una gran cantidad de técnicas validadas empíricamente y cuyas formulaciones teóricas están sujetas a permanentes modificaciones. Braswell y Bloomquist (1991) sostienen que las principales estrategias utilizadas en el tratamiento de niños con TDAH son (a) el entrenamiento autoinstruccional, (b) entrenamiento en resolución de problemas (c) modelado, (d) contingencias conductuales, (e) educación emocional, y (f) ejercicios de juegos de rol. También se ha descrito en la literatura el uso del entrenamiento en relajación, ensayo conductual, imaginería, auto - evaluaciones positivas, cambio de la focalización atencional y reestructuración cognitiva (Caballo, 1996; Ellis y Grieger, 2000). El entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas para el tratamiento del TDAH son considerados centrales en este enfoque. El entrenamiento autoinstruccional se usó para enseñar a los niños con TDAH a “pensar antes de actuar” a través de su entrenamiento para “hablarse a sí mismos internamente” y ayudándolos a enfocar y dirigir su conducta hacia las tareas. El entrenamiento en resolución de problemas es usado para ayudar a los niños a reconocer y definir un problema interpersonal, generar soluciones alternativas, evaluar las consecuencias e implementar una solución elegida. La TCC puede ser administrada individualmente o en grupo.

Esta combina el aprendizaje de estrategias cognitivas, tales como pasos para resolver un problema y automonitoreo con técnicas de modificación de conducta, tales como refuerzos contingentes y modelado. La TCC se ha desarrollado como un intento para mejorar la generalización y durabilidad de las técnicas de modificación de conducta. Esto es teóricamente plausible, porque se dirige a los déficits que presumiblemente afectan directamente en el control de la impulsividad y en la habilidad de resolución de problemas y proporciona una estructura para el trabajo niños que de otra manera ganarían poco de la terapia. Aunque los estudios tempranos de TCC con niños

agresivos, impulsivos, e hiperactivos mostraron mejoras en las medidas de impulsividad cognitiva, conducta social, y el uso de estrategias de afrontamiento, resultados posteriores han sido menos auspiciosos, no demostrándose que la TCC mejora los resultados cuando se le agrega a la medicación estimulante (AACAP, 1997). Los problemas mayores son la falta de generalización a situaciones en que el entrenamiento específico no haya ocurrido y el hecho que los niños no usan las estrategias que ellos han aprendido a menos que se les incite. El entrenamiento en automonitoreo y autoevaluación y el re-adiestrando enfocado en atribuciones puede ser útil en el incremento del sentido de control por parte del niño (Kendall y Braswell, 1993). Niños muy pequeños y aquéllos con las deficientes habilidades del lenguaje parecen probablemente beneficiarse menos (Braswell y Bloomquist, 1991). El modelo intensivo de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas ha demostrado ser aditivo al tratamiento enfocado al ambiente del niño y superior a la terapia individual interpersonal mejorando la conducta en niños hospitalizados y pacientes ambulatorios con los problemas de la conducta, muchos de los cuales presentaban TDAH junto con otro desorden de conducta (AACAP, 1997). El modelo de entrenamiento en habilidades sociales (Michelson y cols., 1987) podría ser de utilidad a los niños con TDAH en promocionar conductas prosociales y adaptativas, sin embargo, no existen estudios de este modelo con esta población de niños.

Respecto a los estudios que evalúan distintos procedimientos cognitivos y conductuales, Turchiano y Hofstra (2000) llevaron a cabo un meta - análisis de 83 estudios informados durante los últimos 30 años sobre TCC con niños y adolescentes con TDAH. Los resultados medidos fueron calculados para medir el impacto de las intervenciones cognitivas y conductuales y otros tratamientos usados solos o en combinación. Los resultados sugirieron que los tratamientos cognitivos fueron más eficaces que ningún

tratamiento. Procedimientos de entrenamiento en relajación - usados solos, o en combinación con otros tratamientos - generaron mejores resultados. Intervenciones que utilizaron alguna forma entrenamiento de ensayo conductual mostraron buenos resultados para los estudios de impulsividad. Los tratamientos cognitivos parecían generalizarse más que otras estrategias de tratamiento, sin embargo, estos efectos quizá fueron sólo temporales.

La aproximación cognitivo – conductual se ha desarrollado en un intento de lograr la deseable generalización de los efectos a través del tiempo y de los contextos, mediante la enseñanza a los niños hiperactivos de estrategias dirigidas a ejercer por sí mismos el control de su comportamiento. Sin embargo, a pesar de la lógica de los supuestos en que se fundamentan, tampoco los programas con una orientación cognitivo – conductual han conseguido la deseable generalización ni el mantenimiento de la mejora de los tratamientos. Entre las razones que podrían explicar la desalentadora panorámica destaca la descontextualización de los programas de actuación y el olvido de contextos absolutamente significativos en la vida de los niños: el contexto escolar y familiar. En la mayoría de las investigaciones no se ha implicado a los profesores, y cuando éstos han participado, no se les ha suministrado suficiente conocimiento sobre las técnicas cognitivas y / o conductuales que tenían que aplicar.

TDAH EN SUDAMÉRICA Y EN EL PERÚ

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la patología más frecuente en la práctica de la neurología pediátrica y de la psiquiatría de niños y adolescentes, pues está presente en el 5% a 10% de la población en edad escolar y en el 3% al 6% de los adultos.

Actualmente se ha hecho amplias investigaciones que ha tenido el TDAH (Acosta, 2000, Castro, 2002; Bará, y Pineda, 2003). Estas investigaciones aparentemente han sentido algunas bases de los problemas escolares y de adaptación que afectan a los niños y niñas que padecen este trastorno en el contexto educativo (Baddeley, 1990; Cain, 2004; Ardila, Rosselli 2005; Cutting, 2006)

Sabemos que existen pruebas neuropsicológicas estandarizadas que nos brindan información de una ejecución de las habilidades cognitivas compartidas en forma similar por todos los individuos con un cerebro sano, a su vez se ha demostrado que en algunas investigaciones existe diferencias importantes en el desempeño psicológico en niños con TDAH respecto a niños en el grupo control (Bará y Pineda 2003; Sánchez Carpintero 2001; Canet, 2008).

En el campo de la evaluación neuropsicológica infantil se ha calculado que cerca de una tercera parte de los niños con trastornos del aprendizaje manifiestan algún nivel de hiperactividad, y que al menos el 95% de los niños hiperactivos presentan problemas en el aprendizaje (Ardila, Rosselli y Matute, 2005). Desde esta perspectiva se considera que las dificultades académicas se evidencian en un 20 a 40% de los casos de los niños, niñas y jóvenes con TDAH (Castro Viejo, 2002). Así mismo tenemos conocimiento que alrededor de un 50% de niños con TDAH tienen problemas en el aprendizaje de lectura, de la escritura o de las matemáticas lo que incide negativamente en su rendimiento académico y el nivel que llega alcanzar en su educación (López,, 2003).

Sabemos que este trastorno afecta el desarrollo de las competencias narrativas del individuo indicándose en las investigaciones que un 7.5% de los escolares entre 8 y 9 años que padecen de TDAH presentan dificultades asociadas a su capacidad de análisis y síntesis de la información. Así mismo tienen dificultades en la organización

fonológica y en la sintaxis, presentando problemas en tareas que requieren de una organización semántica, que conlleva a un bajo desempeño en la memoria auditiva, la comunicación y en la pragmática, pierden mucha información verbal debido a su disfunción ejecutiva por lo que se ha planteado que sería más evidente que desarrollen problemas del aprendizaje, principalmente en tareas de lecto- escritura (Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005).

Podemos concluir que los estudios neuro psicológico en estos grupos han mostrado que tienen dificultades para finalizar sus tareas y seguir instrucciones, organizar y plantear sus actividades y, por consiguiente muestran alteración en el desempeño escolar y académico normal, (Acosta, 2000). En el funcionamiento académico se puede constatar como los niños y niñas con TDAH tienen muchas dificultades narrativas en la producción oral y escrita, así mismo aquella tarea compleja que requiera planificación, organización y regulación ejecutiva de las conductas lingüísticas plantea también problemas en los niños con disfunción ejecutiva que en individuos sanos (Vaquerizo, 2005 y Redick, 2007)

Aunque esto no está documentado en el Perú, no existe razón para pensar que somos diferentes al resto de la humanidad. El TDAH constituye un problema de salud pública también en Perú (Armando Filomeno, 2008).

COMORBILIDAD

Igualmente (Anastopoulos y Barkley, 1992), se han descritos otros problemas secundarios o comórbidos, tales como:

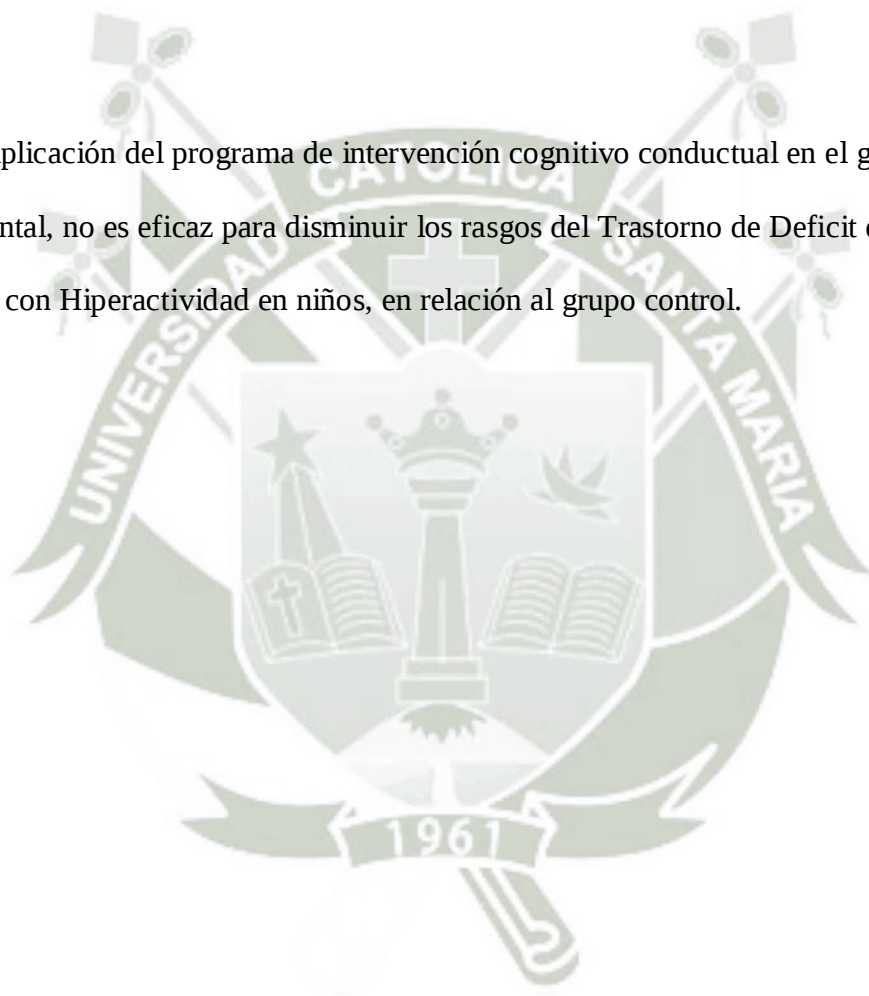
1. **De conducta** que parece observarse entre un 40 a un 60% de los casos; por ejemplo de trastornos oposicionales – desafiantes (Barkley y cols., 1992) o entre el 20 al 40% de otras conductas como vandalismo, etc.
2. **Implicaciones emocionales** tales como sobre- sensibilidad, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración e incluso síntomas de depresión y ansiedad.
3. **Problemas de socialización.** dificultades de adaptación a los cambios que se produzcan en su medio ambiente, sus frecuentes explosiones de mal genio y su escasa tolerancia a las frustraciones. Conllevando así a una mala interacción con sus pares. (Murphy, Pelham y Lang, 1992).
4. **Problemas familiares;** dificultades en la ejecución académica, presentando rendimientos menores que los esperables por su potencia estimado , siendo clasificables entre un 20 y un 30% también como disléxicos o con otras dificultades de aprendizaje (Barkley, DuPaul y McMurray, 2006), por lo que muchos de los niños con TDAH han de recibir algún tipo de ayuda de programas de educación especial.
5. **Habilidades cognitivas y lingüísticas,** presentando muchos de ellos dificultades en las tareas de resolución de problemas complejos o en la habilidades organizativas, e incluso se dan frecuentemente problemas de habla y de lenguaje.
6. **Dificultades con la salud** en una proporción mayor que los niños normales o incluso una mayor incidencia de los denominados “signos neurológicos menores o blandos”. (obedecen a conductas más complejas, que incluyen coordinación motora, secuenciación de actos motores complejos, integración sensorial y reflejos primarios) (Sanchez, 2001)

7.- HIPÓTESIS

H1: La aplicación del programa de intervención cognitivo conductual en el grupo experimental, es eficaz para disminuir los rasgos del TDAH en niños, en relación al grupo control.

7.1 HIPOTESIS NULA

H0: La aplicación del programa de intervención cognitivo conductual en el grupo experimental, no es eficaz para disminuir los rasgos del Trastorno de Deficit de Atención con Hiperactividad en niños, en relación al grupo control.





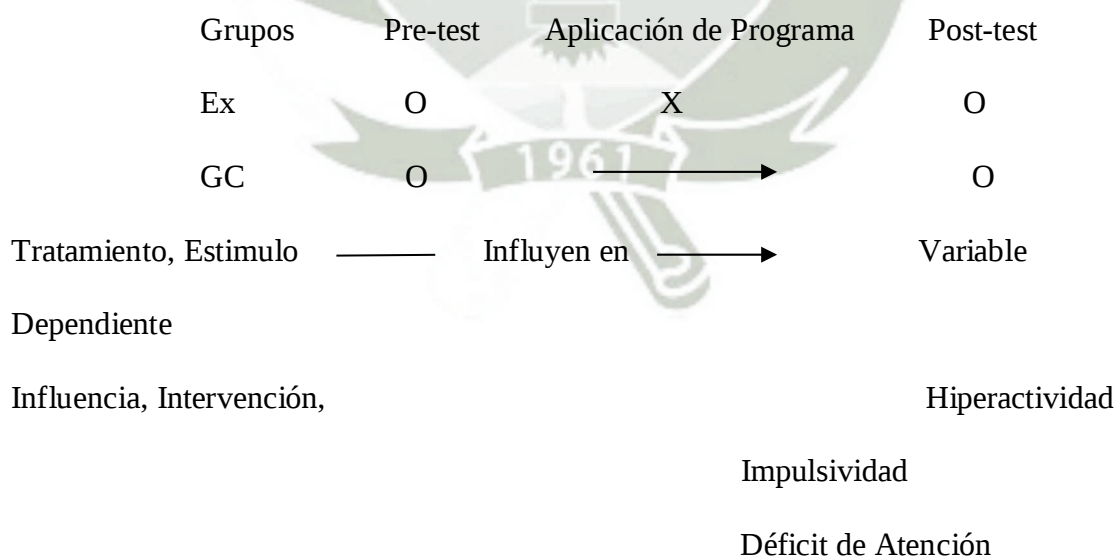
CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

1.- TIPO O DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación mantiene un método experimental, tipo cuasi experimental y modo de campo. Debido a que se pretende manipular deliberadamente una variable independiente para observar su efecto en la variable dependiente utilizando para ello un diseño con pre-prueba, post-prueba. Se generó una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella en comparación con quienes no lo hacen, se manipuló tratamientos, estímulos, influencias e intervenciones para observar sus efectos sobre la variable dependiente en una situación de control. (Hernández, 2006).

Se ilustra a continuación:



Variable independiente

Programa basado en la TCC

2.- TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, APARATOS U OTROS:

Las técnicas utilizadas fueron: documental, entrevista a profesores y procedimientos como exposiciones y talleres.

Otros instrumentos utilizados fueron los siguientes:

2.1.- Autorización de Dirección:

Autorización dada por el Director de la Institución Educativa Claret para poder llevar a cabo la ejecución del programa de Intervención Cognitivo Conductual.

2.2.- Formato de consentimiento informado para padres:

Formato que se les entregará a los padres de familia para describir las metas de la investigación, los procedimientos, beneficios de dicha investigación, el cual será aprobado y firmado previamente antes de iniciar el programa por alguno de los padres o tutor de cada niño.

2.3.- Informe de alumnos diagnosticados con TDAH

Informe donde nos indica la cantidad de alumnos matriculados en el nivel primario que están diagnosticados con TDAH en la Institución educativa Particular Claret.

2.4.- Escala para la Evaluación del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad- EDAH

Es un instrumento para confirmar una sospecha sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Es el primer paso de un proceso diagnóstico

complejo que requiere además de estudios neurológicos, cognitivos, auditivos, afectivos, etc.

El EDAH son Escalas para la evaluación de TDAH orientadas a niños de 6 a 12 años (1º a 6º de Primaria). Son de aplicación individual, con una duración de 5 a 10 minutos. La evaluación se realiza a través de dos áreas, con un cuestionario de 20 ítems que deben ser contestados por el profesor-tutor (no hay versión para padres) y se centra en los 3 síntomas principales de TDAH: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. La baremación de las escalas está hecha en centiles para las cuatro subescalas y la escala global de la que consta.

Área I: Hiperactividad/ Impulsividad/ Inatención (10 ítems)

Hiperactividad/ Impulsividad. (5 ítems)

1. Tiene excesiva inquietud motora.
5. Exige inmediata satisfacción de sus demandas.
3. Molesta frecuentemente a otros niños.
13. Se mueve constantemente, intranquilo.
17. Es impulsivo e irritable.

Déficit de atención. (5 ítems)

4. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.
7. Está en las nubes, ensimismado.

8. Deja por terminar las tareas que empieza.
19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.
2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.

Área II: Trastornos de conducta. (10 ítems)

11. A menudo grita en situaciones inadecuadas.
12. Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante.
15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.
14. Discute y pelea por cualquier cosa.
9. Es mal aceptado por el grupo.
16. Le falta el sentido de la regla, del juego limpio.
10. Niega sus errores o echa la culpa a otros.
18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros.
6. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.
20. Acepta mal las indicaciones del profesor.

El cuestionario deberá ser contestado por el profesor del niño/a. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia con que se percibe la conducta descrita, siendo: Nada=0, Poco=1, Bastante=2, Mucho=3.

Para calcular las puntuaciones directas de cada subescala se suman las puntuaciones correspondientes a los ítems de cada una de ellas (H, DA, TC). Luego se anota el resultado en el cuadro de la parte inferior de la Hoja de anotación. Se halla también la suma de H y DA y la suma de las tres subescalas y se anota igualmente en el cuadro.

Cada puntuación se contrasta con los baremos de la tabla VII, se obtiene el centil correspondiente y se contrasta con el punto de corte, comprobando si lo supera en alguna de las subescalas o en la combinación de ellas.

Si las puntuaciones superan sólo el punto de corte en la subescala Hiperactividad, siendo la nomenclatura del DSM-IV, cabe suponer un posible diagnóstico de TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo.

Si las puntuaciones superan sólo el punto de corte en la subescala Déficit de Atención, el diagnóstico apuntaría hacia el TDAH con predominio del déficit de atención.

Si las puntuaciones superan el punto de corte en las dos subescalas Hiperactividad y Déficit de Atención, el diagnóstico será de TDAH tipo combinado.

La presencia o ausencia de Trastornos de Conducta ayuda a definir si éstos son concomitantes al TDAH o si se trata de otro tipo de trastorno sin TDAH de base.

Para considerar que puede existir un problema hay que consultar los puntos de corte de los baremos:

Para la subescala hiperactividad (percentil 95) el punto de corte es 10.

Para la subescala déficit de atención (percentil 93) el punto de corte es 10

Para la subescala hiperactividad+déficit de atención (percentil 95) el punto de corte es 18.

Para la subescala trastorno de conducta (percentil 91) el punto de corte es 11.

Para la puntuación global del cuestionario (percentil 95) el punto de corte es 30.

TABLA 1: BAREMOS, DATOS NORMATIVOS Y PUNTOS DE CORTE

CENTIL	HIPERA C.	DEF.AT.	HIP.DEF. AT	TINO. CTA	GLOBAL	CENTIL
99	13-15	13-15	22-30	17-30	36-60	99
98	12	-	21	16	34-35	98
97	11	12	20	15	33	97
96	-	11	19	14	31-32	96
95	10	-	18	13	30	95
94	-	-	-	-	29	94
93	-	10	17	12	28	93
92	-	-	-	-	27	92
91	9	-	-	11	26	91
90	-	9	16	10	24-25	90
85	8	8	14-15	9	22-23	85
80	7	7	13	8	19-21	80
75	-	-	12	7	18	75
70	6	6	11	6	17	70
65	-	-	10	5	15-16	65
60	5	5	-	-	14	60
55	-	4	9	4	13	55
50	4	-	8	3	11-12	50
45	-	3	7	-	10	45
40	-	-	-	2	9	40
35	3	2	6	-	8	35
30	-	-	5	1	7	30
25	2	1	4	-	6	25
20	-	-	-	-	4-5	20
15	1	-	3	-	3	15
10	-	0	2	0	2	10
5	0	-	0-1	-	0-1	5
M	4.41	4.15	8.56	4.41	12.97	M
D.t.	3.11	3.51	5.42	4.43	9.15	D.t.
P. Corte	10	10	18	11	30	P. Corte

Validez y confiabilidad:

El índice de fiabilidad, Alpha de Cronbach en hiperactividad/impulsividad $\alpha=0.9049$, déficit de atención $\alpha=0.9073$; hiperactividad mas déficit de atención $\alpha= 0.9097$; trastornos de conducta $\alpha=0.9378$. Por último en la escala global $\alpha= 0.9523$.

3.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Kerlinger y Lee, 2002), en la cual la muestra fue elegida de acuerdo con las siguientes características definidas:

Se trabajó con un total de 16 Niños, los cuales previamente han sido diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

El rango de edad de los niños está ubicado entre los 6 y los 11 años, pertenecientes a la Institución Educativa Particular Claret.

Las participantes en esta muestra son estudiantes del 1er, 2do, 3er y 4to grado de primaria.

Niños que no estén o hayan sido medicados por lo menos 2 meses antes de iniciado el tratamiento.

En el grupo Experimental se administró el programa de intervención cognitivo conductual; mientras que en el grupo Control no se llevó a cabo y en ambos casos se tomó el post-test.

4.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1.- Pre-Selección de la Muestra

El total de niños matriculados en la Institución Educativa Claret que han sido diagnosticados previamente con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, son de 16 alumnos.

4.2.- Criterios de inclusión

- Niños diagnosticados con TDAH
- Entre 6 años a 11 años de edad
 - Niños que no estén o hayan sido medicados por lo menos 2 meses antes de iniciado el tratamiento.

4.3.- Asignación del grupo control y grupo experimental

Una vez tenido la muestra de niños que cumplen con los criterios previamente establecidos, se asignará los niños para el grupo control y el grupo experimental, a través del muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.4.- Evaluación Pretest:

Se aplicará la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad a todos los niños del grupo experimental y del grupo control.

4.5.- Aplicación del programa al grupo Experimental:

El programa consta de 60 sesiones, que están distribuidas en 6 meses. Los horarios son de acuerdo a la factibilidad del profesor y previa coordinación con los tutores y padres.

4.6.- Evaluación Postest

Se aplicará nuevamente la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad a todos los niños del grupo experimental y del grupo control.

4.7.- Análisis de los resultados

Los datos obtenidos en las pruebas (pre y post test), serán llevadas e ingresadas al sistema estadístico a través de una tabulación y se realizará el análisis correspondiente.

5.- CRITERIOS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:

Los datos obtenidos se analizaron de manera cuantitativa, ya que se tabularon y se presentaron de manera sistémica y rigurosa, analizada estadísticamente y ordenada en tablas.

El sistema utilizado es el SPSS versión 20, utilizando la prueba *t de student* para grupos de muestras relacionadas con la finalidad de observar la magnitud y significación estadística del cambio logrado entre el pre-test y post- test por cada grupo; en el cual se evidenciará la diferencia de las medias del grupo control y grupo experimental.



CAPÍTULO III

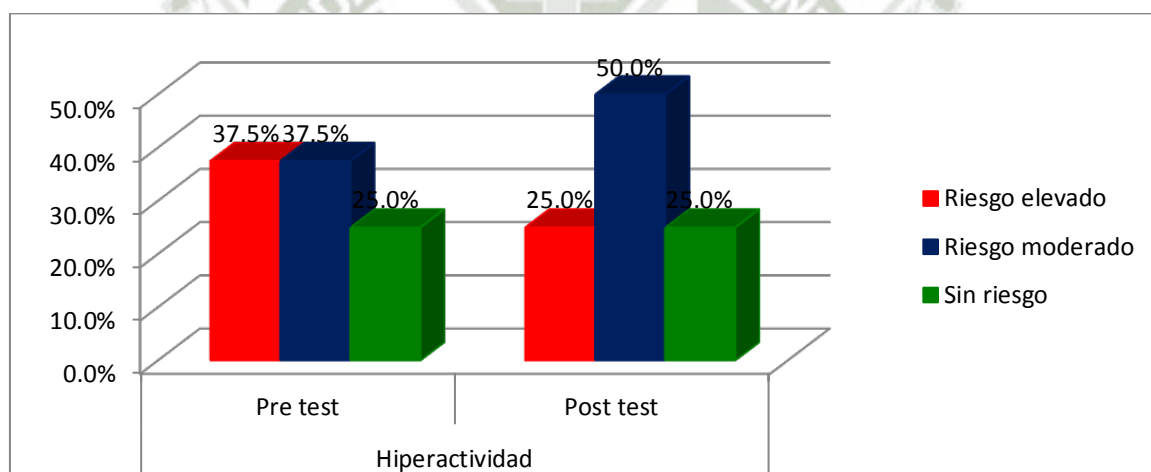
1.- DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

GRUPO CONTROL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE HIPERACTIVIDAD

TABLA 1

	HIPERACTIVIDAD			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	3	37,5	2	25
Riesgo moderado	3	37,5	4	50
Sin riesgo	2	25	2	25
Total	8	100	8	100

FIGURA 1



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Control en el área de Hiperactividad se observa que el 37.5% se encuentra con riesgo elevado, 37.5% con riesgo moderado y 25% sin riesgo.

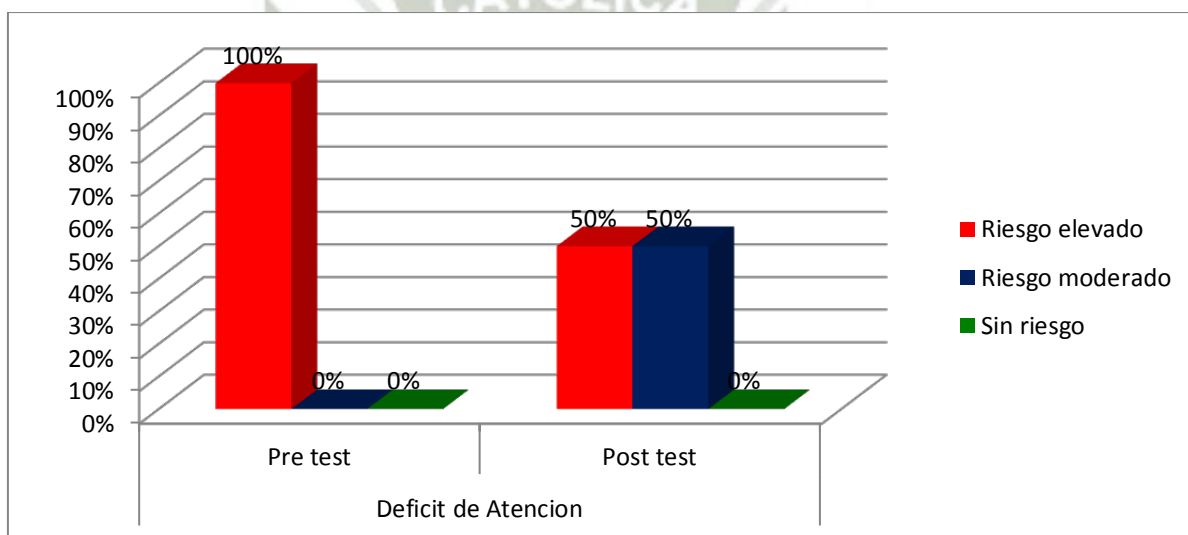
El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Control en el área de Hiperactividad se observa que el 25% se encuentra con riesgo elevado, 50% con riesgo moderado y 25% sin riesgo.

GRUPO CONTROL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE DEFICIT DE ATENCIÓN

TABLA 2

	DEFICIT DE ATENCION			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	8	100	4	50
Riesgo moderado	0	0	4	50
Sin riesgo	0	0	0	0
Total	8	100	8	100

FIGURA 2



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Control en el área de Deficit de Atención se observa que el 100% se encuentra con riesgo elevado, 0% con riesgo moderado y 0% sin riesgo.

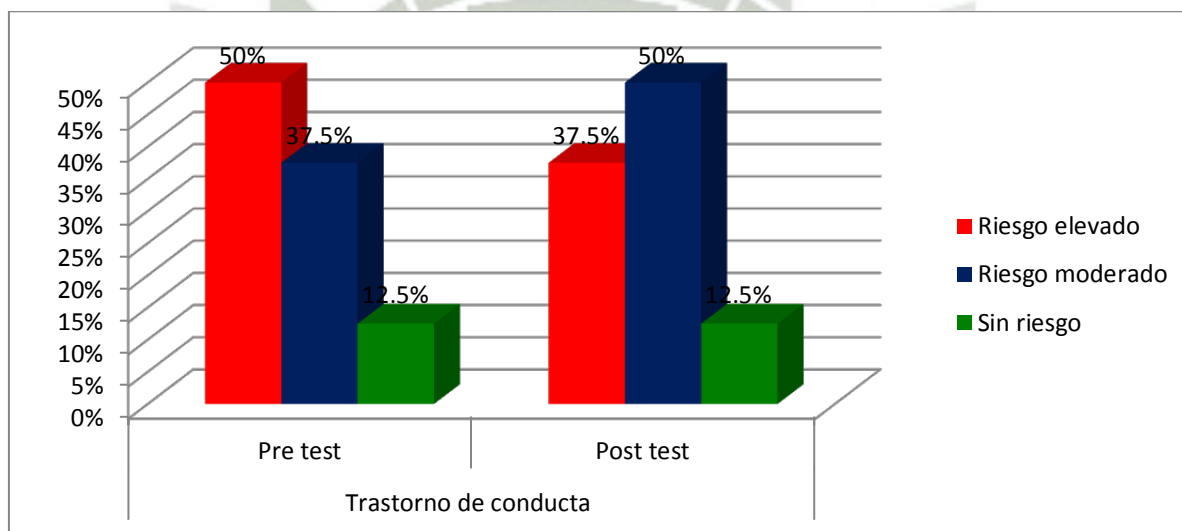
El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Control en el área de Hiperactividad se observa que el 50% se encuentra con riesgo elevado, 50 % con riesgo moderado y 0% sin riesgo.

GRUPO CONTROL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE TRASTORNO DE CONDUCTA

TABLA 3

	TRASTORNO DE CONDUCTA			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	4	50	3	37,5
Riesgo moderado	3	37,5	4	50
Sin riesgo	1	12,5	1	12,5
Total	8	100	8	100

FIGURA 3



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Control en el área de Trastorno de Conducta se observa que el 50% se encuentra con riesgo elevado, 37.5% con riesgo moderado y 12.5% sin riesgo.

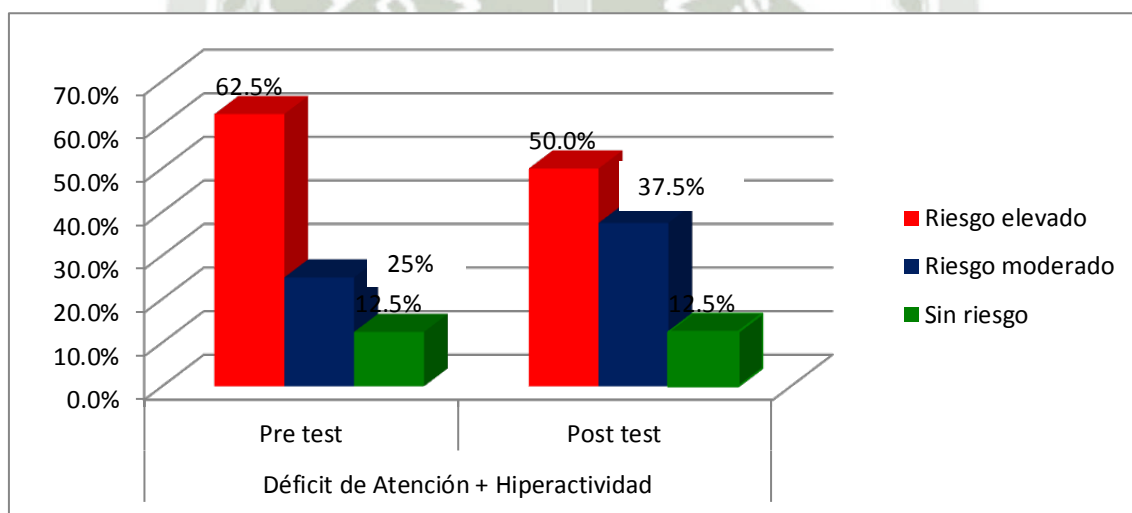
El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Control en el área de Hiperactividad se observa que el 37.5% se encuentra con riesgo elevado, 50 % con riesgo moderado y 12.5% sin riesgo.

GRUPO CONTROL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE DEFICIT DE ATENCIÓN + HIPERACTIVIDAD

TABLA4

	DÉFICIT DE ATENCIÓN + HIPERACTIVIDAD			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	5	62,5	4	50
Riesgo moderado	2	25	3	37,5
Sin riesgo	1	12,5	1	12,5
Total	8	100	8	100

FIGURA 4



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Control en el área de Deficit de Atención + Hiperactividad se observa que el 62.5% se encuentra con riesgo elevado, 25% con riesgo moderado y 12.5% sin riesgo.

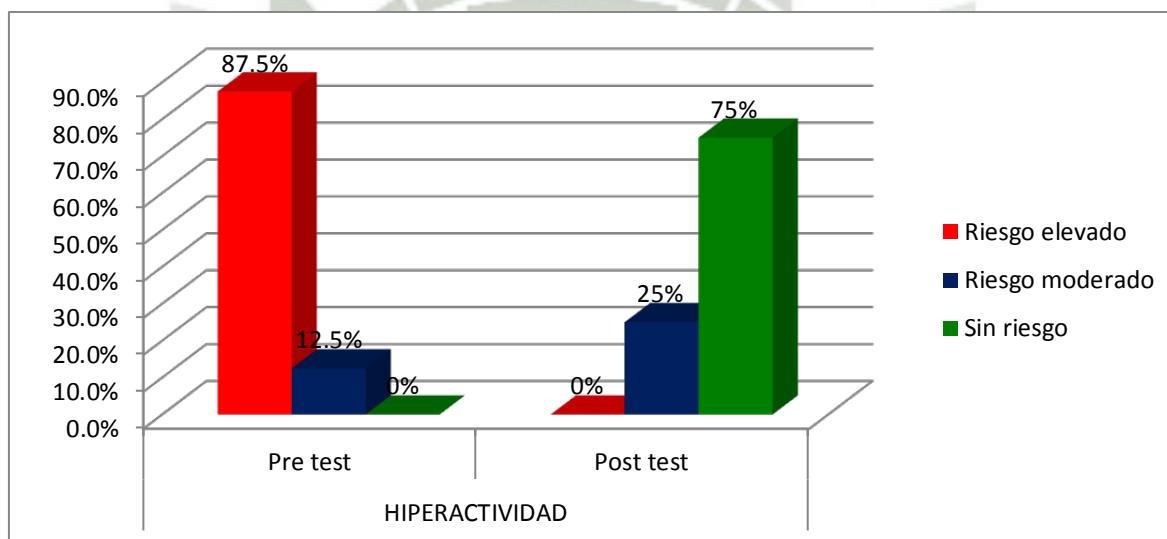
El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Control en el área de Hiperactividad se observa que el 50% se encuentra con riesgo elevado, 37.5 % con riesgo moderado y 12.5% sin riesgo.

GRUPO EXPERIMENTAL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE HIPERACTIVIDAD

TABLA 5

	HIPERACTIVIDAD			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	7	87.5	0	0
Riesgo moderado	1	12.5	2	25
Sin riesgo	0	0	6	75
Total	8	100	8	100

FIGURA 5



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Experimental en el área de Hiperactividad se observa que el 87.5% se encuentra con riesgo elevado, 12.5% con riesgo moderado y 0% sin riesgo.

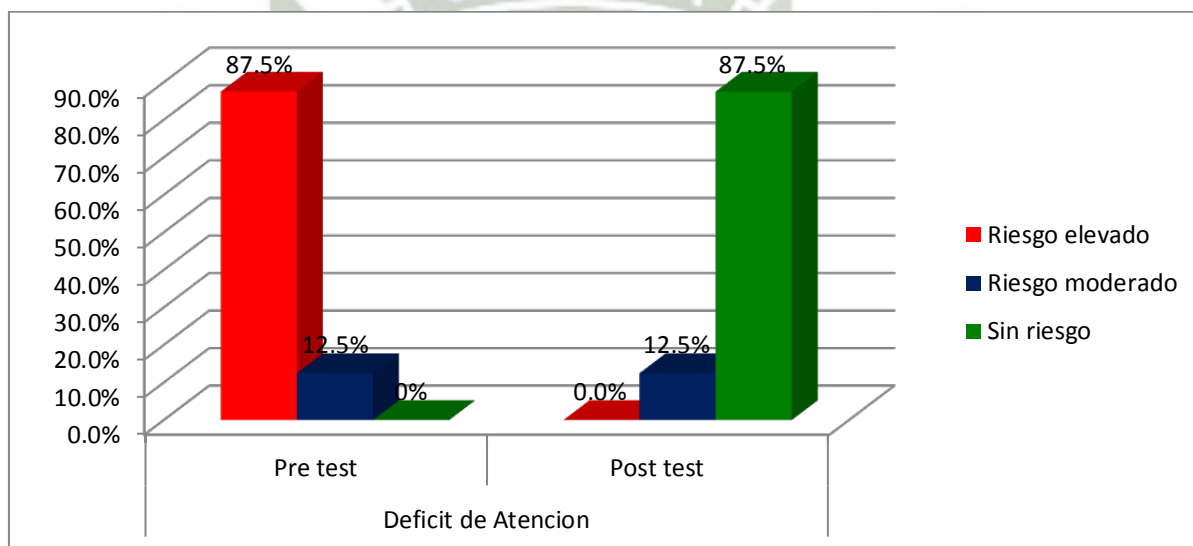
El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Experimental en el área de Hiperactividad se observa que el 0% se encuentra con riesgo elevado, 25 % con riesgo moderado y 75% sin riesgo.

GRUPO EXPERIMENTAL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

TABLA 6

	DÉFICIT DE ATENCIÓN			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	7	87.5	0	0
Riesgo moderado	1	12.5	1	12.5
Sin riesgo	0	0	7	87.5
Total	8	100	8	100

FIGURA 6



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Experimental en el área de Déficit de Atención se observa que el 87.5% se encuentra con riesgo elevado, 12.5% con riesgo moderado y 0% sin riesgo.

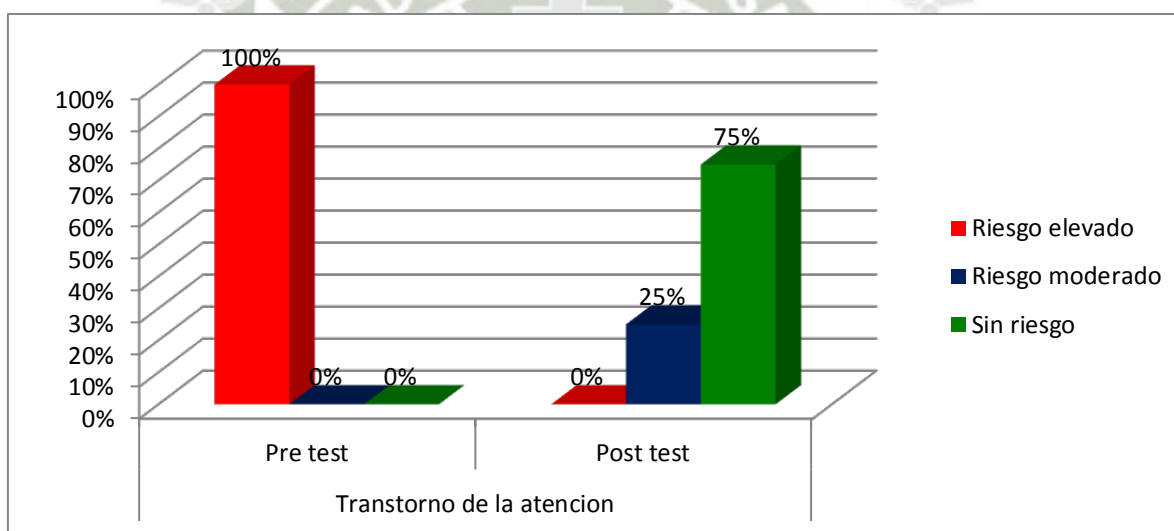
El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Experimental en el área de Déficit de Atención se observa que el 37.5% se encuentra con riesgo elevado, 25 % con riesgo moderado y 37.5% sin riesgo.

GRUPO EXPERIMENTAL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE TRASTORNO DE CONDUCTA

TABLA 7

	TRASTORNO DE CONDUCTA			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	8	100	0	0
Riesgo moderado	0	0	2	25
Sin riesgo	0	0	6	75
Total	8	100	8	100

FIGURA 7



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Experimental en el área de Trastorno de Conducta se observa que el 100% se encuentra con riesgo elevado, 0% con riesgo moderado y 0% sin riesgo.

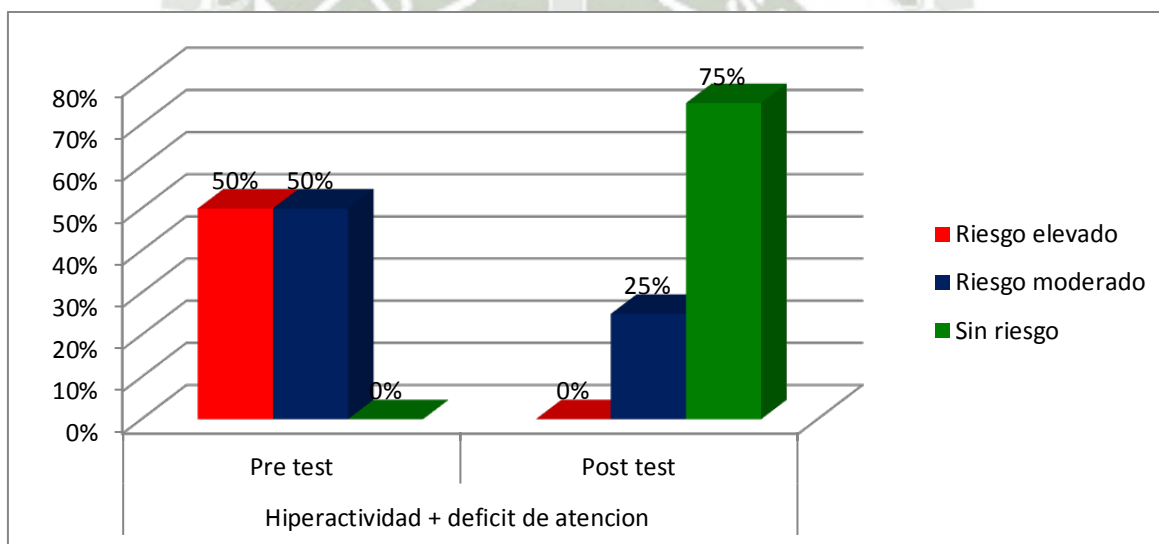
El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Experimental en el área de Trastorno de Conducta se observa que el 0% se encuentra con riesgo elevado, 25 % con riesgo moderado y 75% sin riesgo.

GRUPO EXPERIMENTAL PRE Y POST TEST EN EL ÁREA DE HIPERACTIVIDAD + DÉFICIT DE ATENCIÓN

TABLA 8

	HIPERACTIVIDAD + DÉFICIT DE ATENCIÓN			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Riesgo elevado	4	50	0	0
Riesgo moderado	4	50	2	25
Sin riesgo	0	0	6	75
Total	8	100	8	100

GRÁFICO 8



INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en el Pre-Test para el Grupo Experimental en el área de Hiperactividad + Déficit de Atención se observa que el 50% se encuentra con riesgo elevado, 50% con riesgo moderado y 0% sin riesgo.

El puntaje obtenido en el Post-Test para el Grupo Experimental en el área de Hiperactividad se observa que el 25% se encuentra con riesgo elevado, 50 % con riesgo moderado y 25% sin riesgo.

PRUEBA T STUDENT PARA GRUPO CONTROL

TABLA 9

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Post test control - Pre test Control	0,217	0,951	0,198	0,194	0,629	1,963	7	0,003

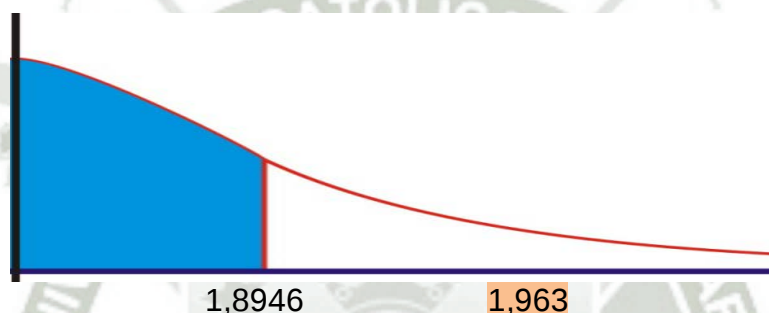


Tabla 11: Tabla Z Comprobación de hipótesis

Grados de libertad	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649
6	0.7176	1.4398	1.9432	2.4469	3.1427
7	0.7111	1.4149	1.8946	2.3646	2.9979
8	0.7064	1.3968	1.8595	2.3060	2.8965
9	0.7027	1.3830	1.8331	2.2622	2.8214

INTERPRETACIÓN

En el presente análisis de los datos en el grupo control se aprecia que no existe mucha diferencia entre el pre test y post test, ya su diferencia inicial es mínima, dado que el valor hallado en la $t =$ es de 1,963 mayor al valor límite el cual está dentro de la zona de aceptación. La evolución del grupo control es limitada ya que solo logro una leve mejora así lo demuestra el valor límite 1,8946 y su punto máximo es de 1,963.

PRUEBA T STUDENT PARA GRUPO EXPERIMENTAL

TABLA 10

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Post experimental - Pre experimental	1,478	0,730	0,152	1,162	1,794	9,705	7	0,000

Fuente: Base de Datos

 $H_0 > 0.05$

Gráfico N° 1 Ubicación del valor de la T student

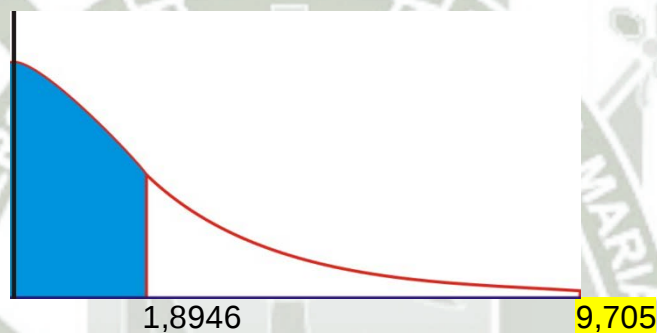


Tabla Z Comprobación de hipótesis

Grados de libertad	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649
6	0.7176	1.4398	1.9432	2.4469	3.1427
7	0.7111	1.4149	1.8946	2.3646	2.9979
8	0.7064	1.3968	1.8595	2.3060	2.8965
9	0.7027	1.3830	1.8331	2.2622	2.8214

INTERPRETACIÓN

Al observar la tabla notamos que el valor para "Sig." es 0,00 que es inferior a 0,05. Esto significa que existe una influencia del 100% entre la media inicial y la media final.

$$H_0 = p > 0.05$$

$$H_1 = p < 0.05$$

Valor p hallado = $0.00 < 0.05$ se rechaza la hipótesis nula y se demuestra que el programa de intervención cognitivo conductual, es eficaz para disminuir los rasgos del TDAH en niños; demostrando que hay una diferencia significativa entre el pre test y post test en el grupo experimental.

El valor de T hallado es de 9,705 y el valor parámetro (7 gl) es de 1,8946 siendo inferior al valor t hallado y también se demuestra que hay una diferencia significativa entre el pre test y post test en el grupo experimental.



2.- DISCUSIÓN

Las investigaciones efectuadas a través de los años, han puesto en evidencia la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la población infantil, motivo por el cual se ha convertido en una de las principales prioridades sobre todo para el ámbito educativo. A través de este panorama, se han suscitados diversas propuestas de tratamiento que incluyen el uso de fármacos e intervenciones psicológicas, que a partir de las técnicas del enfoque cognitivo conductual, pretende favorecer el pronóstico de este trastorno. (Beltrán, 2008)

Los niños participantes en esta investigación presentaban deficiencias en múltiples áreas perjudicando su funcionamiento global y dificultando su adaptación social y desarrollo escolar, motivo por el cual el TDAH es un cuadro complejo que necesariamente requiere de un enfoque multidisciplinario, además de recalcar que la selección de niños con TDAH indiscutible como criterio para ingresar al estudio.

Es a partir de ahí, que esta investigación se planteó como alternativa psicológica, para disminuir su incidencia y las principales manifestaciones del TDAH, así como ofrecer una opción a padres y docentes que no incluya necesariamente el uso de la farmacología.

La presente investigación implementó el programa de intervención cognitivo – conductual, el cual evidenció la modificación de la mayoría de conductas, en donde los síntomas como el déficit de atención, la incapacidad de seguir instrucciones, los olvidos reiterativos de las órdenes que se le imparten, la dificultad para planear y organizar tareas encomendadas, el no quedarse quieto por más de cinco minutos, el levantarse frecuentemente de su sitio y precipitarse a responder sin haber oído completamente la

pregunta u orden impartida, disminuyeron gradualmente en el comportamiento de los niños; evitando consecuencias como lo señala Correa y colaboradores (2002) citado en Beltrán (2008), en la dimensión social, emocional, cognitivo y conductual de quienes lo padecen.

A través del programa implementado, se observó condiciones que favorecen a la adaptación y el funcionamiento individual de los estudiantes tratados, como también en las relaciones familiares y la actitud de los niños hacia los profesores y entorno escolar.

Una vez revisado los componentes del programa por separado, se puede dar a conocer lo siguiente; (a) la dinámicas de grupo permitió a los niños con TDAH interactuar y mejorar con sus pares y desarrollar habilidades prosociales, además de mejorar actitudes hacia el contexto escolar, y mejorar la autoestima y autoconfianza, (b) el entrenamiento a padres parece modificar creencias, atribuciones y conductas desadaptativas de los padres, mejorar las interacciones padre – hijo, y favorecer la adaptación del entorno familiar al TDAH, y (c) el entrenamiento a profesores permite educar al profesorado sobre sus alumnos con TDAH, sus necesidades especiales de aprendizaje y capacitarlos sobre manejo cognitivo y conductual de estos alumnos en la sala de

Así mismo, cabe señalar que las puntuaciones demuestran que el total correspondiente a cada subescala del instrumento EDAH, indican la presencia del trastorno a un nivel elevado de riesgo, sin embargo, es necesario señalar que las manifestaciones propias del trastorno, disminuyeron en una mayor proporción en comparación con las del grupo control, datos que confirman los aportes de Fernández y Deaño (2003) citados en Beltrán (2008), quienes señalan que la utilización de las técnicas cognitivo conductuales contribuyen a aminorar los déficit de atención y dificultades de aprendizaje relevantes,

así como modificar los comportamiento característicos de movilidad excesiva e impulsividad.

De ahí que este tipo de intervención psicológica se convierte en una alternativa eficaz para trabajar con personas con TDAH, ya que los niños obtienen la capacidad para controlar su propia conducta y disponer de habilidades o estrategias que le permitan un análisis de los problemas, indagar sobre posibles soluciones y optar por aquellas que resultan las más adecuadas para realizar la tarea.

En este sentido, se hace necesario aclarar que a partir de la implementación de este programa, supone un mejor desempeño escolar en los niños, ya que mejoró el estar atentos ante el desarrollo de las clases y mantener el control de sus impulsos, disminuyendo de esta forma la probabilidad de fracasos escolares, como los señalados por García y Magaz (2000), que dan por resultado, aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para su desempeño educativo. A esto se le agrega que disminuye el riesgo de no aprender al ritmo de sus compañeros pudiendo llegar a constituir una verdadera frustración. (García y Magaz, 2000)

Otros cambios que se observaron a partir de la solución de problemas, los niños aprendieron a buscar alternativas viables ante eventos de su vida diaria; situación que es congruente con los aportes de Kazdin (2000), quien afirma que esta técnica enseña a que los niños se confronten con situaciones interpersonales en las cuales la conducta tienda a ser problemática y a que identifiquen y lleven a cabo soluciones a sus problemas sociales de manera adecuada.

Por otro lado, las auto instrucciones permitieron que los alumnos manejaran de forma adecuada las precipitaciones que se daban normalmente ante órdenes impartidas y la realización de diversas actividades, lo que está relacionado con los postulados de

Meichenbaum y Goodman (1971) citados en Beltran (2008), los cuales han mostrado a partir de diversas investigaciones, que esta técnica disminuye la respuesta impulsiva y los errores en las tareas, mejorando así la ejecución de cierto número de tareas cognoscitivas.

Además, se observó que a partir de la utilización de contingencias como el refuerzo positivo, coste de respuesta y reforzadores sociales, se lograron obtener comportamientos deseados de los niños que incluían buen rendimiento académico y relaciones adecuadas con los pares, entre otras lo cual refuerza lo dicho por Caballo (1996), quien afirma que esta técnica tiene como fin controlar los factores ambientales.

Con base en la economía de fichas, se encontró que los niños presentaron mejoría en la realización de tareas, y en el comportamiento dentro del salón de clases, resultados que se relacionan con el estudio realizado por Ospina (2003) en donde identificó que a partir de esta técnica se obtuvo un incremento notable en los períodos de atención de los niños así como en la inquietud motora, con cambios relevantes en la conducta.

De esta manera, los procedimientos de manejo de contingencias tienen como propósito alterar las condiciones ambientales que influyen y mantiene las conductas problemáticas del niño en el colegio y disponer el ambiente para estimular en su lugar comportamientos adaptados, pues su intervención consiste de manera general en reducir la conducta de hiperactividad que interfiere con el aprendizaje y aumentar el rendimiento académico a través de recompensas otras ardas tras la ejecución académicas correcta (Moreno, 2001)

En esta medida, se observan cambios, en todos los comportamientos que afectan las principales dimensiones (hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta) de los niños, aspecto que se relaciona con las conclusiones de Fernández (2005) citados en

Beltrán (2008), el cual realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la eficacia de una programa cognitivo PIC-PASS y señaló entre sus resultados que el proceso de intervención produjo mejoras significativas en los procesos cognitivos posibilitando un acercamiento a nuevas maneras de resolver las tareas, que permiten una posterior interiorización de las mismas por parte de los sujetos y consecuente una mejora de los resultados en las tareas y actividades de la vida diaria.

Es por este motivo, que una intervención temprana constituye un elemento primordial para un pronóstico positivo, de modo que al tratar psicológicamente, en este caso aplicando un programa de intervención; a los niños que presenten este diagnóstico se evitará en gran medida, consecuencias en etapas posteriores como la adultez, en donde la presencia del TDAH, influye como lo afirma Martínez y Mneneghello (2000) citados en Pizarro y Vlenzuela (2003), en la aparición de cambios súbitos de inestabilidad en el trabajo, en las relaciones amorosa y en las relaciones sociales, presentando fracasos en el campo laboral, social y familiar.

Para finalizar, es relevante concluir que los resultados expuestos en este estudio no permiten realizar generalizaciones en toda la población que padece de este trastorno, ya que este programa fue aplicado solo a una muestra específica que cumplía ciertos criterios; motivo por el cual los cambios significativos de aquí se evidenciaron sólo corresponden a una análisis particular de los 18 casos de TDAH.

3.- CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se observó una modificación en la conducta utilizando el programa integral de intervención psicológica cognitivo-conductual en el grupo experimental en relación al grupo control.

SEGUNDA.- A través de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual para niños con TDAH, se identificaron los cambios conductuales que generaron los niños, y se observó una disminución significativa de los síntomas en cada una de las cuatro sub-escalas (hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta, e hiperactividad + déficit de atención)

TERCERA.- Hubo disminución de la frecuencia en conductas como excesiva inquietud motora, molestar a otros niños, moverse constantemente, impulsividad, distractibilidad, gritar en situaciones inadecuadas, discutir y pelear por cualquier cosa, llevarse mal con la mayoría de sus compañeros, aceptar de mala manera las indicaciones del profesor, entre otros.

CUARTA.- Se encontraron cambios en el grupo control en relación al grupo experimental, sin embargo, estos son mínimos y no tienen mayor significancia.

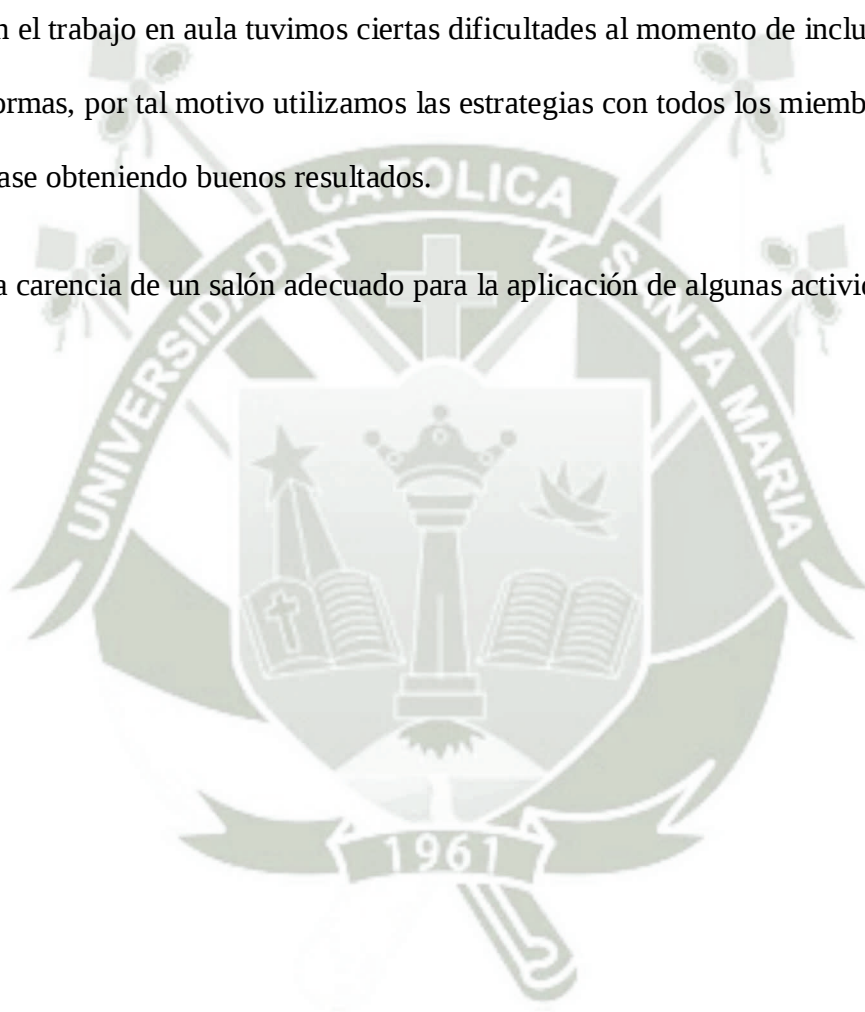
QUINTA.-La técnica implementada que obtuvo mayor cambio o repercusión en las conductas de los niños fue el entrenamiento en base a “Economía de fichas” y “relajación progresiva”, ya que permitió mayor solución en los problemas y la adaptación a las diversas situaciones cotidianas.

4.- SUGERENCIAS

- A partir del desarrollo de esta investigación en la Institución Educativa, se recomienda que los niños que padecen TDAH cuenten con un diagnóstico previo realizado por la disciplina psicológica, neurológica y psiquiátrica, con el fin de evitar errores tanto en el diagnóstico como en la intervención.
- Es importante que este programa sea implementado siempre con padres y docentes, ya que se podrían aportar el proceso desde una visión integral (familia, escuela, interrelación) y a la vez refuerzan la conducta del niño en la casa y escuela.
- Se recomienda que los niños intervenidos con este tipo de programa, se les realice un seguimiento periódico que permita reforzar los cambios positivos que se generaron a partir de su implementación.
- Esta investigación, podría ser parte de una propuesta de implementación en el Sistema Curricular Educativo en la ciudad de Arequipa o que sea opción para los colegios que deseen promover y mejorar los planes de inclusión.
- Que como parte del Programa de Psicología, se promueva futuros estudios que podrían complementar nuestra investigación, viendo la incidencia y el rol que juega el docente en el aumento o disminución de la incidencia del TDAH en el contexto escolar; la influencia que tiene el tipo de crianza por parte de los padres en la evolución del trastorno de sus hijos, la efectividad con tratamientos combinados, entre otros interrogantes.

5.- LIMITACIONES

- Interferencia horaria con otras actividades previamente planificadas en la institución.
- La aplicación de las sesiones estuvo bajo la disponibilidad de tiempos acorde a los horarios establecidos por la institución, siendo estas muy discontinuas.
- En el trabajo en aula tuvimos ciertas dificultades al momento de incluir las normas, por tal motivo utilizamos las estrategias con todos los miembros de la clase obteniendo buenos resultados.
- La carencia de un salón adecuado para la aplicación de algunas actividades.



6.- REFERENCIAS

- Acosta, M. (2000). Aspectos neurobiológicos del déficit de atención/Hiperactividad. Estado actual del conocimiento. . *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias.* , 2,4-5.
- Althoff, R., Rettew, D. & Hudziak, J.(2003) Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Psychiatric Annuals*, 33,245-252.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention - deficit / hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10S), 85 – 121
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Arco, J.L. y Fernández-Balboa, J.M. (2003). Some barriers to school reforms in Spain. *International Review of Education*, 46 (6), 580-600.
- Armando Filomeno, E. (2008). *Manual de diagnóstico y manejo del TDAH: enfoque multidisciplinario*. Lima, Perú .
- Armstrong, T(2001). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad, estrategias en el aula. Mexico:Paidós.
- Baddeley, A. (1990). Working Memory. *New York: Oxford University Press* .
- Baer, R. y Nietzel, M. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: a meta-analytic review of the outcome literature.*Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412
- Bara, S. P. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastornos por déficit de atención/ Hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista neurológica* , 37 (7),608-615.
- Barabasz, M. & Barabasz, A (1996): Attention deficit disorder: Diagnostic, etiology and treatment. *Child Study Journal*, 26 , 1 - 37.
- Barkley, R. A. (1987). Defiant children: A clinician' s manual for parent training. The Guilford Press, New York.
- Barkley, R. A. (1995). Taking charge of ADHD. The Guilford Press, New York.
- Barkley, R. A. (1996). Attention - deficit hyperactivity disorder. En Masch, E. J. & Barkley, R. A. *Child psychopathology* (pp. 63 – 112). The Guilford Press, New York.

- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65 - 94.
- Barkley, R. A.; Murphy, K. R. & Bauermeister, J. J. (1998). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un manual de trabajo clínico. The Guilford Press, Estados Unidos.
- Beltrán, Y. (2008) Evaluación del impacto de un programa de intervención cognitivo conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad pertenecientes al Municipio de Girón. Tesis presentada para obtener el Título de Psicólogas.
- Braswell, L. & Bloomquist, M. L. (1991). Cognitive - behavioral therapy with ADHD children. The Guilford Press, New York
- Caballo, V. E. (1996). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo Veintiuno, España
- Cain, O. J. (2004). Childrens reading comprehension ability: concurrent prediction by working memory verbal ability, and component skills. *Journal of Educational psychology* , 96,31-42.
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niño/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.
- Canet, J. (2008). *Memoria de trabajo: Bucle fonológico y ejecutivo central y su relación con la comprensión lectora*. Argentina: Facultad de psicología de la universidad nacional de Mar de plata.
- Castro Viejo, I. (2002). Enfermedad comorbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. . *Revista de neurología* , 35 (1), 11-1.
- Cutting, L. &. (2006). Prediction of reading comprehension: relative contributions of word recognition, language proficiency, and other cognitive skills can depend on how comprehension is measured. *Sci Stu Reading* , 10, 277-99.
- Diamond, J. & Mattsson, A. (1998). Trastorno por déficit de atención / hiperactividad. En Parmelee, D. X. (ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 69 – 82). Harcourt Brace, España.
- Farré-Riba A, Narbona, J.(2003) EDAH, escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Manual de uso y hojas de respuesta. 5 ed. Madrid: TEA; 2003
- García, E. M. & Magaz, A. (2000). TDA – H: Protocolo de Evaluación general y Específica Niños y Adolescentes. Editorial Grupo ALBOR - COHS, España
- Gelder, M., Mayou, R. & Geddes, J. (2000). Oxford Psiquiatría. Marbán Libros, España

- Ginebra, O. M. (1992). *CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. España: Meditor.
- Gomez, L. P. (2005). Conciencia Fonológica en niños con trastorno de la atención sin dificultades en el aprendizaje. *revista neurológica* , 40 (10), 581-586.
- Hernández, R.. (2006). *Metología de la Investigación* (4).México: Mc Graw Hill.
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K. C., Kraemer, H. C., Abikoff, H. B., Arnold, E. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA: negative / ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal Abnormal Child Psychology*, 28, 555 – 568.
- Hohman, L. (1922) *Post encephalitis behavior disorders in children*. Jhon Hopkins Hosp. p 372.
- Hoza, B., Gerdes, A.C., Mrug, S., Hinshaw, S.P., Bukowski, W.M., Gold, J.A., et al. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Adolescent Psychology*, 34, 74-86
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Editorial Prentice Hall, México. (Kendall y Braswell, 1993).
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002) *Investigación del comportamiento*. 4ª Ed. McGraw Hill. México.
- Kotkin, R. (1998). The Irvine Paraprofessional Program: promising practice for serving students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 31 (6), 556 – 564
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins, New York.
- Michelson, L., Sugai, D. O., Wood, R. O. & Kazdin, A. E. (1987), *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Ediciones Martínez Roca, España.
- Miranda, A.; Soriano, M., Presentación, M. J. & Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203 - 216.
- Miranda, S. J. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de neurología* , 182-188.
- Muro, A.(2005) *El metilfenidato, droga adictiva e inútil que incita el suicidio*. Recuperado el 02 de Agosto del 2013 de <http://www.dsalud.com>
- Pelham, W.E., Massetti, G.M., Wilson, T., Kipp, H., Myers, D., Newman, B.B., et al. (2005). Implementation of a comprehensive schoolwide behavioral intervention: The ABC Program. *Journal of Attention Disorders*, 9, 248-260.

- Pineda, D. A.; Kamphaus, R. W.; Mora, O.; Puerta, I. C.; Palacio, L. G.; Jiménez, I.; Mejía, S., García, M.; Arango, J. C.; Jiménez, M. E.; Lopera, F., (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad, 28 (10), 952 - 959.
- Pizarro, A. y Valenzuela, K.(2003) *Eficacia de un programa Multicomponente Cognitivo Conductual en un contexto educativo para el tratamiento de niños chilenos diagnosticados con Trastorno de Deficit de Atención con Hiperactividad*. Universidad de Chile.
- Puentes, P. E. (2008). Características conductuales y neuro psicológicas de niños de ambos sexos, de 6 a 11 años, con trastorno por deficit de atencion/ Hiperactividad. *Revista neurologica* , (47), 175-184.
- Raggi, V.L., y Chronis, A.M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child Pharmacology and Psychology*, 9, 85-111.
- Sanchez Carpintero, R. (2001). Revision conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por deficit de atencion e hiperactividad . *Revista neurologica* , 33 (1), 47-53.
- Shelton, T.L., Barkley, R.A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barret, S., et al. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 253-266.
- Shirk, S. R. & Russel, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy*. The Guilford Press, New York
- Taylor, E. (1994). Syndromes of attention deficit and hyperactivity. En Rutter, M.; Taylor, E. & Hersov, L. (eds). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, Blackwell Scientific, New York
- Taylor, E.A. (1990). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vaquerizo, J. E. (2005). El lenguaje en el trastorno por deficit de atencion con hiperactividad: Competencias narrativas. *Revista neurologica* , 41 (supl. 1), s83-s89 s83.
- Weiss, G. y Hechtman, L. (1992). *Hyperactive Children Grown Up*. NewYork: Guilford Press.
- Wells, K., Eppstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C., Klaric J., Abicoff, H. B. y cols. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543 – 553.
- Wicks - Nelson, R. & Israel, A. C. (1999). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Prentice Hall, España.

7.- ANEXOS:

Anexo 1: Consentimiento informado

Arequipa, _____ de _____ 2013.

Yo _____ apoderado del alumno _____ me comprometo a participar de manera voluntaria e informada en un programa de tratamiento psicológico a realizarse en la Institución Educativa Claret durante los meses de Marzo a Setiembre del 2013. Es así como me comprometo a colaborar en el éxito del programa, contestando de manera honesta los cuestionarios y las preguntas que hará el psicólogo durante la etapa de la entrevista. También me comprometo a asistir, colaborar, y participar en los talleres que se llevarán a cabo, además de garantizar la asistencia de mi hijo en los talleres correspondientes.

Teniendo conocimiento del programa de terapia psicológica Cognitivo Conductual, estará a cargo de los Bachilleres en Psicología: Irina Echegaray Ugarte y Liliana Urquieta Rodríguez. El programa se llevará a cabo en la escuela y contempla aproximadamente 40 sesiones para los niños y/o padres.

Por último, doy mi consentimiento para la utilización de la información entregada para objetivos de investigación, manteniéndose la estricta confidencialidad de los datos obtenidos.

Firma Apoderado

**Anexo 2: Hoja de Anotación-Evaluación del Trastorno de Déficit de
Atención con Hiperactividad (EDAH).**

EDAH
HOJA DE ANOTACIÓN

NOMBRE: _____
INSTITUCIÓN: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO UN CIRCULO EL GRADO
EN QUE EL ESTUDIANTE PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS
DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata solución a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes , ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrog	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, inconst	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACION ES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA		H+DA+TC		
	PD								
	CENTIL								

Anexo 3: Programa de Intervención Cognitivo Conductual**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL****PRIMERA SESION**

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 6.00pm	REUNION CON LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH	Lograr que los padres acepten el programa de intervención cognitiva conductual como un método de ayuda dentro de la institución educativa.	Pizarra Equipo de sonido	Se dio una charla y se les enseñó el programa del cual sus niños serian parte.	Ficha de observación 1

*Esta primera sesión se realizó el mes de diciembre del 2012 para que el programa converja con el inicio de las labores escolares.

SEGUNDA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	APLICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EDAA	Recopilar datos importantes para observar la eficacia del test. Aplicación del pre test. Al grupo control y grupo experimental.	Fotocopias para entregar al tutor de cada aula.	Entregar una copia a cada tutor para que pueda evaluar la conducta del niño dentro del aula.	Ficha de observación 2

TERCERA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	PREPARATIVOS PARA LA ADAPTACION INTEGRAL DEL ALUMNO AL PROGRAMA.	• Lograr que los niños interactúen sin ninguna orientación. • Lograr que los niños se adapten al programa con orientación. • Lograr utilizar la terapia de contingencia en todo momento.	Aula Estable Juegos de presentación Pizarra Papelotes	Se iniciara la sesión con juegos de presentación, en la cual el niño podrá expresarse libremente, como primera sesión se establecerá normas y reglas que el niño tendrá que cumplir en el proceso del programa.	Ficha de observación 3

CUARTA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	CHARLA DE ORIENTACION A PROFESORES	Lograr el compromiso del tutor para ayudar al alumno a mejorar su conducta	Salón de clase. Pizarra Sistema de sonido	Se les proporcionara material para la realización de economía de fichas dentro del salón.	Ficha de observación 4

QUINTA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	USO DE REFORZADORES SOCIALES	Lograr que los niños se sientan incluidos en el aula, siendo reconocidos por sus amigos.	Salón de clases de 1ero, 2do, 3ero y 4to de primaria del I.E.P. Claret	Se dio una charla a los niños de la importancia de que como clase actúen como una familia aceptando a sus compañeros que tenían problemas de conducta.	Ficha de observación 5

SEXTA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	APLICACIÓN DE LA TECNICA COGNITIVO CONDUCTUAL EN CLASE. “ECONOMIA DE FICHAS”	Lograr controlar el comportamiento del niño en su salón, a través del registro de sus responsabilidades.	Salón de clases de 1ero, 2do, 3ero y 4to de primaria del I.E.P. Claret. Matriz de comportamiento	Se colocara una matriz de comportamiento general en el aula, y se le pedirá a la tutora del aula que registre las buenas y malas conductas del niño durante el día.	Ficha de observación 6

SETIMA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	IDENTIFICAR ESTIMULOS DENTRO DE UN CONJUNTO	Lograr que el niño localice cada vez que se repita un elemento.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 7

OCTAVA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	COMPARAR ESTIMULOS DENTRO DE UN CONJUNTO	Localizar elementos que se repiten o que faltan en dos o más conjuntos independientes.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 8

NOVENA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	COMPARAR ESTIMULOS DENTRO DE UN CONJUNTO	Localizar precisamente los elementos que se repiten o que faltan en dos o más conjuntos independientes.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 9

DECIMA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	COMPARAR ESTIMULOS DENTRO DE UN CONJUNTO	El niño debe haber podido localizar con éxito los elementos que se repiten o que faltan en dos o más objetos.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 10

DECIMA PRIMERA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	IDENTIFICAR ESTIMULOS DENTRO DE SERIES	En una sucesión de elementos, identificar todos los que pertenecen o no a la serie.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 11

DECIMA SEGUNDA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	IDENTIFICAR ESTIMULOS DENTRO DE SERIES	En una sucesión de elementos, identificar precisamente todos los elementos que pertenecen o no a la serie.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 12

DECIMA TERCERA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	IDENTIFICAR ESTIMULOS DENTRO DE SERIES	El niño debe haber podido identificar exitosamente todos los elementos que pertenecen o no a la serie.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 13

DECIMA CUARTA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RECONOCER ESTIMULOS EN EL PLANO O EN EL ESPACIO	Unir puntos siguiendo las instrucciones.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 14

DECIMA QUINTA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RECONOCER ESTIMULOS EN EL PLANO O EN EL ESPACIO	Unir precisamente los puntos siguiendo las instrucciones.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 15

DECIMA SEXTA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RECONOCER ESTIMULOS EN EL PLANO O EN EL ESPACIO	El niño debe haber podido unir exitosamente los puntos siguiendo las instrucciones.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 16

DECIMA SEPTIMA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RECONOCER PALABRAS O FRASES QUE CUMPLAN UNA CONDICION DADA.	Identificar objetos, palabras, ideas principales, detalles importantes a partir de una indicación.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 17

DECIMA OCTAVA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RECONOCER PALABRAS O FRASES QUE CUMPLAN UNA CONDICION DADA.	Identificar precisamente los objetos, palabras, ideas principales, detalles importantes a partir de una indicación.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 18

DECIMA NOVENA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RECONOCER PALABRAS O FRASES QUE CUMPLAN UNA CONDICION DADA.	El niño debe haber podido Identificar exitosamente los objetos, palabras, ideas principales, detalles importantes a partir de una indicación.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 19

VIGÉSIMA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	REPRODUCIR IGUALMENTE O EN PARTE MODELOS IGUALES.	Copiar o calcar exitosamente dibujos iguales o simétricos.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 20

VIGÉSIMA PRIMERA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RETENER MENTAMENTE ELEMENTOS, PARA LUEGO REPRODUCIRLO.	Emparejar elementos iguales a otros que se han visto y se retienen en la memoria.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 21

VIGÉSIMA SEGUNDA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RETENER MENTAMENTE ELEMENTOS, PARA LUEGO REPRODUCIRLO.	Ser más precisos al momento de emparejar elementos iguales a otros que se han visto y se retienen en la memoria.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 22

VIGÉSIMA TERCERA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RETENER MENTAMENTE ELEMENTOS, PARA LUEGO REPRODUCIRLO.	Lograr exitosamente emparejar elementos iguales a otros que se han visto y se retienen en la memoria.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 23

VIGÉSIMA CUARTA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	COLOCAR EN ORDEN DETERMINADO LOS ELEMENTOS DE UN CONJUNTO.	Colocar conjuntos de elementos diversos de acuerdo a algunos criterios.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 24

VIGÉSIMA QUINTA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	COLOCAR EN ORDEN DETERMINADO LOS ELEMENTOS DE UN CONJUNTO.	Colocar exitosamente conjuntos de elementos diversos de acuerdo a algunos criterios.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 25

VIGÉSIMA SEXTA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	ESTABLECER RELACIONES A ELEMENTOS DADOS EN RELACION A DIVERSOS CRITERIOS.	Atribuir propiedades a elementos aislados en comparación con otros.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 26

VIGÉSIMA SÉPTIMA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	ESTABLECER RELACIONES A ELEMENTOS DADOS EN RELACION A DIVERSOS CRITERIOS.	Atribuir exitosamente propiedades a elementos aislados en comparación con otros.	Aula estable. Fotocopias de las fichas que utilizaran los niños.	Cada niño en su carpeta realizara la ficha de atención.	Ficha de observación 27

VIGÉSIMA OCTAVA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RELAJAR PROGRESIVAMENTE SU CUERPO MEDIANTE TENSION DISTENSION MUSCULAR HASTA CONSEGUIR AUTOMATIZARLO.	Relajar progresivamente, cabeza, tronco y extremidades de manera inducida hasta que el niño lo realice solo.	Aula estable. Música instrumental o reiki.	Cada niño realizara su relajación en el aula estable ubicándose en el lugar que ellos decidan.	Ficha de observación 28

VIGÉSIMA NOVENA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RELAJAR PROGRESIVAMENTE SU CUERPO MEDIANTE TENSION DISTENSION MUSCULAR HASTA CONSEGUIR AUTOMATIZARLO.	Lograr que el niño relaje exitosamente, cabeza, tronco y extremidades de manera inducida hasta que el niño lo realice solo.	Aula estable. Música instrumental o reiki.	Cada niño realizara su relajación en el aula estable ubicándose en el lugar que ellos decidan.	Ficha de observación 29

TRIGÉSIMA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	RELAJAR PROGRESIVAMENTE SU CUERPO MEDIANTE TENSION DISTENSION MUSCULAR HASTA CONSEGUIR AUTOMATIZARLO.	Lograr que el niño relaje su cuerpo cada vez que lo necesite y/o cada vez que se le pida.	En casa, en un ambiente que no presente muchos estímulos distractores (televisor, equipo de sonido, Computadora, ruido etc) Tratar de realizar el ejercicio antes de dormir	Los padres de familia deberán pedirle que lo haga en los momentos que vean que el niño pierda el control.	Ficha de observación 30

TRIGÉSIMA PRIMERA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	PERMANECER UN TIEMPO CONTINUANDO CON LA TAREA SIN INTERRUPCION.	Permanecer sentado por periodos de 20 minutos e ir subiendo el tiempo.	Aula estable. Salón de clases.	A cada niño se le condicionara para que puedan estar sentados sin pararse por periodos iniciándolos con 20 min se reforzara si el niño lo logra, mediante la terapia de contingencia.	Ficha de observación 31

TRIGÉSIMA SEGUNDA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	PERMANECER UN TIEMPO CONTINUANDO CON LA TAREA SIN INTERRUPCION.	Permanecer sentado por periodos de 20 minutos e ir subiendo el tiempo. Lograr que el niño practique este ejercicio en casa con supervisión de los padres	Aula estable. Salón de clases. Cualquier ambiente del hogar que no tenga elementos distractores	A cada niño se le condicionara para que puedan estar sentados sin pararse por periodos iniciándolos con 20 min se reforzara si el niño lo logra, mediante la terapia de contingencia.	Ficha de observación 32

TRIGÉSIMA TERCERA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	PLANIFICAR SU TRABAJO MEDIANTE AUTOINSTRUCCIONES Y AUTOEVALUARLO.	Se calificara cada ficha realizada por el niño para que el evalué su trabajo.	Aula estable. Fichas realizadas. Folder de cada niño	El niño calificara sus fichas realizadas con ayuda de la terapeuta.	Ficha de observación 33

TRIGÉSIMA CUARTA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	REFORZADORES SOCIALES	Premiar al niño por la realización de las actividades en el aula estable,	• Uniforme de los distintivos escolares. • Cordón según su distintivo • Apoyo del tuto del aula	Se lo hará parte importante del salón del aula como Policía escolar, patrulla ecología, defensa civil. Reforzando su comportamiento	Ficha de observación 34

TRIGÉSIMA QUINTA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	ATENCION SELECTIVA, ATENCION MANTENIDA	1. Identificar estímulos dentro de un conjunto. 2. Comparar estímulos dentro de un conjunto. 3. Identificar estímulos dentro de series.	Aula estable. Fichas realizadas. Folder de cada niño	Mediante fichas el niño deberá resolver lo aprendido anteriormente en un tipo de evaluación.	Ficha de observación 35

TRIGÉSIMA SEXTA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	EXAMENES ESCOLARES	Lograr que el niño pueda obtener calificaciones aprobatorias B+ o A en la asignatura de Matemática.	Fichas de resúmenes esquemáticos de lo que se realizó en el aula	Se le enseña al niño de una manera más práctica a estudiar los cursos de matemática y comunicación, ya sea por ejemplo en papelotes pegados en el salón de terapia en forma de resumen donde el niño pueda	Ficha de observación 36

TRIGÉSIMA SÉPTIMA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	EXAMENES ESCOLARES	Lograr que el niño pueda obtener calificaciones aprobatorias B+ o A en la asignatura de Comunicación.	Fichas de resúmenes esquemáticos de lo que se realizó en el aula	Se le enseña al niño de una manera más práctica a estudiar los cursos de matemática y comunicación, ya sea por ejemplo en papelotes pegados en el salón de terapia en forma de resumen donde el niño pueda	Ficha de observación 37

TRIGÉSIMA OCTAVA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	CREAR SU HORARIO DE TRABAJO	Lograr que el niño junto al terapeuta realice un horario en el que pueda tener tiempo de juego como la dedicación en el estudio Utilizar la terapia de contingencia para motivar al niño a lograr cumplir su horario.	Cartulina Plumones de colores Colores Pegamento	Se realizara con el niño su horario que podrá ser decorado libremente.	Ficha de observación 38

TRIGÉSIMA NOVENA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	TIEPO FUERA DE RAZONAMIENTO	Logra que el niño pueda tener un tiempo en el que relaje su cuerpo y que realice actividades diferentes en clase o en el asa para que pueda controlar el mismo su conducta	En clase proporcionar una esquina del salón para implementar el área de tiempo fuera, con ficha, etc. Apoyo del tutor del aula.	Consiste en separar temporalmente al sujeto de las fuentes del lugar en que operan los reforzadores o recompensas., esto se hace inmediatamente después de la conducta. Este tiempo fuera debe ser aplicado también por los tutores del aula si es que el niño no cumple con las normas establecidas en la clase	Ficha de observación 39

CUATRIGÉSIMA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	CHARLA DE ORIENTACION A LOS PADRES DE FAMILIA.	Lograr que los padres se comprometan a ayudar en mejorar el comportamiento de sus hijos, implementando reglas y horarios en casa. Implementar apoyo co-terapéutico.	Salón de clase. Pizarra Sistema de sonido	Se les proporcionara a los padres las evaluaciones aplicadas a los niños durante el proceso de las sesiones.	Ficha de observación 40

CUATRIGÉSIMA PRIMERA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	CHARLA DE ORIENTACION A PROFESORES	Lograr el compromiso del tutor para ayudar al alumno a mejorar su conducta	Salón de clase. Pizarra Sistema de sonido	Se les proporcionara material para la realización de economía de fichas dentro del salón.	Ficha de observación 41

CUATRIGÉSIMA SEGUNDA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	CO TERAPEUTA	Supervisión constante del niño para que mejore su conducta, aprendizaje y socialización en menor cantidad de tiempo.	Preceptora	Una vez el niño haya cumplido con estas sesiones, se le designa una preceptora en clase, es decir un tipo de ayuda personalizada al niño en clase, para que controle su conducta con el fin de que mejore esa misma y ayude en el aprendizaje del niño, es decir viendo que no se atrase en los cuadernos y que pueda desenvolverse correctamente en clase.	Ficha de observación 42

CUATRIGÉSIMA TERCERA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	APLICACIÓN DEL POST-TEST	Recopilar datos importantes para observar la eficacia del test. Aplicación del pre test. Al grupo control y grupo experimental.	Fotocopias para entregar al tutor de cada aula.	Entregar una copia a cada tutor para que pueda evaluar la conducta del niño dentro del aula.	Ficha de observación 43

CUATRIGÉSIMA CUARTO SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
8.00am 8.45am	PRESENTACION DE RESULTADOS	.Comprar la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual.	Impresión de los resultados	Se le presentara al director del plantel educativo particular Claret, el informe de los resultados de la aplicación del programa,	Ficha de observación 44

CUATRIGÉSIMA QUINTA SESIÓN

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 8.00pm	FIESTA TERAPEUTICA	Premiar a los niños por su buena participación dentro del programa.	Torta Golosinas Gorros de felicitación.	Se organizara una fiesta de integración donde cada niño podrá invitar a sus amigos a participar del compartir que ellos organizaran.	Ficha de observación 45

CUATRIGÉSIMA SEXTA SESION

HORA	TEMA	OBJETIVO	RECURSOS	ACCIONES	INDICADORES DE EVALUACION
4.00pm 5.30pm	RETROALIMENTACION	Reforzar los conocimientos adquiridos durante la aplicación del programa.	Apoyo de los tutores. Fichas de atención.	Se seguirá contando con el apoyo de la co-terapeuta, seguirá con los reforzadores dentro del aula y con el apoyo de los padres en la casa.	Ficha de observación 46

Anexo 4:**FICHA DE OBSERVACION**

PLAN DE APOYO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Identifica estímulos dentro de un conjunto									
Reconoce, letras, símbolos, dibujos.									
Localiza las veces que se repite un elemento									
Elige entre varios elementos desordenados									
Comparar elementos dentro de un conjunto									
Reconocer palabras y otros elementos que tengan una determinada característica.									
Señalar números y otros elementos iguales o diferentes dentro de un mismo conjunto									
Localizar los elementos que se repiten o faltan en dos o más conjuntos independientes.									
Hallar diferencias o semejanzas que existen entre los dibujos									
Identificar estímulos dentro de series									
Proseguir series de letras, números, símbolos y dibujos; dados los primeros elementos									

Identificar todo lo que pertenece o no a la serie									
Elegir elementos para completar, palabras, símbolos. Etc.									
Reconocer estímulos en el plano o en el espacio									
Unir puntos siguiendo instrucciones									
Trazar líneas siguiendo instrucciones									
Construir oraciones, cuentos, frases									
Reconocer palabras o frases que cumplan unas condiciones dadas.									
Localizar palabras sinónimas a unas dadas									
Señalar antónimos de palabras conocidas									
Identificar objetos, palabras, ideas principales, detalles importantes.									
Reproducir totalmente o en parte modelos iguales u opuestos a otros dados									
Copiar dibujos iguales o simétricas con cierta precisión									
Construir o completar modelos diversos partiendo de los elementos que lo constituyen									
Retener mentalmente elementos modelos para reproducirlos, asociarlos a categorías.									
Reproducir finalmente un modelo una vez visto y memorizarlo									

Emparejar elementos iguales a otros que se han visto y se retienen en su memoria									
Colocar en un orden determinado los elementos de un conjunto conocido									
Ordenar conjuntos de elementos diversos de acuerdo con unos criterios									
Secuenciar los pasos de un proceso conocido para poder aplicarlo.									
Establecer relaciones de elementos dados atendiendo a diversos criterios									
Atribuir propiedades a elementos aislados o en comparación con otros									
Establecer clasificaciones de elementos dados atendiendo a diversos criterios.									
Relajar progresivamente su cuerpo mediante tensión- distensión muscular hasta conseguir automatizarlo.									
Relajar progresivamente, cabeza, tronco y extremidades de manera inducida hasta que el niño lo realice solo.									
Permanecer un tiempo continuado en la tarea sin interrupción									
Permanecer sentado periodos de 25 minutos e ir subiendo progresivamente									
Planificar sus trabajo mediante Auto instrucciones y autoevaluarlo									
Al finalizar las tareas enumerar las actividades y puntuar su ejecución, 1 mal, 2 regular, 3 bien, 4 muy bien, 5 genial.									
Trabajo de contingencias con la preceptora y profesora en el aula									

Realiza los trabajos que se le pide en clase									
Deja de molestar a sus compañeros									
Esta al día en los cuadernos.									
Participa colaborando en clase									
Cuenta con mas compañeros en el aula.									



ANEXO 5:**MODELO DE SESIÓN**

MINUTOS	ACCIONES	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
2	Saludo de Bienvenida	Lograr mayor apertura y disposición por parte de los alumnos	Aula Estable Juegos de presentación Pizarra Papelotes Fichas de evaluación Ficha Número 1 Bippers
2	Oración Inicial	De forma oral y en cantos, una oración	
2	Ubicación en sitios Estratégicos	Se distribuye a los alumnos en el aula.	
5	Dinámica de Motivación	Utilizando diversos modos de comunicación, se propone entusiasmar y estimular de manera introductoria para las acciones siguientes.	
3	Instrucciones	Compartir de reglas y recomendaciones a seguir	
2	Repartición de las Fichas		
20	Realización de las Actividades	Se desarrolla actividades teórico-práctico conforme a la temática de cada sesión.	
5	Convivencia	Los alumnos se interrelacionan puedan interrelacionarse para poner en práctica los conocimientos adquiridos.	
2	Despedida	-----	
2	Ficha De Evaluación	Los docentes que participan responden la ficha de evaluación prevista para cada sesión.	

