



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL**

**DIRECCIÓN GENERAL DE POSGRADOS**

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

**LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA EL MEJORAMIENTO  
DE LA CONDUCTA DE NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE  
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y APOYO A PADRES EN LA  
CLÍNICA CLUB DE LEONES “QUITO CENTRAL”, PERIODO ENERO-  
MARZO 2015**

**Tema de Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar por el  
grado de Magister en Educación Especial**

**Autora:**

**Sofía Ortiz Lara**

**Director:**

**MSC. Henry Benítez**

**Quito-Ecuador**

**Mayo 2015**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE ANEXOS .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	vii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA .....	viii
INFORME DEL DIRECTOR .....	ix
DEDICATORIA .....	x
AGRADECIMIENTO .....	xi
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Contextualización del Problema .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Formulación del Problema .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Sistematización del Problema .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4. Objetivos de la Investigación .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4.1. Objetivo General .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5. Justificación de la Investigación .....</b>	<b>5</b>
<b>1.6. Alcance de la Investigación .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Antecedentes de la Investigación .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. Marco Teórico .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.1.1. Definición .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.1.2. Causas .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.1.3. Síntomas y Características .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.1.4. Consecuencias principales y padecimientos asociados .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2. Psicoeducación .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.2.1. Definición .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.2.2. Objetivos y Propósitos .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.2.3. Metodología .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.2.4. Necesidades familiares e importancia .....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>48</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1. Enfoque de investigación .....</b>	<b>48</b>

<b>3.2. Modalidad de investigación</b> .....	49
<b>3.2.1. Bibliográfica-Documental</b> .....	49
<b>3.2.2. De Campo</b> .....	50
<b>3.2.3. Proyecto de Desarrollo</b> .....	50
<b>3.3. Tipos de investigación</b> .....	51
<b>3.4. Métodos de investigación</b> .....	52
<b>3.5. Población y muestra</b> .....	53
<b>3.6. Técnicas e instrumentos</b> .....	54
<b>3.7. Operacionalización de las variables</b> .....	59
<b>Variable TDAH</b> .....	59
<b>3.8. Plan de recolección de la información</b> .....	60
<b>3.9. Plan de procesamiento de la información</b> .....	60
<b>3.10. Análisis e Interpretación de resultados</b> .....	61
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	93
<b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b> .....	93
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	95
<b>ANEXOS</b> .....	97

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo N° 1:</b> Test del EDAH aplicado a los niños, antes y después de la implementación de los talleres .....	97
<b>Anexo N° 2:</b> Imágenes de la implementación de los talleres psicoeducativos en la Clínica “Club de Leones” .....	99
<b>Anexo N° 3:</b> Cronograma de la investigación.....	103

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1.</b> Plan de recolección de la información .....	60
<b>Tabla N° 2.</b> Resultados para el sujeto 1 antes de implementar los talleres .....	62
<b>Tabla N° 3.</b> Resultados para el sujeto 1 después de implementar los talleres .....	62
<b>Tabla N° 4.</b> Resultados para el sujeto 2 antes de implementar los talleres .....	63
<b>Tabla N° 5.</b> Resultados para el sujeto 2 después de implementar los talleres .....	63
<b>Tabla N° 6.</b> Resultados para el sujeto 3 antes de implementar los talleres .....	64
<b>Tabla N° 7.</b> Resultados para el sujeto 3 después de implementar los talleres .....	64
<b>Tabla N° 8.</b> Resultados para el sujeto 4 antes de implementar los talleres .....	65
<b>Tabla N° 9.</b> Resultados para el sujeto 4 después de implementar los talleres .....	65
<b>Tabla N° 10.</b> Resultados para el sujeto 5 antes de implementar los talleres .....	66
<b>Tabla N° 11.</b> Resultados para el sujeto 5 después de implementar los talleres .....	66
<b>Tabla N° 12.</b> Resultados para el sujeto 6 antes de implementar los talleres .....	67
<b>Tabla N° 13.</b> Resultados para el sujeto 6 después de implementar los talleres .....	67
<b>Tabla N° 14.</b> Resultados para el sujeto 7 antes de implementar los talleres .....	68
<b>Tabla N° 15.</b> Resultados para el sujeto 7 después de implementar los talleres .....	68
<b>Tabla N° 16.</b> Resultados para el sujeto 8 antes de implementar los talleres .....	69
<b>Tabla N° 17.</b> Resultados para el sujeto 8 después de implementar los talleres .....	69
<b>Tabla N° 18.</b> Resultados para el sujeto 9 antes de implementar los talleres .....	70
<b>Tabla N° 19.</b> Resultados para el sujeto 9 después de implementar los talleres .....	70
<b>Tabla N° 20.</b> Resultados para el sujeto 10 antes de implementar los talleres .....	71
<b>Tabla N° 21.</b> Resultados para el sujeto 10 después de implementar los talleres .....	71
<b>Tabla N° 22.</b> Resultados para el sujeto 11 antes de implementar los talleres .....	72
<b>Tabla N° 23.</b> Resultados para el sujeto 11 después de implementar los talleres .....	72
<b>Tabla N° 24.</b> Resultados para el sujeto 12 antes de implementar los talleres .....	73
<b>Tabla N° 25.</b> Resultados para el sujeto 12 después de implementar los talleres .....	73
<b>Tabla N° 26.</b> Resultados para el sujeto 13 antes de implementar los talleres .....	74
<b>Tabla N° 27.</b> Resultados para el sujeto 13 después de implementar los talleres .....	74
<b>Tabla N° 28.</b> Resultados para el sujeto 14 antes de implementar los talleres .....	75
<b>Tabla N° 29.</b> Resultados para el sujeto 14 después de implementar los talleres .....	75
<b>Tabla N° 30.</b> Resultados para el sujeto 15 antes de implementar los talleres .....	76
<b>Tabla N° 31.</b> Resultados para el sujeto 15 después de implementar los talleres .....	76
<b>Tabla N° 32.</b> Resultados para el sujeto 16 antes de implementar los talleres .....	77
<b>Tabla N° 33.</b> Resultados para el sujeto 16 después de implementar los talleres .....	77
<b>Tabla N° 34.</b> Resultados para el sujeto 17 antes de implementar los talleres .....	78
<b>Tabla N° 35.</b> Resultados para el sujeto 17 después de implementar los talleres .....	78

<b>Tabla N° 36.</b> Resultados para el sujeto 18 antes de implementar los talleres .....	79
<b>Tabla N° 37.</b> Resultados para el sujeto 18 después de implementar los talleres .....	79
<b>Tabla N° 38.</b> Resultados para el sujeto 19 antes de implementar los talleres .....	80
<b>Tabla N° 39.</b> Resultados para el sujeto 19 después de implementar los talleres .....	80
<b>Tabla N° 40.</b> Resultados para el sujeto 20 antes de implementar los talleres .....	81
<b>Tabla N° 41.</b> Resultados para el sujeto 20 antes de implementar los talleres .....	81
<b>Tabla N° 42.</b> Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH antes de los talleres	82
<b>Tabla N° 43.</b> Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH después de los talleres .....	84
<b>Tabla N° 44.</b> Comportamiento integral de los varones, antes del taller .....	85
<b>Tabla N° 45.</b> Comportamiento integral de las hembras, antes del taller .....	86
<b>Tabla N° 46.</b> Comportamiento integral de los varones, después del taller.....	87
<b>Tabla N° 47.</b> Comportamiento integral de las hembras, después del taller.....	88
<b>Tabla N° 48.</b> Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, antes del taller .....	89
<b>Tabla N° 49.</b> Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, antes del taller.....	89
<b>Tabla N° 50.</b> Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, después del taller .....	91
<b>Tabla N° 51.</b> Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, después del taller .....	91

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1.</b> Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH antes de los talleres .....	82
<b>Gráfico N° 2.</b> Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH después de los talleres .....	84
<b>Gráfico N° 3.</b> Comportamiento integral de los varones, antes del taller .....	85
<b>Gráfico N° 4.</b> Comportamiento integral de las hembras, antes del taller .....	86
<b>Gráfico N° 5.</b> Comportamiento integral de los varones, después del taller.....	87
<b>Gráfico N° 6.</b> Comportamiento integral de las hembras, después del taller.....	88
<b>Gráfico N° 7.</b> Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, antes del taller.....	89
<b>Gráfico N° 8.</b> Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, antes del taller.....	90
<b>Gráfico N° 9.</b> Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, después del taller .....	91
<b>Gráfico N° 10.</b> Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, después del taller .....	92

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

Yo, **SOFÍA ORTIZ LARA**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido presentado para ningún grado o calificación profesional.

Además, de acuerdo a la Ley de Propiedad Intelectual, todos los derechos del presente Trabajo de Grado, por su reglamento y normativa institucional vigente, pertenecen a la Universidad Tecnológica Equinoccial.

**Sofía Ortiz Lara**

C.I.0201144839



## **INFORME DEL DIRECTOR**

En mi calidad de Director del Trabajo de Grado presentado por la señorita SOFÍA ORTIZ LARA, previo a la obtención del Grado de Magíster en Educación Especial; Tema: “LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CONDUCTA DE NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y APOYO A PADRES EN LA CLÍNICA CLUB DE LEONES “QUITO CENTRAL”, PERIODO ENERO-MARZO 2015”, considero que dicho Trabajo reúne los requisitos y disposiciones emitidas por la Universidad Tecnológica Equinoccial por medio de la Dirección General de Posgrado para ser sometido a la evaluación del Tribunal examinador que se designe.

Quito, Mayo de 2015

**MSC. Henry Benítez**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi hijo José Manuel, que es el motor que me impulsa cada día a continuar y culminar este trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, que permitió que se den las circunstancias adecuadas para cristalizar este momento.

Al distinguido MSC.Henry Benítez, así mismo mi especial admiración y respeto a los maestros del Postgrado, a la Clínica Club de Leones de Quito.

A los padres de mis pacientes, pues sin ellos no hubiese sido posible la realización de este trabajo

A todas las personas que colaboraron de una u otra forma brindándome apoyo, para la realización de este trabajo.

## RESUMEN

El presente trabajo investigativo tiene el propósito de implementar y evaluar la pertinencia del método psicoeducativo, como estrategia alternativa de solución a la problemática del padecimiento de TDAH en los niños. Se trata de un estudio de tipo cualicuantitativo, de campo, bibliográfico documental, de proyecto de desarrollo, exploratorio y descriptivo; además, basado en métodos científico como la inducción-deducción, el analítico-sintético y el estadístico. Para responder a los objetivos fundamentales, y en función de las modalidades de investigación propuestas, se eligió a una muestra de 20 niños y sus padres de familia que asisten a la Clínica “Club de Leones” en búsqueda de orientación y ayuda ante la problemática que presentan. A los pequeños se les aplica el test EDAH para diagnosticar el nivel de riesgo del padecimiento para cada uno de los síntomas, y en función de ello estructurar los talleres psicoeducativos; posterior a los cuales se vuelve a aplicar este test para valorar el éxito de los mismos. De acuerdo con ello, se arribó a las siguientes conclusiones: la mayor prevalencia se presenta en el nivel de riesgo alto para cada uno de los síntomas, antes de ser implementados los talleres; sobre todo en el caso de los trastornos de conducta, la combinación de Hiperactividad y Desatención, la Hiperactividad, y la asociación de estos síntomas con los trastornos de conducta, en menor medida se presentan los problemas de desatención. La causa fundamental de dichas manifestaciones del comportamiento, se deben al TDAH que presentan de base; teniendo en cuenta el elevado porcentaje correspondiente a nivel alto de riesgo, para la comorbilidad de estos indicadores. Se aprecia una mejoría considerable en cuanto a la disminución de los síntomas del TDAH. No se perciben diferencias significativas en cuanto a los grupos de edades, antes ni después de la implementación de los talleres.

**Palabras Claves:**Psicoeducación, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos de Conducta, talleres, test de Evaluación de Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH), padres de familia, niños, síntomas, tratamiento, nivel de riesgo.

## ABSTRACT

This research work aims to implement and evaluate the relevance of psycho-educational method, as an alternative strategy for solving the problem of the suffering of ADHD in children. It is a quality-quantitative study type, field, bibliographic documentary project development, exploratory and descriptive; also it based on scientific methods as induction-deduction, the analytic-synthetic and statistical. To respond to the fundamental objectives and based on the proposed method of research, we chose a sample of 20 children and their parents who attend the "Lions Club" Clinic in search of guidance and support to the problems they present. A small is applied EDAH test to diagnose the disease risk level for each of the symptoms, and accordingly structured psychoeducational workshops; after which reapply this test to assess their success. Accordingly, he reached the following conclusions: the highest prevalence occurs in the high risk level for each of the symptoms, before being implemented workshops; especially in the case of conduct disorder, the combination of hyperactivity and inattention, hyperactivity, and the association of these symptoms with behavioral disorders, to a lesser extent neglect problems arise. The root cause of these behavioral manifestations are due to having ADHD base; considering the high percentage for high risk for comorbidity of these indicators. Significant improvement is seen in terms of reduction of symptoms of ADHD. No significant differences in age groups, before and after implementation of the workshops are perceived.

**Key Words:** Psychoeducation, Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (TADH), behavioral disorders, workshops, test Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHS), parents, children, symptoms, treatment, risk level.

## INTRODUCCIÓN

La intención del presente proyecto investigativo, es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pequeños que padecen TDAH o presentan un alto riesgo de tenerlo, a través de la implementación de talleres psicoeducativos a los padres de familia, a quienes mediante procesos de enseñanza-aprendizaje, acompañamiento emocional y orientación; se les capacita para que le garanticen un adecuado tratamiento a sus hijos y por tanto, un mejoramiento en su desempeño escolar, familiar y social. En función de ello y para darle cumplimiento a los objetivos de desarrollo, se estructura de la siguiente manera lógica: primeramente se describe y analiza todo lo referente al problema científico de investigación, su contextualización, sistematización y justificación, así como los objetivos fundamentales del estudio.

Luego aparece el capítulo relacionado con el Marco Referencial de la investigación que, consta de los antecedentes, la fundamentación teórica de las variables principales del estudio: TDAH y Psicoeducación, y el marco legal que lo sustenta. También se presenta una breve síntesis biográfica y temática del trabajo de uno de los principales autores referenciados y citados.

En la sección correspondiente a la Metodología de la Investigación, se expone las características del estudio, teniendo en cuenta el enfoque en que se basa, la modalidad, el tipo de investigación y los métodos científicos. También se presentan la población y muestra, la operacionalización de las variables y las técnicas fundamentales para recopilar información. Luego, se exponen los resultados principales del trabajo y su respectivo análisis e interpretación.

Por último, se enuncian las Conclusiones y Recomendaciones que, resultaron de todo el estudio investigativo y que implican la toma de conciencia al respecto. Y finalmente, se señala la **Bibliografía** consultada y citada, así como los **Anexos** del estudio científico.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1. Contextualización del Problema

El concepto de Psicoeducación se observó por primera vez en la literatura médica, en el artículo John E Donley en 1911, titulado “Psychotherapy and re-education” en The Journal of Abnormal Psychology. No fue sino 30 años después que el primer uso de la palabra Psicoeducación apareció en 1941, en un libro publicado por Brian E. Tolimson New York, US. McMillan.

El primer ejemplo de Psicoeducación está en la tesis “La stabilité du comportement” publicado en 1962, Francia. La popularización y desarrollo de la Psicoeducación, término que en su forma actual, se atribuye a la investigadora estadounidense Carol Anderson en 1980, en el tratamiento del contexto de problemas psicológicos con implicación familiar como ente principal para la recuperación de estos pacientes.

Anderson incluía técnicas del manejo del estrés más efectivas. Esta autora pretende constituir al terapeuta en un **Ombudsmano** bisagra entre la familia y el servicio de atención. La Psicoeducación según la terapia del comportamiento tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente.

En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.

En el Ecuador se ha realizado esta técnica de forma aislada y en grupos de pacientes en 2011 y 2012, con adicción a drogas y enfermedades catastróficas. La última fue realizada en 2013 con un enfoque individual. Con relación a problemas de TDAH, no se ha aplicado esta técnica como tal.

En cuanto al trastorno de déficit de atención e Hiperactividad parece haber sido evocado en los poemas del médico alemán Heinrich Hoffman en 1865, pero este término es atribuido casi en su totalidad por primera vez a George Still que habló ya sobre niños con dificultades en enfocarse en 1902, y también habló sobre excesiva sensibilidad, apasionados, agresivos y bajo control de impulsos muy cercano a la descripción actual. Still habló sobre el control moral. (Barkley, 1998, págs. 17-19)

En Norteamérica se preocupan sobre este tema en 1917 y 1918 por una epidemia de encefalitis, porque muchos niños sobrevivieron a la infección cerebral pero quedaron como secuelas problemas de comportamiento y cognitivos.

En 1939 se empezó a hablar sobre Síndrome de daño cerebral, y localización en el lóbulo frontal. Entre 1947 y 1951 se habló sobre plan educacional para la recuperación cognitiva. En 1957 se empieza a utilizar estimulantes para el área talámica y un método llamado Metrozol.

En la década de los 60 se describe como la edad de oro de la hiperactividad, y se lo describe como un síndrome que presenta dificultades de conducta, aprendizaje y habilidades sociales. (Barkley, 1998, págs. 20-30)

En la década de los 70 los investigadores Weiss y Hechman, en el año 1979, ya incluyen síntomas de dificultades de atención, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, conflictos parentales y escolares con sus pares.

En la década de los 80 hasta nuestros días hay mucha investigación y estudios realizados tomando en cuenta especialmente la dificultad de atención, dificultades de aprendizaje, dificultad de control de impulsos, y disfunción en el área de relaciones interpersonales, y finalmente sin dominio emocional. Y se proponen muchos estilos de terapia con carácter multidisciplinario. (Barkley, 1998, págs. 32-35)

En la actualidad el Trastorno de déficit de atención e Hiperactividad es el trastorno de desarrollo más estudiado en los últimos 100 años, analizando la alta prevalencia del 3 al 5%, de la población infantil ecuatoriana, según el psiquiatra Galo Pesantes, en 1996 en su libro “Neuropsiquiatría infantil”.

Barkley, Bauermeister y Anastopulus describen las dificultades como falta de auto-regulación, desatención, comorbilidad y trastornos psicológicos que están afectando en mayor o menor medida a sus padres y maestros, desencadenando en ellos reacciones que ocasionan interacciones negativas que terminan afectando el desenvolvimiento del niño. (Korzenikov, 2008, págs. 67-69)

Las Investigadoras argentinas KorzeniKov e Izon observaron que los niños con este Trastorno, experimentaban sentimientos de incapacidad, inseguridad, desmotivación por aprender y comportamientos negativitas. De igual manera observaron que sus padres suelen



manifestar síntomas desde la frustración hasta la más cruda depresión con grandes sentimientos de incompetencia parenteral.(Korzenikov, 2008, págs. 69-70)

“Los padres representan fuente de seguridad, modelo a seguir, el reflejo mismo de lo que los hijos sienten que son, la base fundamental sobre la que construyen su propia escala de valores y el de disciplina y autoridad”.(Korzenikov, 2008)

“De los padres depende en gran medida, la mejor o peor evolución de la sintomatología que presenta el niño hiperactivo”. (Orjales, 2002, pág. 70)

Con los antecedentes citados, se considera de vital importancia la *Aplicación de la Psicoeducación como estrategia de apoyo a padres en el Mejoramiento de la conducta de niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la clínica Club De Leones “Quito Central” durante el periodo Enero -Marzo 2015.*

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cómo se manifiestan los síntomas propios del TDAH, antes y después de la implementación de los talleres psicoeducativos, como estrategias de apoyo a padres para el mejoramiento de la conducta de sus hijos, en la clínica Club de Leones “Quito Central”, durante el periodo Enero-Marzo 2015; que indican un mejoramiento en su expresión y padecimiento?

## **1.3. Sistematización del Problema**

- ¿Cuáles se expresan los principales de síntomas y los posibles niveles de riesgo del TDAH en los niños objeto de estudio?
- ¿Cómo se presenta la situación diagnóstica de los pequeños, a partir de la aplicación del test EDAH por parte de los docentes, antes y después de la implementación del método psicoeducativo?
- ¿Qué diferencias significativas aparecen en cuanto al género y por grupo de edades, antes y después de la implementación de los talleres, en cuanto a la sintomatología del TDAH?
- ¿Qué impacto ha alcanzado el método psicoeducativo dirigido a los padres de familia, a partir de los resultados posteriores a su aplicación, ofrecidos por el test del EDAH?

## **1.4. Objetivos de la Investigación**

### **1.4.1. Objetivo General**

“Evaluarla mejoría de los síntomas propios del TDAH, antes y después de la implementación de los talleres psicoeducativos, como estrategias de apoyo a padres para el mejoramiento de la conducta de sus hijos, en la clínica Club de Leones “Quito Central”, durante el periodo Enero-Marzo 2015”.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar la presencia de síntomas y de los posibles niveles de riesgo del TDAH en los niños objeto de estudio, y en función de ello, orientar las estrategias psicoeducativas a implementar.
- Comparar la situación diagnóstica de los niños, a partir de la aplicación del test EDAH por parte de los docentes, quienes observan su comportamiento antes y después de la implementación del método psicoeducativo.
- Evaluar las posibles diferencias encontradas entre género y también por grupo de edades, antes y después de la implementación de los talleres.
- Valorar el impacto del método psicoeducativo dirigido a los padres de familia, a partir de los resultados posteriores a su aplicación, ofrecidos por el test del EDAH; contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de ambas partes involucradas.

## **1.5. Justificación de la Investigación**

La necesidad de buscar soluciones eficaces al problema que enfrenta la sociedad actual con respecto al TDAH (trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) es cada vez más recurrente en los niños porque se observa que hay un aumento en la frecuencia de asistencia a los consultorios de Psicólogos y Profesionales relacionados con esta actividad. En casa se encuentra un gran potencial de posibilidades para manejar y resolver los problemas de conducta de estos niños.

Los padres constituyen una figura clave para el manejo de este trastorno. Considerando también que la recuperación total de estos niños depende en gran medida de mejorar el entorno en el que se desenvuelven por tal razón se brindará apoyo y asesoramiento para realizar su tarea de mejor manera. En este sentido, los padres deberán

aprender nuevas estrategias y formas de abordaje. Con esta técnica se favorece y refuerza el conocimiento del manejo en la conducta de sus hijos.

Mediante estrategias psicoeducativas y entrenamiento se mejora el pronóstico de conducta y la calidad de vida de los niños con TDAH. Considerando que el éxito en la terapia de recuperación de estos niños dependerá de mejorar el ambiente.

Desde esta perspectiva se desarrollará una serie de talleres para padres, utilizando la estrategia psicoeducativa, para el abordaje del niño con TDAH. La intención de este trabajo es mostrar el pronóstico que se logrará con su aplicación en la sintomatología de los niños participantes, desde lo aprehendido por los padres.

El programa de entrenamiento parental tendrá como propósito, capacitar a padres de niños con TDAH en el uso de habilidades y técnicas específicas, que abordará la sintomatología de sus hijos; este programa les enseñará desde la comprensión hasta resolución de problemas

En la post-prueba se identificarán los cambios percibidos por los padres en cuanto a los síntomas del TDAH y conducta problemática de estos niños, que se modificarán respecto al inicio del taller, el aporte positivo de estos talleres, el beneficio de trabajar en grupo y las dificultades en la implementación de estas habilidades.

### **1.6. Alcance de la Investigación**

La Psicoeducación como estrategia para el tratamiento de TDAH, le dará a los afectados y sus familias una nueva perspectiva sobre este trastorno; ayudándoles a renovar su interés en la terapia, con el fin de mejorar el apoyo de los padres y obtener un mejoramiento en la condición de los niños en la clínica Club De Leones “Quito Central”, periodo Enero-Marzo 2015.

## CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

### 2.1. Antecedentes de la Investigación

Teniendo en cuenta que los antecedentes investigativos se constituyen en estudios anteriores que, desarrollan de manera similar o al menos analizan las variables que se desean evaluar en el presente; se ha realizado una revisión bibliográfica y linkográfica de temas de investigación relacionados con la problemática científica que se pretende solucionar. De lo anterior resulta que, específicamente no encuentran estudios referentes a la Psicoeducación como estrategia para el mejoramiento del TADH en los niños; pero sí hay muchas temáticas relacionadas con cada una de las variables, de forma independiente.

Entre estos estudios se pueden citar el desarrollado por Fiorentino & Labiano (2008, pág. 259), en el cual se reflexiona sobre los talleres como un tipo de intervención psicológica, apropiada para facilitar cambios cognitivo, emocional y comportamentales. A partir del análisis de los principales resultados, se arribó a las siguientes conclusiones: dentro del marco de la Psicología de la Salud, los talleres psicoeducativos constituyen una alternativa válida; orientada a promover motivaciones, actitudes, pautas de comportamientos saludables. Además, se adecuan a diferentes ámbitos educativos y pueden estar dirigidos a distintos grupos etáreos, tanto de población normal como a grupos conflictivos o de riesgo.

Por otra parte, aparece el efectuado por Banús (2014, pág. 2) que se resume de la siguiente manera: las técnicas que se describen están basadas en los principios de la Modificación de la Conducta. Este campo de la Psicología ha aportado, a partir del estudio sistemático del aprendizaje animal; numerosas técnicas eficaces para instaurar, corregir o modificar conductas en niños y jóvenes. Se han aplicado con éxito en diferentes campos, situaciones y personas, tanto en población normal como en población con trastornos severos. Hoy en día, siguen siendo aplicadas en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo, Autismo, etc, como forma de aliviar muchos de los síntomas. También se aplican en centros escolares de manera individual o en grupo.

Por último se hace referencia a la investigación realizada por Guerra (2014, pág. 7), cuya intención de encontrar estrategias cognitivas y conductuales para mantener bajos los síntomas del TDAH en niños de entre 8 a 11 años de edad. Por esta razón, se seleccionó una muestra aleatoria de ocho adultos representantes, de niños diagnosticados con el trastorno en la escuela Joel Ostin; a quienes se les aplicó una entrevista a profundidad, para

obtener información pertinente sobre la historia académica y social del pequeño, con lo que se busca patrones típicos del trastorno; así como acerca de las estrategias mentales o comportamentales que el niño usa y le ayudan a manejar el TDAH, y también las utilizadas por los padres. Los resultados mostraron que la mayoría de sujetos emplean algún tipo de medicamento, ha tenido o tiene actividades extracurriculares y que un mayor número de casos utiliza estrategias que, involucran actividades físicas como fútbol, natación, atletismo, entre otras; todo ello para manejar el TDAH y obtener los resultados esperados.

Por otra parte, el doctor Guillermo Van-Wielink, uno de los autores principales referenciados a lo largo del presente trabajo investigativo; es neurólogo y se encuentra actualmente laborando en la Clínica del Cerebro del estado de México. Donde coordina esencialmente estudios científicos relacionados con esta disciplina, con énfasis fundamental en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, tanto en niños como en adultos. Entre sus obras, se destaca “Déficit de Atención con Hiperactividad. Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento”, publicada en el año 2005, y con un alto valor investigativo y científico para referirse al tema en cuestión; desde la consideración de su origen, consecuencias y efectos negativos, tratamientos más frecuentes y su efectividad. Es por ello que, ha resultado de especial interés y uso para el desarrollo del presente estudio.

## **2.2. Marco Teórico**

### **2.2.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**

#### **2.2.1.1. Definición**

Según Van-Wielink (2005, pág. 15): “El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) está constituido por un conjunto de fenómenos neuropsicológicos, cuyos síntomas principales son los periodos cortos de atención e hiperactividad”. En este sentido, es importante hacer referencia además, a lo que dicho autor considera en la conceptualización del déficit atencional y la hiperactividad, como sus características fundamentales; para posteriormente describir la etiología, bastante diversa que se ha valorado al respecto y su curso evolutivo, con las respectivas consecuencias y modalidades de tratamiento instauradas hasta el momento.

De manera independiente Van-Wielink (2005, pág. 15), señala que la permanencia de déficit atencional se encuentra estrechamente relacionada, con el hecho de que los

periodos en que los niños son capaces de mantener la atención resultan insuficientes; lo cual indiscutiblemente repercute en su desempeño académico, pero también social.

Por tanto, es entendible la preocupación de padres y maestros, más marcada aun cuando no tienen conocimientos acerca del padecimiento, y no saben qué está pasando con los niños. Ante dicha situación, asumen posiciones de regaños fuertes, castigos, gritos, violencia y agresividad; al percibir la desatención como indisciplina, irresponsabilidad, malcriadez, desinterés por aprender, entre otras. De ahí, la importancia del trabajo conjunto entre docentes, familia y orientador psicológico, siempre en función del bienestar físico y psíquico de los niños con TDAH, y también dirigido a la tranquilidad y seguridad de los adultos que los rodean.

Y es que los aprendizajes que se producen en el medio escolar, sobre todo los que ocurren desde la participación activa y protagónica del estudiante; determinarán en gran medida su proyección personal y profesional en el futuro. Y por supuesto, su inserción equilibrada y ajustada al contexto social en el que se desenvuelve a lo largo de su vida; en el que debe mantener niveles de atención adecuados para solucionar tareas mucho más complejas que las que enfrentó en Educación Básica, por ejemplo; tomar decisiones, resolver conflictos diarios, entre otras. Por tanto, la prevención, el diagnóstico precoz, la correcta evaluación del padecimiento y en consecuencia, la elección satisfactoria del tratamiento; son bases esenciales para contribuir al manejo adecuado del trastorno en la niñez, y que sus secuelas no se extiendan a la vida adulta e incluso trasciendan a las nuevas generaciones; producto de la reproducción y la influencia genética, que se manifiesta como una de las causas del padecimiento, como se observará más adelante.

En el caso de la hiperactividad, Van-Wielink (2005, pág. 16) destaca su capacidad de exagerar el desarrollo psicomotor de los infantes; lo que significa que tanto la actividad física como psicológica de quienes la padecen, ocurre a una velocidad extremadamente aumentada para su edad cronológica.

Ello molesta grandemente a adultos que no encuentran explicación ni solución viable para dicha exacerbación de movimientos, y se desesperan en el intento de controlar lo incontrolable. Al tiempo que, también afecta la relación del niño con sus coetáneos, quienes en ocasiones no desean jugar con estos pequeños, compartir puesto de trabajo en clases, pasear o conversar; lo que afecta la formación integral de un sujeto que se encuentra en pleno

proceso de maduración, y para el cual es muy importante la aceptación y comprensión de los amigos.

De ahí que, las consecuencias del padecimiento se expresan en trastornos de baja autoestima, sentimientos de inferioridad e inseguridad, altos niveles de frustración por no poder terminar en tiempo y con calidad las actividades docentes como sus compañeros de clases, o jugar tranquilamente como los demás. Por tanto, de lo que se trata es de trabajar en función de evitar a toda costa los perjuicios, sobre todo psíquicos que sufren los niños con TDAH y su contraparte adulta, al no ser tratados satisfactoriamente.

Ante dichas conceptualizaciones individuales de déficit atencional e hiperactividad, es necesario llamar la atención de que se trata de una separación con intenciones metodológicas y prácticas para la transmisión de aprendizajes; pero en realidad dichas peculiaridades se manifiestan en estrecha interrelación en aquellos que padecen el TDAH, de ahí el nombre que finalmente le es otorgado. Puede predominar en unos casos más la desatención y en otros la hiperactividad, e incluso la impulsividad, en dependencia de la intervención dialéctica de una multiplicidad de factores que determinan su esencia; pero lo más usual es que en un mismo individuo, en este caso niño, estén presente cada una de dichas características, en mayor o menor medida; aunque puedan o no ser hiperactivos.

En relación con lo anterior, según National Institute of Mental Health Web site (2015, pág. 43), existen tres tipos de manifestaciones diferentes de esta afección:

- Cuando en el niño/a prevalecen esencialmente las manifestaciones de hiperactividad e impulsividad, aunque también existan indicios, de problemas de atención.
- Al contrario de la anterior clasificación, este es el tipo predominantemente inatento, pues lo que se expresa en mayor grado es la falta de atención; aun cuando también se aprecien comportamientos de hiperactividad e impulsividad.
- Combinación hiperactivo-impulsivo-inatento, cuando están presentes en igual proporción estas tipologías. Es la más común en los niños, pues es muy difícil separar los síntomas, y por tanto, es el motivo de atención psicológica y psiquiátrica más frecuente.

En función de esta sintomatología, es importante señalar que a pesar de la evidente influencia negativa, que ejerce el trastorno en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los niños/as; estas dificultades pueden variar de un infante a otro, no solo

por las individualidades de su desarrollo, sino además, por la presencia en mayor o menor grado de los síntomas anteriores.

Es trascendental resaltar por otro lado que, la posición teórica y científica que defiende Van-Wielink(2005), no es en absoluto reduccionista o simplista, pues rechaza las viejas concepciones que consideraban este trastorno como una enfermedad, suponiendo lesiones en órganos cerebrales; para tratarlo desde el punto de vista psicológico, en función de la interacción del niño con sus coetáneos, adultos responsables de su formación y medio social en el que se desenvuelve; donde producto de la influencia ejercida por múltiples factores causales y de riesgo, el curso de su desarrollo se desvía de la normalidad.

Lo cual significa que, características propias de los pequeños, se exacerbaban grandemente en aquellos que padecen TDAH; afectando su autoestima, seguridad, desempeño académico, relaciones interpersonales con grupos de amigos e incluso, con padres y maestros; que muchas veces no cuentan con las herramientas necesarias para evaluar y manejar acertadamente su déficit, y por tanto, conducen a la frustración sostenida en el tiempo de los infantes y la de ellos mismos, que no se sienten capaces de enfrentar con éxito la situación. Además, en ocasiones se muestran agresivos, ante la incompetencia que perciben en el cumplimiento de sus funciones como adultos responsables de la educación integral de la Personalidad de los niños.

Es por ello que, resulta sumamente significativo, no solo tratar en consulta a aquellos infantes que padecen TDAH, y que son llevados por padres que ya no saben qué hacer con ellos; pero aun no han comprendido que también requieren orientación y asesoría, sobre todo para brindarles los recursos pertinentes que le faciliten la relación armónica y exitosa con sus hijos; y por supuesto, la obtención de resultados satisfactorios en cuanto su desempeño integral e inserción equilibrada al medio del que forman parte. De ahí, la puesta en práctica de estrategias de enfrentamiento, cada vez más más innovadoras y creativas que, realmente desde su concepción científica y metodológica, logren el impacto deseado en las familias con niños que padecen TDAH.



Por otra parte, el Trastorno de Atención e Hiperactividad (TDAH) se define como:

Una afectación a nivel neurológico y biológico, que tiene como peculiaridades las dificultades en la atención, concentración, distracción, hiperactividad e impulsividad en los niños que la padecen; con una exacerbación creciente que, no se corresponde con el desarrollo adecuado y normal de la persona. Esta problemática se expresa en las diferentes facetas de la vida del niño, fundamentalmente en la escuela, el hogar y la sociedad en general. (Vásquez Mejía, 2012, pág. 19)

Dicha conceptualización, se manifiesta en completa consonancia con lo que se ha planteado hasta el momento; en cuanto a la consideración del TDAH, como un trastorno de diversa etiología y fisiopatología, que afecta gravemente cada uno de los ámbitos de la vida del niño. Y que se define como la falla, para la función normal de las aptitudes del comportamiento y el autocontrol. (Van-Wielink, 2005, pág. 41)

Como se puede apreciar, se trata de una afección que, a pesar de su sustrato neurológico y biológico, no solo daña las funciones básicas de dichos procesos; sino que además, y con mucha fuerza, se extiende a provocar consecuencias graves, sobre todo en la esfera educativa en el que se desarrolla el niño, afectando las relaciones sociales y afectivas que se establecen dentro y fuera de este. Y es que por lo general, al presentar problemas para concentrarse, atender, actuar con ecuanimidad y organización, se ven dañados otros procesos como la percepción y la memoria que, impiden al infante alcanzar el óptimo rendimiento en el proceso de enseñanza-aprendizaje y que además, no sea estable para desarrollar un juego y no acate órdenes, no por indisciplina sino por falta de atención. Por tanto, resulta tan necesaria la orientación y asesoría a padres y maestros en este sentido; para evitar a toda costa las consecuencias negativas que implica este padecimiento, a corto, mediano y también a largo plazo.

También es sumamente importante, la adecuada preparación en cuanto a las características, síntomas, manifestaciones predominantes del TDAH; pues resultan tan perjudicial no manejar o tratar adecuadamente a quienes lo padece, como etiquetar a un niño que muestra las características propias de intranquilidad o desatención para la edad, y que no se trata de la presencia en ellos del trastorno. Así como, es necesario acudir en el momento en busca de ayuda especializada, porque incluso los síntomas del TDAH tienden a confundirse con otras patologías psiquiátricas o del comportamiento; así como a convivir con problemas del aprendizaje, desviaciones de conducta, y entonces, el tratamiento debería estructurarse desde la interrelación de múltiples factores.

### 2.2.1.2.Causas

Como en el caso del análisis de la etiología de la mayoría de los fenómenos psicológicos, al tratarse de la determinación de las causas influyentes en el desencadenamiento del TDAH en los niños; existen valoraciones, conceptualizaciones y evaluación desde multiplicidad de enfoques y ángulos de análisis. Sin embargo, se trata de resaltar a continuación aquellos que, de manera usual, han sido considerados como determinantes en la ocurrencia y prevalencia del TDAH; siempre estableciendo la relación entre varios estudiosos del tema, y por supuesto, con la correspondiente consideración de la presente investigadora.

También, es significativo señalar que, dichas controversias alrededor de la determinación etiológica del TDAH, se deben a la dificultad para establecer una causa única en el origen del padecimiento; pues son múltiples las condicionantes en que se sustenta, y por tanto, son diversas las intervenciones en este sentido, para lograr llegar a un consenso.

De manera general, para Tannock (1998) y Smalley (1997) citados por Van-Wielink(2005, pág. 19), la clasificación del TDAH en cuanto a su origen causal es la siguiente:

- **TDAH primario**, que ocurre en el 70-80% de los casos estudiados, un valor bastante elevado; que hace referencia a la imposibilidad de determinar una causa para explicar el trastorno en su totalidad, y por tanto, se entiende que tiene un origen genético. Situación que habitualmente se relaciona, con las insuficiencias en el diagnóstico y tratamiento en la niñez, de padres con TDAH que arrastraron el padecimiento a la edad adulta, transmitiéndolo genéticamente a sus pequeños.

También Vásconez(2012, pág. 23) habla de causas de origen genético, basada en estudios que han demostrado el papel de la herencia en la determinación del TDAH.

- **TDAH secundario**, prevalece en el porcentaje restante, en el que favorablemente se encuentra un factor causante el padecimiento. Entre estas causas, de origen esencialmente biológico y neurológico, se encuentran las siguientes: parto prematuro; consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la gestación, por parte de la madre; exposición a altos niveles de plomo durante la niñez; daños y traumas cerebrales, fundamentalmente en la corteza prefrontal por la participación en los

procesos involucrados en el TDAH; así como el uso de determinados medicamentos que, afecta el normal desenvolvimiento del niño.

Para Hidalgo (2008) citada por Vásconez(2012, pág. 25), este trastorno también se halla relacionado con causas de origen biológico, como las expuestas anteriormente; similar a la manera en que sucede con muchas otras afecciones de orden neurológico o psicológico, que se asocian a condicionantes de vivencias durante el embarazo y el parto, así como en la etapa de la niñez, sobre todo por mal manejo adulto y desconocimiento, o también por cuestiones accidentales.

El hecho de que sea satisfactorio, poder hallar una causa o varias causas determinantes del mencionado trastorno; implica la oportunidad de contar con un marco referencial estable, a partir del cual se estructuran las estrategias de manejo y enfrentamiento más viables, que se correspondan por supuesto, con la situación ambiental, emocional, neurológica, biológica o cognitiva, que provoca el padecimiento debido a la interacción dialéctica entre las mismas. De manera que, resulte factible la modificación oportuna y eficiente de factores de riesgo, para convertirlos en su contraparte de factores de protección, que eviten la proliferación de un trastorno como el TDAH, que tantas consecuencias negativas provoca en los niños que lo padecen irremediablemente.

Teniendo en cuenta además, el hecho resaltado de la influencia medicamentosa en la aparición y proliferación del TDAH, es importante ser muy cuidadoso entonces en la administración de fármacos que, como se analizará más adelante, son parte del tratamiento posible ante el padecimiento; para que en dependencia de la dosis que se utilice, los momentos de aplicación, la comorbilidad con otras medicinas, realmente tenga el efecto deseado y no se revierta en graves consecuencias para el niño con TDAH, incluso en función de otras patologías físicas y psicológicas.

No obstante a lo planteado con anterioridad en cuanto a los factores determinantes del TDAH, a consideración de la presente autora; no es posible asumir únicamente una posición biologicista o genética en el análisis de la causalidad del fenómeno, pues se estaría siendo en extremo simplista para valorar un trastorno en el que intervienen factores, tan potentes como los que se estructuran en el ambiente que rodea al niño en interacción con las bases biológicas, neurológicas y genéticas bien definidas; condicionando la intensidad, particularidad, frecuencia y gravedad de la manifestación; pero que por

supuesto son posibles de modificar. Siempre desde la preparación e interés marcado de los adultos responsables de su formación integral de su Personalidad y el establecimiento de relaciones armónicas y equilibradas con la sociedad.

Por ejemplo, factores como desigualdades sociales, problemas familiares y con los amigos, incomprensión, falta de comunicación, violencia, pautas de crianza inadecuadas e inconsistentes, rechazo social entre otros; se asocian a las condiciones biológicas y genéticas antes señaladas, para activar la presencia en el individuo de un trastorno como el TDAH. Pues tal vez, a pesar de los daños neuronales y de la incidencia familiar desde la herencia en el niño, estos no conducirían a manifestaciones tan graves e irremediables, como es el caso de este padecimiento comportamental y social; si no existieran circunstancias contextuales que favorecieran su aparición.

Y desde otro puesto de vista acerca del propio asunto, es evidente que dichos factores ambientales y de relación, afectan el desarrollo normal de cualquier individuo, mucho más de los niños; y por tanto, se asumen como causas determinantes de la mayoría de los trastornos psicológicos, siempre en interacción con el resto de las condicionantes más físicas. En tanto, estos padecimientos psíquicos, necesariamente no tienen que ser los expresados en la falta de atención e hiperactividad, si es que no están presente los factores de riesgo biológicos y genéticos, que intervienen en su expresión comportamental.

Como se ha mencionado con anterioridad, son factores que actúan o tienen un impacto determinado, en función de la predisposición genética y biológica con que cuenta el organismo; al mismo tiempo que, esta es activada en la medida en que influyan sobre ella causantes del entorno, que no afectan a todos por igual. En este caso, resultarán más agresivos con aquellos infantes propensos neuronalmente a dificultades atencionales y de hiperactividad, producto de los factores antes mencionados.

### **2.2.1.3. Síntomas y Características**

Los síntomas esenciales relacionados con la presencia del TDAH en los niños, son descritos por Van-Wielink (2005, pág. 41) en detalle, y a estos se hará referencia a continuación. Teniendo en cuenta que, se relacionan las peculiaridades cardinales del trastorno: déficit de atención e hiperactividad; para conjugarse con otras series de pautas del comportamiento, asociadas a los diversos ámbitos de su vida. Entre dichos síntomas se encuentran los siguientes:

- **Inatención:** síntoma fundamental del trastorno, que se hace evidente ante tareas aburridas; como las que muchas veces se dictan en clases. En cambio los niveles aumentan cuando se trata de enfrentarse a actividades atractivas e interesantes para ellos, como los videojuegos o mirar la televisión; sobre todo en el caso de aquellos programas bien enérgicos y entretenidos. (Van-Wielink, 2005, pág. 41)

Es por ello, que la preparación y familiarización por parte de quienes comparten la mayor parte del tiempo con ellos, con énfasis en padres y maestros que son responsables de su educación y formación; debe ser lo suficientemente acertada como para que no se confundan con dichos momentos de buena ventura y piensen que está resuelto el problema, y el niño no presenta trastorno alguno. Además, de que el llamado en la escuela actual está encaminado al vínculo constante entre la pedagogía tradicional y las nuevas estrategias docentes, basadas en la didáctica; que tanto interés y creatividad despierta en los niños.

Por tanto, el papel de los padres de familia debe complementarse con el de los maestros, y no privar a los niños de hacer lo que les gusta; siempre y cuando se establezcan normas, hábitos de higiene y organización, y por supuesto, se trabaje en función de que las actividades lúdicas sean diseñadas y aprovechadas en pos de la educación de los infantes; sobre todo de aquellos que padecen TDAH y necesitan niveles de motivación y estimulación mayores que los del resto, para evitar la distracción que tanto problemas escolares y sociales le ocasiona.

- **Distracción fácil:** este síntoma se relaciona por una parte, con la influencia de estímulos ambientales que, en correspondencia con el déficit de atención que presentan, hacen que se distraigan con facilidad de toda aquella actividad que nos les resulta atractiva. Se plantea que dichos estímulos pueden ser auditivos, visuales e incluso somáticos. Por otro lado, se habla del origen causado por la falta de control que poseen sobre sus pensamientos; lo cual desencadena fantasías constantemente, que incluso utilizan como mecanismo de defensa, para enajenarse de la realidad académica y social en la que viven; por no estar a tono con el resto de sus compañeros y amigos y ser motivo de burlas y rechazos en muchas ocasiones.

De ahí el papel de los adultos para comprender la sintomatología de los niños y actuar en concordancia con ello, eliminando todo posible estímulo que en el resto no despierta interés, pero en quienes padecen de TDAH es totalmente relevante. La creación

de un clima favorable, tanto en los ambientes laborales como en las aulas, es un factor fundamental para influir positivamente en el desempeño del individuo.

Seleccionar un color adecuado para las paredes; una cantidad suficiente de ventanales que contribuya a la ventilación necesaria, pero donde hay que tener en cuenta que la ubicación de los niños con TDAH no puede ser cercada a dicho lugar, pues se entretienen con facilidad; contar con un aula lo suficientemente acondicionada en cuanto a la no presencia de ruidos nocivos y llamativos para ellos; y de igual manera, crear el ambiente en el hogar donde deben realizar sus tareas escolares y también hogareñas; son algunas de las medidas que pueden contribuir al tratamiento satisfactorio de la problemática existente.

En estos casos es común, el uso de frases como: *él o ella siempre está en las nubes*, haciendo alusión a la distracción que los caracteriza. Estos calificativos, son pronunciados muchas veces por sus padres y por figuras realmente significativas para el niño, lo cual afecta el desarrollo integral de sus procesos cognitivos, afectivos y sociales, en la interdependencia que requieren, evidenciado en baja autoestima, falta de confianza en sí mismos, de autonomía e independencia, inadaptación social para establecer relaciones interpersonales, respetar normas y asumir comportamientos ajustados al entorno.

Orjales (2010) citada por Vásconez (2012, pág. 19), también hace referencia a la **distracción**, como característica de los niños con TDAH, que se expresa en la dificultad para mantener la atención de forma sostenida, ante la ejecución de determinadas tareas que, exigen un grado de concentración elevado, para poder alcanzar los resultados esperados.

De manera que, en este tipo de tareas los niños con TDAH tienden a producir la mayor cantidad de errores, pues no logran concentrarse aunque quieran durante mucho tiempo; se distraen con facilidad con cualquier otro estímulo del medio que, resulta insignificante para los demás pero llamativo para ellos y abandonan lo que están haciendo. Situación que provoca gran irritabilidad y sentimientos de incapacidad en maestros y padres, que muchas veces por desconocimiento no saben lo que está pasando o cuando ya tienen certeza del diagnóstico del niño, no cuentan con las herramientas necesarias para ayudarlo, comprenderlo y orientarlo; y no agravan más el padecimiento, desde la influencia de factores ambientales como la incomprensión, la agresividad, el rechazo, los regaños constantes.

- **Impulsividad:** se trata de una dificultad exacerbada para controlar e inhibir los impulsos nerviosos, instintos y reflejos; teniendo en cuenta que la normalidad estriba en ser capaces de inhibir por un momento sus impulsos y valorar la pertinencia de actuar o no de una determinada manera, sobre todo teniendo en cuenta las posibles consecuencias de sus actos.

En el caso de los niños que padecen TDAH, esta habilidad es sumamente deficiente, lo que provoca en ellos manifestaciones conductuales muchas veces incongruentes con el contexto en el que se están desarrollando; y por tanto, ocasiona la irritabilidad de quienes le rodean, tanto amigos, como padres y maestros que no sabe qué hacer al respecto. Es uno de los síntomas más relacionados con los problemas de conducta en la adolescencia, la juventud y la adultez; sujetos que no logran esperar una disculpa por parte de alguien que tropieza sin intención alguna con él, y que incluso, en el peor de los casos puede terminar en una disputa grave y fatal, cargada de agresividad y violencia.

Estos comportamientos disociales, irremediablemente no tienen que estar vinculados a TDAH en la infancia, pues se estaría siendo reduccionista y simplista en la comprensión del problema; pero sí se presenta como uno de los factores de riesgo fundamentales en este sentido. Es decir que, las secuelas de un tratamiento y manejo inadecuado, pueden ser tan perjudiciales como en el caso de patologías mucho más severas e irreversibles.

Muy relacionado con lo anterior, Hirtz (2009) citada por Vásquez (2012, pág. 20) se refiere a la **impulsividad**, como la peculiaridad que se manifiesta en la constante intranquilidad de los niños; quienes a veces son agresivos y violentos, desobedientes, impulsivos por naturaleza; característica que mayores problemas les ocasionará en el enfrentamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje y en la realización del resto de las actividades de su vida diaria, por ser incapaces de controlarse, para asumir la educación y orientación en el aula, y en los contextos sociales en los que se desenvuelven.

Como se puede observar, a pesar de la multiplicidad de enfoques y de estudiosos que se han dedicado a polemizar sobre el tema; todos contienen nexos comunes, sobre todo relacionados con las graves consecuencias que provoca el padecimiento de TDAH en los niños, y el papel fundamental que deben jugar padres y maestros en este sentido, siempre con la acertada guía de profesionales de la Psicología y también la Psiquiatría, e incluso de especialistas médicos vinculados al tema.

- **Hiperactividad:** asociada a la impulsividad, esta característica se expresa en el aumento exagerado de la actividad motora; que le impide al niño mantenerse tranquilo en las situaciones que más lo requiere, como el desempeño escolar. Pero una peculiaridad es que, en consonancia con la variabilidad y la inconsistencia incomprensible para los adultos de la conducta de los niños con TDAH, cuando asisten a consulta se mantienen sumamente tranquilos y observadores. (Van-Wielink, 2005, págs. 42-43)

De ahí que el psicólogo debe tener en cuenta la historia clínica, las informaciones ofrecidas por padres y maestros, la observación más profunda de su conducta y la aplicación de pruebas psicológicas que respondan al diagnóstico oportuno del padecimiento.

También se habla de diferencias entre los géneros, evidenciándose en los varones la exacerbación de la actividad motora; mientras que en las niñas, lo más recurrente es el aumento de la actividad verbal. (Van-Wielink, 2005, págs. 42-43)

Como siempre es muy importante tomar en consideración las diferencias individuales que se manifiestan entre los niños, como en el caso del género que se presenta con anterioridad; pero también de la edad, e incluso de cómo se interrelacionan los factores de riesgo o causas epistemológicas en el infante. Pues en dependencia de sus características personalógicas, el ambiente escolar y hogareño en que se desenvuelven, los antecedentes personales y familiares con que cuentan, entre otros; la proliferación y expresión del trastorno asumen ciertos patrones o pautas diferentes en cada uno. Ya sea en el nivel leve, moderado o severo del mismo; o en la prevalencia de uno u otro síntoma, en el caso de la desatención y la hiperactividad.

Por otra parte, Ortiz & Urdialez (2010, pág. 23) define la **hiperactividad** como la ausencia total del control de los impulsos y los estímulos, la presencia marcada de una inquietud constante, los cambios continuos de actividad e incluso de emociones; lo cual afecta también la capacidad de atender y concentrarse, como otra de las características del TDAH.

- **Impaciencia:** es la incapacidad para esperar con tranquilidad la culminación de algo que demora en realizarse, y así mismo de mantenerse concentrado en el desarrollo de una tarea o actividad escolar que, requiere de un mayor tiempo de dedicación y responsabilidad. Se trata de una combinación letal, entre



hiperactividad, impulsividad y la deficiente concepción del tiempo que tienen los niños con TDAH. (Van-Wielink, 2005, pág. 43)

Esa desesperación de querer las cosas en un momento determinado y no en otro, y de asumir cualquier pauta de comportamiento para lograrlo, como las rabietas o las histerias; hace que los padres y los maestros que los rodean se sientan frustrados por no contar con los recursos para controlar la situación, y asumen conductas extremas que exacerbaban más aun el problema. Por una parte, se muestra extremadamente permisivos y responde con rapidez ante los reclamos del niño, simplemente para calmarlo, y no escuchar más grito, llantos y perretas; o por otro lado, se manifiestan agresivos y se sitúan al nivel de infante, gritando, peleando desmedidamente y siendo a veces, hasta violentos.

Estas expresiones de los adultos, están dadas sobre todo por la insuficiente familiarización y preparación que tienen al respecto, entendiéndolo las inconsistencias emocionales, la desatención, la hiperactividad, la impaciencia y la rabieta, no como síntomas de un trastorno tan complicado como el TDAH; sino como parte de un comportamiento altamente desobediente de los infantes, que no respetan a nadie, actúan sin pensar, no les interesa nada, no prestar atención; entre otras. De ahí, la necesidad inminente de capacitarlos y orientarlos, para que sean capaces, en primera instancia, de ser conscientes de la deficiencia que presenta el niños y de cómo se manifiesta; para luego estar en condiciones de manejarlo y tratarlos adecuadamente, sobre todo para obtener el éxito deseado por todos en el proceso.

Como se puede apreciar en el caso de la combinación de características en la impaciencia, a pesar de que se señalan de manera individual, en función de facilitar el estudio y además, por un problema de orden metodológico; ello no significa que necesariamente se manifiesten de forma independiente en el infante. Al contrario, la presencia de cada una no es excluyente y se expresa muchas veces en concordancia, relacionándose como un sistema integrador y dinámico que, se constituye en el conjunto de signos y síntomas componentes del síndrome de TDAH.

- **Sobreexcitación emocional:** es cuando el pequeño no encuentra término medio en la expresión de sus emociones, y además, las trasmite con mucha mayor facilidad que el resto. Lo mismo es el más alegre del grupo; o de pronto, envuelve a todo el mundo en sus rabietas, agresividad y gritos. Desde el punto de vista psicológico, se suele denominar a estar estado, labilidad afectiva. (Van-Wielink, 2005, pág. 43)

Como se puede percibir, es evidente la comorbilidad del TDAH con otras patologías o síntomas psíquicos; de manera que el diagnóstico, evaluación y tratamiento oportunos siempre son imprescindibles cuando se trata de trastornos psicológicos, sobre todo que afectan a los más pequeños. Y porque además, pueden desencadenar en otros más graves aún, como un trastorno bipolar en la edad adulta; comportándose el TDAH como un factor de riesgo y no de protección, para evitar dicho padecimiento.

Por otra parte, es importante hacer referencia a la necesidad de aprovechar aquello que resulta positivo dentro del propio padecimiento; independientemente de que las excesivas muestras de cariño molesten a muchos de quienes rodean al niño, porque no son capaces de controlar sus impulsos emocionales. No obstante, dicha posibilidad de transmisión frecuente y excesiva de sentimientos, puede ser canalizada a través de la vinculación de los infantes al mundo del arte, ya sea la música, la pintura, la literatura; donde puede representar con la energía y la fuerza que entiendan, toda la alegría, tristeza o ira les invade; y además, suelen ser muy creativos en ese sentido.

Muy relacionado con lo anterior, en cuanto a la labilidad afectiva, Pujota (2012, pág. 43) habla de otra serie de características que indican la constante variación en las pautas del comportamiento de los niños que padecen TDAH; y que necesariamente no se vinculan a los sentimientos y emociones, sino más bien a la intensidad y diversidad en las manifestaciones de los síntomas del trastorno: distracción, hiperactividad e impulsividad, en función de la situación en la que se inserte el niño, y por supuesto, de sus características personales.

También Pujota (2012, pág. 44) habla de las variaciones e inconsistencias que, se producen en el desempeño tanto escolar como social del infante. Pues de la misma manera que, puede cambiar de comportamiento con euforia o agresividad intensas; ser hiperactivos, desatentos, distraídos o impulsivos, de una situación a otra, sin que exista un motivo evidente; así mismo varía de realizar correctamente una tarea, no transgredir reglas y normas, mostrarse tranquilos y atender a clases, para no ser capaz de lograrlo, incluso pasado solo unos minutos.

Esta última situación tiende a confundir muchísimo a los adultos que, de momento creen que sus hijos o alumnos ya resolvieron el problema; y entonces, lejos de potenciarlos y reconocer los logros alcanzados, para que continúen actuando de esa manera; producto del desconocimiento que muchas veces padecen, lo que hacen es forzarlos, mediante métodos

educativos coercitivos que, lejos de contribuir al mejoramiento y fortalecimiento de lo aprendido, conducen a agravar cada vez más la problemática planteada.

Además, en cuanto a lo mencionado con anterioridad, es muy importante tener en cuenta la influencia el ambiente que rodea al niño y las condicionantes que estimulan o inhiben una determinada conducta; en la causalidad, evaluación y diagnóstico oportuno, así como en el tratamiento que se pretende ofrecer al respecto. Lo que implica entonces, que maestros y padres cuenten con la preparación necesaria, para recrear las situaciones ambientales y el clima que, se ajusten al padecimiento del niño y sean propicias para mejorar su conducta hiperactiva, distraída, desatenta, desobediente, inconsistente.

De manera que, las actividades que se estructuren especialmente en el aula, deben tener presente las individualidades de los alumnos, sobre todo de aquellos que padecen TDAH; y que requieren de más atractivo, estimulación, gratificación y reconocimiento en la concepción de su proceso de enseñanza-aprendizaje; para enfrentarlo con el éxito deseado y esperado, no solo en la calidad posible de apreciar en cuanto a la construcción de sus propios aprendizajes, sino además que, lo logre desde la organización y estabilidad prevista en este sentido. Para lo cual es esencial la supervisión constante del adulto, ofreciendo los niveles de ayuda correspondientes; pero sin interrumpir su actividad para corregir o transformar, pues ello es muy perjudicial para alguien que no sea capaz de concentrarse ni de realizar tranquilamente una tarea, sin distraerse o abandonarla antes de concluirla.

Por tanto, las estrategias de las actividades deben encaminarse a crear las condiciones materiales, ambientales y subjetivas necesarias para que, no se manifiesten exacerbadamente los síntomas del TDAH y al mismo tiempo, el niño sea capaz de actuar favorablemente en su realización; lo que a su vez estimulará su comportamiento, al poder situarse en alguna medida, a la par de sus compañeros, sin ser motivo de burla o rechazo.

- **Desobediencia:**este síntoma, se refiere a la indisciplina que caracteriza el comportamiento de los pequeños con TDAH, producto del olvido y la falta de comprensión hacia las reglas y normas establecidas en la casa, la escuela o la sociedad; pero también porque en ocasiones las ignoran conscientemente, a partir de la impulsividad, la hiperactividad y la variación emocional que forma parte de su conducta habitual. (Van-Wielink, 2005, pág. 43)

Ante esta situación es trascendental, la familiarización de los adultos encargados de su formación y educación, con el padecimiento del trastorno; pues el tratamiento que se requiere ante esta desobediencia no es similar al que deben recibir, aquellos niños que realmente son indisciplinados por peculiaridades de la edad del desarrollo o de sus individualidades, pero no por padecer TDAH. Una actuación desmedida de regaños, gritos o violencia, y no de comunicación, comprensión o establecimiento de contextos que sean propicios a la formación de hábitos, valores y pautas estables de conducta; como en el caso de cualquier individuo pero más aun de aquellos que poseen déficit de atención e hiperactividad, producirían efectos altamente perjudiciales para el desarrollo de la Personalidad y su desempeño social.

Por otra parte, Pujota(2012, pág. 45) habla también de una característica muy asociada a la anterior, pero que particularmente denomina, **dificultad para desenvolverse según las reglas**. No obstante, en esencia se refiere a la misma incapacidad del niño para comportarse según las normas y reglas, provenientes fundamentalmente de los adultos que le rodean; pero también de sus propios coetáneos o grupo de amigos.

De ahí que, sus relaciones interpersonales con el grupo de amigos tan importantes para ellos en esta etapa del desarrollo, se ven sumamente afectadas y amenazadas por la presencia de síntomas como los descritos con anterioridad. Y es que durante los momentos de juego y de interacción social con los coetáneos, producto del olvido y la ignorancia de las reglas, no son capaces de respetar lo que está establecido, por ejemplo su turno para participar; lo cual molesta muchísimo a quienes comparten este espacio con ellos y por tanto, al no comprender lo que está pasando, ya no quieren jugar más y tampoco contar con su compañía.

Por supuesto, dicha situación afecta el equilibrio psicológico y emocional de los niños con TDAH, ocasionándoles baja autoestima, frustración, sentimiento de inferioridad y otras patologías que son necesarias de evitar a toda costa; pues pueden complicarse y acrecentarse mucho más en la edad adulta, si no son tratadas a tiempo.

- **Problemas sociales:** es la manifestación a nivel social, de la presencia en los infantes con TDAH de cada uno de los síntomas mencionados con anterioridad; y sobre todo de las características relacionadas con la desobediencia y la incapacidad para respetar lo que está establecido; lo que los conduce a la inadaptación social. Debido a la indisciplina, agresividad e impulsividad que particularizan los momentos de juego y

esparcimiento con sus coetáneos; quienes llegado el momento ya no quiere saber de ellos. Y por otra parte, ocasionada por el ineficaz tratamiento de los adultos que lo rodearon, durante su etapa del desarrollo; los cuales no fueron capaces de educar y hacer conscientes a los niños de su padecimiento y por tanto, de la comprensión de la necesidad de comportarse lo más ajustado posible a las normas conductuales. (Van-Wielink, 2005, págs. 43-44)

- **Desorganización:** teniendo en cuenta que, el TDAH es un padecimiento en el que se encuentran afectados varios procesos cognitivos y no solo la atención; es posible comprender que la habilidad memorística tan requerida para la mantener esquemas y pautas de orden determinadas, y por tanto, evitar el olvido de pertenencias y actividades a realizar; se encuentra sumamente perjudicada en niños con TDAH, quienes presentan problemas diarios para conservar sus útiles escolares, e incluso los de sus compañeros de aula, presentar en clases la tarea que desarrolló en caso pero lamentablemente olvidó, entre otras cuestiones. Este síntoma también se relaciona con la poca noción del tiempo que tienen, característica a la que se hará alusión en los adelante. (Van-Wielink, 2005, pág. 44)

En este caso, como en el resto, es muy importante la participación de adulto, para estructurar tareas y actividades; que exijan la formación y prevalencia de hábitos conductuales de organización, higiene, orden y autocontrol. El hecho de vincular en el aula, las tareas escolares, como recursos didácticos en los que se controla el tiempo y también la secuencia lógica de actividades que se deben realizar para alcanzar una determinada meta; puede ser una estrategia significativa a emplear en estos casos. También la estimulación por parte de los padres de familia, de que poco a poco los niños preparen en la noche los libros, trabajos de clases, lápices, borradores, entre otros útiles que deben llevar a la escuela al día siguiente; así como establecer lista de deberes del hogar que debe cumplir e incluso que hagan la suya propia, para sus actividades docentes y extradocentes; contribuirá de alguna manera a fortalecer su memoria inmediata y además, a ser paulatinamente más organizados.

- **Concepto del tiempo:** no es más que, las dificultades que presenta el niño con TDAH, para controlar los instantes de tiempos en los que debe realizar las tareas planeadas para el transcurso de su día; que si se tiene en cuenta los problemas de organización mencionados con anterioridad, se podrá comprender que les resulta

mucho más difícil aún ubicarse en tiempo y asociar a ello, el desarrollo de actividades determinadas.

Para finalizar, se expondrán otras dos características propias del TDAH, que denotan también la existencia de este padecimiento en los niños y a las cuales, es necesario ajustarse para poder enfrentar dichas dificultades con toda la paciencia requerida; y así obtener los logros deseados por padres, maestros, coetáneos, sociedad, por supuesto, por los infantes víctimas de esta falla comportamental, muy relaciona con el deficiente autocontrol sobre los impulsos, las emociones, los pensamiento, las pautas de conductas, las reglas y normas, entre otras. Entre estos nuevos síntomas, se pueden citar los siguientes:

- **Dificultad para motivarse:** esta característica puede complicar aún más la actuación y comprensión de los adultos hacia el padecimiento de los niños; pues unas veces resulta satisfactorio su reconocimiento, aprobación y reforzamiento de actitudes positivas. Pero otras, por el propio desinterés causado debido a la desatención, hiperactividad e impulsividad, el infante no se siente motivado por los elogios que le ofrecen ante una buena atención o los castigos ante el error. Lo que por supuesto, confunde y causa mayor desesperación en los adultos responsables de su trato y manejo, dígase padres y maestros principalmente. (Pujota, 2012, pág. 50)
- **Demanda de atención:** todos los individuos se comportan, sobre todo en su niñez, como demandantes de atención; particularmente de aquellos adultos que son muy significativos para ellos. Sin, embargo en los niños con TDAH, esta característica se expresa a niveles muy elevados y difíciles de controlar. (Pujota, 2012, págs. 50-51)

Muy relacionada esta última peculiaridad, con la sobreexcitación emocional que los caracteriza; lo cual habla de la necesidad de estudiar el fenómeno como un todo integrado y dinámico, en el que cada una de las partes influye en la manifestación de la otra, pero que no puede separarse de la ejecución del todo.

Por ello los adultos deben aprender a manejar una situación, en la que sus alumnos e hijos tienden a manipularlos mediante las histerias y rabietas, a lucirse y no dejar de conversar dentro del grupo; sobre todo para sentirse el centro de atención y descargar su energía exacerbada. Lo más importante a tener en cuenta en el caso de este trastorno, es que

dichas características son susceptibles de manifestarse en cada uno de sus coetáneos, por las características propias de la edad del desarrollo en que se encuentren; la diferencia estriba en la magnitud que alcanzan en quienes lo padece, convirtiéndose en síntomas del TDAH. Además, dicha diferencia también se ejemplifica en la persistencia, frecuencia y sistematicidad con que ocurre ante un mal diagnóstico, evaluación y manejo; que conducen a su prevalencia en el tiempo incluso hacia su vida adulta. Esto, a su vez, puede actuar como un factor genético, que desencadene el trastorno en otros niños de la familia.

#### **2.2.1.4. Consecuencias principales y padecimientos asociados**

En el caso de las consecuencias o perjuicios fundamentales a la salud física, pero sobre todo psicológica de los niños que padecen TDAH, Van-Wielink (2005, págs. 73-84) hace una distinción entre: los trastornos del desarrollo del aprendizaje, los desórdenes psiquiátricos, las relaciones sociales, el síndrome de Tourette, otros trastornos asociados y la comorbilidad con la familia. En el presente trabajo se hará referencia a los tres primeros, por la asociación directa y la correspondencia con las características u objetivos de la presente investigación.

Lo cual resulta una expresión, de la influencia negativa del padecimiento en la diversidad de facetas de la vida del niño, la escuela, el hogar y su inserción en el entorno que le rodea, y donde ocurren las principales manifestaciones del síntoma; por tanto, el esfuerzo para enfrentarlo debe estructurarse desde la multidisciplinareidad y la responsabilidad común e integrada, de padres, maestros, comunidad, instituciones pertinentes y sociedad en general.

También es importante llamar la atención de que, las consecuencias que se describirán a continuación no son mutuamente excluyentes, sino por el contrario; es altamente probable la comorbilidad de varias de estas afectaciones en un mismo niño, haciendo más grave aún la situación y más difícil de manejar por parte de los adultos que, usualmente de muestran indefensos, incompetentes e incapaces de adoptar medidas eficientes y viables al respecto. De manera que, es muy común la presencia de TDAH asociada a muchos otros padecimientos, de ahí la necesidad del diagnóstico y tratamiento oportunos.

#### **Trastornos de desarrollo y aprendizaje**

Lo más importante en este sentido, según lo expresado por Van-Wielink (2005, pág. 74) es la distinción entre un problema puramente en el aprendizaje y cuando este se encuentra asociado al padecimiento de TDAH.

Pues en el caso en que se realice un diagnóstico erróneo y se trate solamente el trastorno asociado y no el de base, porque no se efectuó un proceso de análisis certero y profundo, y tampoco un diagnóstico diferencial adecuado; entonces se estaría perjudicando aún más al niño, que no logra resolver sus deficiencias en el aprendizaje, debido en esencia a que no encuentra remedio para la causante fundamental de las mismas, el TDAH que lo agobia. Ello por supuesto, crea estados de ansiedad en los padres que ya no saben qué hacer con su hijo, pues este no alcanza a aprender, tal vez no pase de grado y no sea profesional; y perjudica sobre todo al infante, que se muestra frustrado, inseguro y con baja autoestima, lo peor de todo es que arrastrará esos sentimientos a su vida adulta, si no son tratados adecuadamente, y su adaptación social se verá completamente afectada.

Particularmente, Van-Wielink(2005, págs. 75-76) señala dos trastornos esenciales dentro de este macro trastorno, que considera de los más importantes. Entendiendo que el desarrollo del aprendizaje implica, la acomodación de nuevos conocimientos a los ya existentes, con algún equilibrio en tal sentido, que se corresponda con las vivencias, experiencias y creencias con que cuenta. Dichos trastornos son siguientes:

- **Trastornos del lenguaje:** se manifiestan esencialmente, en problemas de pronunciación, comprensión, afasias adquiridas, entre otros.

Se trata de un padecimiento que, actúa como consecuencia y también como factor de riesgo para agravar algunos de los síntomas del TDAH; expresión de la interrelación dialéctica que se establece entre cada uno de ellos. Teniendo en cuenta que, el desarrollo del lenguaje es de las funciones cognitivas superiores que mayores posibilidades le brinda al niño, en el momento de las formaciones educacionales y personalógicas en la infancia, para adquirir y construir nuevos conocimientos; y así mismo mejorar las relaciones interpersonales, en el sentido de la comunicación afable, el control de las emociones, el respeto a las normas. Sobre todo en el caso de estas últimas, pues si se exacerban las dificultades en el lenguaje, que se manifiestan en una relación bidireccional y en estrecha interacción con el desarrollo del pensamiento y la comprensión; no serán capaces de entender la necesidad de comportarse a partir de reglas, valores y hábitos, y por tanto, no las asumirán como parte de su desempeño social.

Lo que afecta entonces tanto su enfrentamiento al proceso de enseñanza-aprendizaje en la escuela, como también en el ámbito de la vida diaria.



- **Trastorno del desarrollo durante el aprendizaje escolar:** en este caso, se refiere las dificultades en áreas específicas del aprendizaje y la adquisición de conocimientos; como la ortografía, la lectura, las matemáticas, entre otras.

En concordancia con lo anterior, Vásconez (2012, pág. 55) señala: “Un alto porcentaje de los niños con TDAH presentan problemas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual ocasiona, por tanto, la deserción escolar en muchos de los casos, si no se maneja adecuadamente”.

De manera que, en cuanto a las características y principales manifestaciones de los niños con TDAH, es posible comprender los graves perjuicios que dicha afección provoca en su proceso de enseñanza-aprendizaje; expresado en bajos rendimientos, desmotivación, desinterés, rechazo escolar y hasta la deserción, sobre todo más marcada en la adolescencia.

Y es que un niño que no sea capaz de mantener su atención, controlar sus impulsos, escuchar, respetar normas, permanecer sentado mientras el maestro conduce la clase; que sea inquieto, no solo en sus movimientos corporales o físicos sino también a nivel de pensamiento, evidentemente presentará serias dificultades en su aprendizaje; y si a ello se le suma, la falta de orientación y capacitación de docentes y padres de familia al respecto, las consecuencias sobre la producción de sus conocimientos serán cada vez más graves y prevalentes en el tiempo.

### **Desórdenes psiquiátricos**

Como se ha venido señalando previamente, es evidente la comorbilidad del TDAH con otras patologías psiquiátricas que se asocian de una manera o de otra; haciendo más complicado y grave el padecimiento, y así mismo exigiendo una mayor preparación para enfrentarlo y tratarlo. En este sentido, (Van-Wielink, 2005, págs. 77-81) hace referencia a dos desórdenes fundamentales:

- **Trastorno de oposición desafiante:** se trata en este caso, de un trastorno propio de la conducta de los niños con TDAH; que se muestran en extremo desafiantes, desobedientes, iracundos, indisciplinados, irrespetuosos y hostiles, sobre todo hacia las figuras de autoridad adultas.

De lo anterior se desprende, los graves problemas que dicho trastorno, unido al resto de los síntomas presentes en los niños con TDAH y sus consecuencias negativas; ocasiona en las relaciones que establecen con las personas que le rodean, y así mismo,

con el medio en el que se desarrollan; no solo desde el punto de vista de los niveles de jerarquía y autoridad, sino también afectivo y emocional. Esta vez, expresado mucho más grave, en un trastorno que se asocia al que ya padecen, y que se trata de una entidad nosológica bastante estructurada y complicada; que en ocasiones e hace irreversible.

Este perjuicio social, está condicionado esencialmente por métodos educativos ineficientes, tanto por parte de la familia como del medio escolar; que no perciben en su desconocimiento, el daño marcado que causan en los pequeños. A través de estrategias de enseñanza, en extremo coercitivas o permisivas, que en ninguno de los dos casos favorece el desarrollo normal del niño con TDAH y el resto de trastornos asociados; al contrario lo agrava y convierte en cada vez más difícil su tratamiento.

Esta situación de inconsistencia, agresividad, poca supervisión y rigidez; acrecienta por una parte, dicho trastorno desafiante del comportamiento, con iras y violencia, y por otra, profundiza los sentimientos de inferioridad, minusvalía, baja autoestima e inferioridad, producto de tantas burlas, rechazos, incomprensiones e insultos. Haciendo evidente, la influencia determinante de los factores ambientales antes mencionados, en el origen y la evolución más o menos favorable del TDAH.

Y es que problemáticas como las planteadas anteriormente, de deficiencias en el desarrollo del lenguaje que les impide comunicarse de forma eficiente y así mismo, comprender el sentido de seguir normas y reglas del comportamiento; las afectaciones en la memoria inmediata, no solo provoca la desorganización en su vida diaria u olvido de útiles escolares y actividades a realizar; sino incluso, las consecuencias y castigos que han provocado algunas de sus conductas desobedientes y desafiantes, y por tanto, continúan actuando de la misma forma. Lo que unido, a la dificultad de padres y maestros para manejar la situación; hacen de la problemática una portadora de ansiedad, frustración e incompetencia cada vez más acuciante para los adultos y también los pequeños.

- **Ansiedad, depresión y somatización:** en el caso de la ansiedad, es comprensible su aparición como desorden del comportamiento en estos niños TDAH. Pues normalmente, se sienten nerviosos, inseguros, angustiados, con baja autoestima; porque saben que algo está mal con ellos, aunque no son consciente de qué es. Pero lo observan en las conductas de rechazo, humillación, insensibilidad y burlas, por parte de quienes les rodean que no están familiarizados con la

problemática que padecen y de las graves consecuencias que provocan sus comportamientos educativos desorientados e ineficientes.

La aparición de depresión bipolar, es el resultado según la presente autora, del inadecuado manejo de uno de los síntomas mencionados con anterioridad: la sobreexcitación emocional en los niños con TDAH; que se mueven entre la euforia excesiva y la tristeza o ira, esta vez agravada y establecida en una patología psiquiátrica.

Por otra parte, la somatización que se desencadena es común en la gran mayoría de los desórdenes psicológicos, y actúa además, como un mecanismo de defensa. Más aún en el caso de niños que padecen TDAH con altos niveles de ansiedad, frustración, depresión, inseguridad, entre otros; quienes trasladan los procesos emocionales que los agobian a alguna parte del cuerpo, incluso también para llamar la atención, ante la demanda creciente de afecto que siempre los acompaña.

De lo anterior se deduce nuevamente, la necesidad y prontitud con que hay que realizar el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento; para evitar que un trastorno manejable desde la utilización de métodos y estrategias oportunas, se convierta en patologías psicológicas tan graves y perjudiciales, como las señaladas. Resaltando entonces, la importancia de la participación eficiente de los adultos responsables, al respecto.

### **Relaciones sociales**

Esta es una consecuencia altamente comprensible, si se tiene en cuenta la sintomatología característica del TDAH, en la que son comunes la tergiversación de normas y reglas del comportamiento, así como la agresividad, ira, impulsividad y falta de atención; que afectan tanto su desempeño en la esfera escolar, como también social. Expresado esto en riñas constantes con sus coetáneos, sobre todo en los espacios lúdicas; y también peleas y regaños en el vínculo con padres y maestros, a lo que no obedecen, o lo hacen inconsistente. De ahí, la confusión provocada en la mayoría de las ocasiones en los adultos, que no comprenden el padecimiento de los pequeños y mucho menos tiene idea de cómo tratarlos. Por tanto, la intención de este proyecto de investigación, es trabajar en educarlos y orientarlos, para que sean capaces de enfrentar con éxito la problemática; y resulten beneficiados tanto unos como otros.

Para Vásconez (2012, pág. 35) también son evidentes los daños que provoca el padecimiento de TDAH en los niños, en el área de sus relaciones sociales. Es decir que, las

actitudes que asumen, sobre todo en los contextos de juego, al no respetar normas, jugar a su manera y en el turno que desean, no parar de hablar en momentos inapropiados, entre otras; causa el rechazo de sus coetáneos y a la vez su inadaptación social. No siendo capaces de manejar comportamientos, que pueden presentarse en otros niños de manera solapada, pero en ellos son incontrolables y el resto de los compañeros no los aceptan. Lo cual a largo plazo, con énfasis en la adolescencia, los puede conducir a la delincuencia, las conductas antisociales, el consumo y abuso de sustancias estupefacientes, entre otras.

## **2.2.2. Psicoeducación**

### **2.2.2.1. Definición**

Desde el punto de vista del origen de la psicoeducación, como alternativa y estrategia de enfrentamiento a enfermedades, sobre todo mentales; Betancur (1994, pág. 76) señala que, el inicio de su implementación surgió ante la necesidad de tratar la patología esquizofrénica, desde el esfuerzo mancomunado de familias e instituciones que se comenzaron a preocupar al respecto. Teniendo en cuenta el sufrimiento generalizado de quienes la padecen y por supuesto, de los que rodean a estos pacientes; y así mismo por la incompreensión que durante tantos años se estructuró a su alrededor.

Posteriormente, se extendió al tratamiento de otros trastornos psicológicos y médicos, que requieren de niveles de comprensión para convivir con ellos y asumir un estilo de vida, con la mayor calidad posible; como la hipertensión arterial, la diabetes, la fibrosis quística, el retardo mental, la epilepsia, la enfermedad maníaco-depresiva, el síndrome de Tourette; este último muy relacionado con el TDAH, como una de sus consecuencias y trastornos asociados.

Para Torres (2008, pág. 681), la psicoeducación se entiende, como parte del tratamiento psicosocial apropiado que, se adopta en el caso de trastornos como el TDAH. Y que se incluye dentro de la Psicología de la Salud o la Psicología Clínica, para proveer a los individuos de herramientas y recursos que, les permitan construir activamente un aprendizaje de sí mismo y de su padecimiento; al tiempo que la conciencia del trastorno que poseen contribuye a un enfrentamiento más exitoso y por tanto, a una mejor calidad de vida. Garantizando también, el bienestar de quienes le rodean: padres, maestros, grupos de amigo y sociedad en general.

En el caso del presente estudio, se trata de trasladar a los padres de familia que, tanta responsabilidad tienen en la formación y educación de sus hijos; y que cuando se trata de manejar un trastorno como el TDAH, la desesperación y confusión por la falta de conocimientos y la incapacidad que autoperciben en su función de padres, los invade constantemente. Esta situación se puede traducir a veces, en ansiedad, angustia y frustración generalizadas, o en ira, agresividad y violencia; todo lo cual transmiten a sus niños que saben que está ocurriendo algo fuera de lo normal con ellos, pero no tienen idea de qué se trata. Por tanto, se agrava aún más el padecimiento, asociando también, otros trastornos y consecuencias negativas para su desempeño en cada una de las áreas de la vida en la que se inserta.

De manera que, la intención es partir de un diagnóstico previo del TDAH a los niños, para en función de esto, estructurar el tratamiento psicoeducativo correspondiente a las familias; y por supuesto, evaluar posteriormente los efectos e impactos logrados con el mismo. Se trata de una estrategia psicopedagógica, que se sustenta en métodos de enseñanza-aprendizaje, para ayudar a los padres a que construyan sus propios conocimientos acerca de la enfermedad de sus hijos, se hagan conscientes de las características de su padecimiento, entiendan el por qué de sus pautas de conducta desobedientes, desinteresadas, desatentas, impulsivas, hiperactivas y algunas veces irrespetuosas; y que en función de ello sean capaces de seleccionar la mejor forma de manejarlos y tratarlos.

Comprendiendo además, el ambiente que rodea al niño con TDAH, ya sea iracundo, incomprensivo o extremadamente permisivo y despreocupado, resulta uno de los factores de riesgo que más potencian la gravedad del trastorno; y por tanto, acrecientan en los infantes los sentimientos de minusvalía, inferioridad, frustración, baja autoestima e inseguridad, que marcan incluso su vida adulta y cada una de las facetas en las que se desenvuelve, si no son manejados a tiempo y con toda la efectividad posible. Cuando los adultos, en este caso los padres de familias, son capaces de entender qué está pasando con sus hijos, entonces la relación con estos se traducirá en armonía y ayuda continua; por una parte, para que ellos también comprendan qué está pasando y cuál es la esencia de su padecimiento, y por otra, para que también se apropien poco a poco de los aprendizajes y herramientas necesarios para enfrentarlo con éxito.

Por otra parte, Betancur (1994, pág. 75) también hace referencia a la conceptualización de psicoeducación, y entiende el término como:

Una forma de tratamiento que proporciona la información necesaria sobre la enfermedad, para proveer una estructura estable de conocimiento que sirva de apoyo emocional, facilite la búsqueda de mecanismos adaptativos apropiados para la situación, y permite un cambio de actitud positiva frente al paciente. Por tanto, consta de niveles operacionales, a partir de los cuales se trabaja: la educación, en la que se proporciona la información pertinente a la familia; y el entrenamiento, fase en la que ponen en práctica los aprendizajes adquiridos.

En este punto, es importante llamar la atención sobre dos cuestiones esenciales acerca de la psicoeducación, como tratamiento rehabilitatorio fundamental e innovador ante el TDAH. Primeramente, el carácter psicológico del mismo está dado por la posibilidad que brinda, en cuanto al apoyo y acompañamiento emocional hacia las familias; que muchas veces se siente desprovisto de información, orientación, pero también de comprensión e identificación por parte de quienes le rodean, para entender lo que les está pasando a sus hijos y todo su ambiente familiar. También, es significativo resaltar la necesidad de que se estructure un tratamiento en conjunto, no solo desde la multidisciplinaredad para enfrentarlo; sino también a través de la participación interrelacionada de padres y niños, incluso de sus maestros, para que los resultados sean los más ajustados a las expectativas de satisfacción de los involucrados.

No solo las familias requieren hacer un ejercicio de introspección, para aprender del trastorno que agobia a sus hijos; y así poder ayudarlos con paciencia, ecuanimidad y sabiduría. Sino que los pequeños también necesitan ese aprendizaje constructivo, para que entiendan el por qué de las pautas de conducta que tanto molestan a quienes les rodean y por tanto, son motivo de rechazo, burlas, insulto y humillación.

No obstante, el acompañamiento y supervisión constante de los adultos y especialistas es fundamental; pues los aprendizajes adquiridos por los niños no se pueden convertir en justificación y manipulación emocional, lo cual sería una postura de análisis y enfrentamiento simplista, y acrecentaría cada vez más el padecimiento y la frustración común entre sus víctimas. Y además, en ocasiones no es posible desarrollar las sesiones con los niños, porque estos no cuentan con una edad y nivel de maduración suficiente, como para asumir y aprehender lo que se desea transmitir, o las rechazan de manera voluntaria o involuntaria; por tanto, solo se dirigen en esos casos a los padres de familia.

Por último, se presentan otras dos definiciones de la psicoeducación, muy relacionadas con los criterios abordados anteriormente; sobre todo en función del papel regulador de conductas, actitudes, aprendizajes y motivaciones, para hacer frente a un padecimiento tan problemático, confuso y perjudicial como el TDAH.

Para Pérez (2006, pág. 447), la psicoeducación no es más que la educación de las personas con determinados problemas y dificultades de salud mental; en temas que les permitan conocer más acerca de su patología y entonces, recuperarse con mayor facilidad y saberes compartidos. Por tanto, es la toma de conciencia sobre el problema que les aqueja, y así, logran convivir con este más armónicamente. No se trata solo de transmitir información, sino de que el paciente y su familia, se involucren en el procedimiento, con sus vivencias, experiencias, miedos, preocupaciones y emociones, para que surta el efecto deseado.

Por otra parte, Rebolledo (s/f) citado por Torres (2008, pág. 681) conceptualiza el término como: “El uso de técnicas, métodos y enfoques educativos, cuyo objetivo es la recuperación de los efectos discapacitantes de la enfermedad mental o como un complemento al tratamiento del enfermo mental”.

Como se puede apreciar, el propósito del tratamiento psicoeducativo, no es otro que el de proporcionarle a los pacientes y familiares; las herramientas y recursos necesarios, para que desde las vivencias y experiencias previas, construyan sus propios conocimientos acerca del trastorno que padecen los pequeños, y sean capaces de implementarlos en el manejo oportuno y satisfactorio del padecimiento que los aqueja. Reduciendo sus síntomas esenciales y la mejoría en la evolución de la enfermedad, pues, la toma de conciencia en cuanto a sus características, causas fundamentales e incluso consecuencias más perjudiciales; son algunas de las informaciones pertinentes que se deben brindar al respecto, esperando obtener los resultados deseados.

#### **2.2.2.2. Objetivos y Propósitos**

En cuanto a los objetivos y propósitos fundamentales que se persiguen con la implementación de la psicoeducación, se hará referencia a las consideraciones de diversos estudiosos acerca del tema; y por supuesto, la postura asumida por la presente investigadora para cada una de estas acepciones.

Según Ortuño (2010, pág. 420) los objetivos, de manera resumida que, se persiguen con la psicoeducación son los siguientes:

- Ayudar a los padres y al niño/a tener una mejor comprensión sobre la enfermedad y tratamiento.
- Detección precoz de los síntomas prodrómicos.
- Aprender estrategias de afrontamiento ante los síntomas.
- Facilitar cambios de actitudes y conductas; como controlar el estrés, evitar el abuso de sustancias psicotrópicas, entre otras.
- Lograr una estabilidad saludable y de calidad en el estilo de vida.

Por otra parte, Garrote & Palomares (2000, pág. 9), señala los que se muestran a continuación:

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

De lo anterior se desprende, como es comprensible que, los objetivos a los cuales se pretendar cumplimiento con la implementación de la psicoeducación, responden a la conceptualización de este método de tratamiento; que ha resultado tan eficiente en patologías como el TDAH. O sea, se trata de estructurar las terapias o talleres, desde el aporte sistemático de información a padres de familias, acerca de las peculiaridades del padecimiento de sus hijos; para contar con herramientas suficientes que, les permitan llevar esos conocimientos autoconstruidos a partir de la toma de conciencia, a la puesta en práctica de una estrategia para reducir los síntomas del trastorno, y así mismo el sufrimiento de sus pequeños.

De manera que, su propósito fundamental es educar, orientar y también apoyar emocionalmente a las familias; en el enfrentamiento constante de las conductas desatentas e hiperactivas de los infantes. Con la intención, de contribuir eficazmente a reducir los síntomas; cambiar ambientes y actitudes en función de garantizar la influencia positiva sobre los niños; promover habilidades y destrezas en el manejo de la problemática, que se ajusten adecuadamente a las necesidades educativas, afectivas y cognitivas de quienes padecen el trastorno, pues dicha correspondencia con la información ofrecida garantizará el éxito del



enfrentamiento; así como disminuirá la inadaptación social de los niños con TDAH y sus padecimientos asociados, tanto los que se expresan en forma de otras patologías clínicas, como en detrimento de sus emociones y sentimientos.

Por tanto, los propósitos esenciales que se estructuran alrededor de la implementación de la psicoeducación, son descritos por Pérez (2006, pág. 447) de la siguiente forma:

- **Comprensión del problema y del proceso terapéutico:** es aquel que se refiere y sustenta la idea de que a través del entendimiento significativo de, la esencia del problema al que se están enfrentando sus hijos y los padres; entonces es elevada la probabilidad de que se comprenda el sentido de la terapia que, se implementa a través de la psicoeducación, y por supuesto que, surta los efectos deseados.

Esta es una condición elemental para el tratamiento de cualquier trastorno psicológico, aun cuando a consideración de la presente autora; lo primordial es reconocer que existe un problema o que el niño padece algún tipo de trastorno, para que entonces puedan acudir voluntariamente en busca de orientación y asesoría; por parte de los profesionales que se dedican a la problemática. Y una vez en esa fase, la toma de conciencia de la enfermedad, sus causas y consecuencias, así como el tratamiento oportuno para prevenir o disminuir sus perjuicios más relevantes; contribuirá indiscutiblemente a la mejoría del pronóstico ofrecido para el trastorno. Y por supuesto es trascendental, el acompañamiento emocional honesto del psicólogo (a) o equipo multidisciplinario que se ocupa del caso y del proceso psicoeducativo.

- **Psicoeducación en salud:** es el propósito de la psicoeducación que se persigue, la eliminación de las posibilidades de agravamiento de una condición determinada, y que por tanto, el niño en este caso, goce de una alta calidad de vida. Todo ello a partir de la trasmisión de información referente a las características del trastorno que poseen, los factores de riesgo de su etiología, los perjuicios fundamentales y también su comorbilidad con otras patologías e influencia negativa de conductas, como el consumo de sustancias indebidas. Todo lo cual debe ser debidamente implementado en la práctica.

Es decir que el proceso es mucho más complicado de lo que a simple parece, en tanto, no basta únicamente con transmitir información pertinente, científica y relevante en relación a la problemática; sino que los especialistas y profesionales deben contar con la preparación suficiente como para provocar a través de los mensajes ofrecidos, un cambio actitudinal y de

conducta en los padres de familias que, sean capaces desde la comprensión y la reflexión al respecto, de poner en práctica todo lo aprendido constructivamente. Y que lo hagan, de manera intencional, sistemática, habitual y responsable; para que realmente obtengan los resultados esperados y prometidos en los encuentros psicoeducativos.

- Psicoeducación motivacional: es cuando la intervención psicoeducativa se orienta hacia la comprensión y conciencia individual y familiar, para que ello sirva de soporte motivacional al cambio actitudinal.

Se entiende que, mientras más estimulación e interés sienta una persona hacia la necesidad del cambio, mucho más efectivo será el proceso de transformación actitudinal y comportamental, imprescindible ante trastornos como el TDAH. Y dicha motivación es factible de ser alcanzada, a partir de que los padres se sientan preparados cognitivamente y afectivamente para mejorar la conducta y estabilidad emocional de sus hijos; más aun cuando se les brinda la posibilidad de que construyan, con determinados niveles de ayuda, los aprendizajes requeridos en este sentido.

### **2.2.2.3. Metodología**

Nunca existe un patrón definido de la metodología a seguir para desarrollar un proceso terapéutico como es el caso de la psicoeducación; pues de esta forma se estaría siendo reduccionista en el análisis de un fenómeno psicológico como el TDAH que en sí ha sufrido de la discrepancia y la multiplicidad de enfoque para tratarlo, los cual rara vez han llegado a un consenso. Por otra parte, no se puede perder de vista el hecho de que se está evaluando a un individuo o grupo de ellos, para impulsarlo a enfrentar desde sus propio conocimiento y herramientas, el padecimiento que lo agobia.

De manera que entendiendo al sujeto, como un ser biopsicosocial con sus peculiaridades intrínsecas de acuerdo a las vivencias, experiencias y creencias de su vida, así como a la influencia ejercida por el ambiente en el que se desenvuelve y la asimilación por él de la misma; es posible comprender la diversidad y riqueza que se establece dentro de la relación terapéutica que, muchas veces se estructura a partir de pautas de observación, análisis y seguimiento que, pueden ir variando a lo largo del proceso; en función de las manifestaciones no previstas que hijos y padres asuman en el camino, su reacción y participación en tratamiento, que varían necesariamente de un individuo a otro.

No obstante, la psicoeducación ha intentado basar su metodología de intervención, sobre todo en el trabajo en grupo; gracias al impacto comprobado que las dinámicas ejercen sobre los pacientes que acuden a tratamiento. Es un proceso en el que tanto la información científica ofrecidas por el profesional, los recursos brindados para aprender y aprehender la esencia de la patología a la que se enfrentan quienes la padecen y sus cuidadores; así como las emociones, cogniciones y experiencias diversas mostradas por el resto de los participantes, garantizarán la comodidad con el tratamiento y el éxito del mismo.

Es por ello que, Torres (2008, pág. 682) hace alusión a algunas pautas y pasos comunes que, son factibles de cumplir dentro de la psicoeducación, para alcanzar los propósitos deseados. Estos son los siguientes:

- Crear un ambiente de grupo agradable: buen humor, armonía, cohesión y refuerzo social.

Para lo cual es fundamental las habilidades y destrezas, tanto profesionales como sociales del responsable del taller; que sea capaz de transmitir seguridad, confianza, garantías del trabajo en grupo, comodidad con el tratamiento, desde el logro de la empatía y rapport, no solo entre él y los miembros de la estrategia didáctica, sino también entre ellos mismos. De manera que, no se sientan cohibidos en participar, intercambiar vivencias, emociones y experiencias; pues ninguna es errónea, al contrario contribuirán significativamente a la construcción autónoma y colectiva del conocimiento, desde el apoyo y la colaboración social.

- Canalizar los liderazgos a favor de los objetivos de la actividad.

Como en el caso de cualquier tarea grupal, lo más importante es poner disposición del colectivo las necesidades y aprendizajes de todos, comprendiendo que ello contribuirá oportunamente al funcionamiento adecuado del grupo de trabajo y al logro de las metas, que son de interés de la mayoría. Por la implicación que conllevan, tanto para el mejoramiento de la calidad de vida de sus hijos, como la suya propia. Favoreciendo al apoyo afectivo, cognitivo y social de sus pequeños, evitando los síntomas más recurrentes, los sentimientos de inseguridad, baja autoestima e inferioridad, así como las conductas inadaptativas frecuentes; y también disminuyendo su preocupación y frustración por pensar que no cumplen satisfactoriamente sus funciones como padres o que sus hijos se desvían inevitablemente y sin solución alguna, del curso regular de su desarrollo.

- Fomentar la participación de todo el grupo, para lo cual es fundamental una atmósfera segura, usar siempre la connotación positiva y percepción selectiva sobre los aspectos más ventajosos.

Las familias deben comprender que la participación limitada de algunos de los miembros de la dinámica grupal, es un obstáculo inminente para el éxito del proceso. Pues en la medida en que sean capaces de compartir sus experiencias y escuchar las de los demás, la construcción de aprendizajes en relación con el tema será más fructífera y satisfactoria para ellos. Una vez más, resalta a la vista, la necesidad de que los profesionales que se encargan de desarrollar la psicoeducación con los padres, cuenten con todas las destrezas requeridas a tales efectos.

- Favorecer el diálogo con los padres de familias participantes, garantizando su intervención y la transmisión de la información; desde sus propios cuestionamientos y no a través de una exposición o conferencia magistral.

De lo anterior se desprende, la formación en habilidades comunicacionales y también pedagógicas con que deben contar los especialistas en psicoeducación; para que realmente contribuyan a la construcción protagónica de aprendizajes y que estos sean asimilados de manera intencional y consciente; no por imposición de mensajes científicos y técnicos que, muchas veces no son siquiera comprendidos. Resaltando además que, lo más importante de este tratamiento es que las familias logren entender eficazmente lo que está pasando con sus hijos, y por tanto cuenten con las herramientas teóricas y prácticas que les permitan enfrentarlo con cautela y conocimiento de causa.

- Utilizar el acercamiento oportuno a la meta y el incremento paulatino de las dificultades.

Como se puede apreciar, la psicoeducación es un proceso de tratamiento, en el que se pueden insertar varias alternativas provenientes de otras terapias terapéuticas; de ahí su riqueza y efectividad, también porque se nutre de varias disciplinas del comportamiento y de intervención psicológica. No basta con mostrarles y poner a disposición de los familiares participantes, los conocimientos teóricos, metodológicos y prácticos para enfrentar el padecimiento de sus hijos; sino que es fundamental establecer dinámicas lo más cercanas posibles a la realidad, en las que las terapias de choque en relación con las dificultades y complicaciones que se pueden presentar, aumenten el grado de dificultad en los aprendizajes del tratamiento y así mismo el éxito deseado.

- Mantener los objetivos de la actividad y de la sesión del día.

Si bien, el curso del proceso psicoeducativo no es una camisa de fuerza y se puede ir ajustando a las eventualidades que surgen durante el mismo, ante las cuales el profesional debe estar lo suficientemente preparado para enfrentar; pues pueden presentarse situaciones de crisis y catarsis, conflictos interpersonales, emociones encontradas y difíciles de controlar, evasión y desinterés por la temática que se plantea; es esencial que el coordinador grupal no pierda el hilo de la dinámica y logre cumplir los objetivos previstos con su realización.

- Usar recursos para mantener la concentración hacia la actividad y control de la irrupción de los temas.

Ello depende mucho también de la creatividad y didáctica, a partir de las cuales se estructura la tarea. Un estudio y análisis previo de las peculiaridades de cada grupo que se va a intervenir, las necesidades e intereses con que acuden al proceso psicoeducativo, así la observación constante de sus pautas de conducta; contribuirá de manera relevante en este sentido. Pues aun cuando, se establecen pasos relativamente comunes para su puesta en práctica, que además, se han validado desde la ciencia y han surtido efectos deseado; las individualidades de quienes participan no se pueden perder de vista, en tanto de ello dependerá en gran medida, los resultados más favorables del tratamiento; los que por supuesto, deben ser evaluados una vez que se concluya con los talleres y dinámicas psicoeducativas.

- Ser estricto en el horario y en las condiciones de realización de la actividad.

Estas son cuestiones que deben quedar bien establecidas desde la sesión inicial del proceso, y ser supervisadas constantemente. Es esencial que los padres de familia entiendan la importancia de hábitos adecuados de organización y de puntualidad, que además, pretender formar en sus hijos; en quienes estos se ven altamente afectados en relación con la media de su grupo etéreo.

- Utilizar rutinas y normas claras que permitan identificar la actividad.

Resulta relevante que, los participantes tengan claridad en cuanto a las temáticas y problemáticas a tratar en cada sesión; pues ello permite un mejor ajuste a las metas a lograr en cada una de ellas y por tanto, a favorecer su aprendizaje activo acerca del

trastorno que padecen padres e hijos, en una relación bidireccional, y que contribuyan realmente a mejorar su tratamiento y calidad de vida.

- Tener en cuenta los diferentes tiempos de aprendizaje de los participantes.

En este caso, como en el resto, también es fundamental tener en cuenta las individualidades que, caracterizan a cada uno de los miembros del grupo en el que se interviene psicoeducativamente; pues como es natural todos no asisten con las mismas necesidades e interés, aunque se trate de una problemática común; tampoco manifiestan los mismos valores, hábitos o pautas del comportamiento; y muchos menos tienen igual desarrollo cognitivo, afectivo o social. Por tanto, se retoma la necesidad del estudio y evaluación previa de los futuros participantes en las dinámicas, aun cuando se cuente con el diagnóstico inicial del trastorno en sus hijos que, permite diseñar las sesiones y talleres; también es importante contar con una visión de las individualidades que particularizan a cada miembro.

- Evaluar las condiciones sociales del grupo para planificación de las actividades, frecuencias y horarios.

Esto es esencial, teniendo en cuenta que se trata de padres de familia que, la mayoría debe estar vinculada laboralmente y también cumplir con horarios sociales y responsabilidades, muchas veces inviolables. De manera que, el hecho de ajustar la programación de actividades y tareas a las necesidades del grupo, garantizará en conjunto con la calidad de las mismas, la posibilidad de que el proceso se desarrolle con organización y que las familias participen con regularidad y sistematicidad. Lo que a su vez, las beneficiará significativamente en cuanto al logro de los objetivos de aprendizajes cognitivos, afectivos y sociales, que se plantearon con su vínculo activo a las sesiones.

- Fomentar el diálogo entre los participantes del grupo.

Ello es fundamental en una práctica rehabilitadora como la psicoeducación, que no solo busca fomentar la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas; sino también apoyar emocionalmente a los participantes para que se sientan seguros y confiados en el tratamiento. Además de favorecer el establecimiento de relaciones interpersonales armónicas, desde la cohesión grupal, la identificación emocional, el saber escuchar y comprender al otro, y el aporte significativo de las reflexiones y experiencias de cada uno en la consecución de la

meta final que; en definitiva resulta beneficiosa para todos y es la razón de ser de su participación.

En este punto también es importante destacar la necesidad de la participación conjunta de padres y madres, para que los resultados sobre el tratamiento de sus hijos sean mucho más satisfactorios de lo esperado. Pues no es suficiente que solo uno de los progenitores aprende del trastorno del pequeño y se interese por ayudarlo eficazmente, sino que ambos asuman una real intervención en el proceso.

- Mantener una actitud de neutralidad ante los tratamientos que actualmente reciben los integrantes del grupo, y evitar criticarlos.

Esta es de las habilidades más significativas que, deben poseer los profesionales encargados de llevar a cabo las sesiones y talleres; ya que una actitud de prejuicio, crítica o burla antes las intervenciones, opiniones y criterios expresados, puede provocar rechazo y evasión hacia el tratamiento y así mismo su fracaso.

#### **2.2.2.4. Necesidades familiares e importancia**

Independientemente de que hasta el momento se han descrito las necesidades globales que impulsan a los padres de familias, a buscar ayuda ante la incompetencia e imposibilidad que perciben para manejar el TDAH de sus hijos; muchas veces por entender que necesitan las herramientas necesarias para crearles ambientes familiares estables, seguros y comprensivos, en los que su patología no se encuentre agravada; a continuación se presentarán, de manera resumida, las principales necesidades que intentan satisfacer los familiares cuando se inscriben para participar en un grupo psicoeducativo, y que por tanto, los profesionales responsables deben tener en cuenta para cumplir sus expectativas.

Además, se señalará la utilidad e importancia de su puesta en práctica, según resultados observados posteriormente a su desarrollo, en los pacientes y sus padres; que hablan de la efectividad del tratamiento.

En cuanto a las necesidades familiares, Pérez (2006, pág. 448) señala las siguientes:

- Necesidad de información: entendida como la demanda que intentan satisfacer en el proceso psicoeducativo; relacionada con los conocimientos acerca del trastorno y su manejo oportuno, las características del programa de intervención al que se insertan y las posibles factores de ayuda a los que acudir en la comunidad y el medio que les

rodea. Este nivel de información aumenta y se hace más detallado, en la medida en que avanzan en la comprensión del padecimiento.

Por supuesto, mientras los formadores de valores, orientadores y educadores de los pequeños; no cuentan con la información necesaria y suficiente, no lograrán entender e identificarse con la problemática que presentan sus pequeños, y por tanto, no podrán ayudarlos a superarla de manera exitosa. Saber reconocer cuáles son sus síntomas fundamentales, el origen al que se asocia, las consecuencias fundamentales a las que se enfrenta, así como alternativas posibles de manejo y tratamiento; es determinante en el logro de un pronóstico favorable para la evolución del TDAH, y en correspondencia, el mejoramiento de la calidad de vida de quienes lo padecen, que no tendrían que arrastrar a su vida adulta, aquello que tanto daño le ha provocado en su niñez, sobre todo en la esfera familiar, escolar y de relaciones con el grupo de amigos.

- Necesidad de herramientas de comunicación y resolución de problemas: se refiere a la necesidad de contar con aquellos recursos psicológicos, que le permitan a los padres o cuidadores; solucionar los conflictos emergentes, a través de pautas comunicacionales que contribuyan a ello.

Es evidente, como se ha mencionado hasta el momento, los perjuicios que sobre el clima familiar, provoca el padecimiento de TDAH en los niños, como en el caso de muchos otros trastornos psicológicos y del comportamiento. Produciendo además, una influencia recíproca y bidireccional, en la que mientras más tenso, agresivo y violento se torne el hogar; más graves será el comportamiento de quienes padecen el trastorno y así sucesivamente. En este caso es muy importante, haber satisfecho las necesidades de información antes mencionadas; como en la jerarquía de necesidades propuesta por Maslow, se van alcanzando aquellas que se encuentren en la cima en la medida en que se logren satisfacer las de los niveles inferiores.

- Necesidades de apoyo: el acompañamiento emocional a las familias que, se presentan en este caso como pacientes, es fundamental para lograr el resultado deseado por todos.

Y es que se estructura las sesiones y talleres que forman parte del proceso educativo, solo desde la creación de un clima frío y rígido, en el que se trasmite información, no se potencia el diálogo ni se ofrece información; a la vez, que no se les



brinda seguridad y confianza a sus participantes, mediante el establecimiento de relaciones estables y de colaboración entre ellos mismos y el coordinador grupal; entonces se perderá una buena parte de la efectividad del tratamiento.

Como se mencionada anteriormente, si no se logra atraer, motivar y estimular a los miembros del grupo, mediante estrategia innovadoras, pero también a partir de la orientación emocional e identificación con la problemática planteada; entonces se correrá el riesgo de que muchos no participen activamente, no sean puntuales o no asistan de manera regular, sean saboteadores de la actividad o incluso la abandonen. Lo cual perjudicará el desarrollo de la terapia, pero más aún perjudicará a los niños con TDAH y sus familias, que no aprenderán a tratarlos satisfactoriamente y por tanto, no conseguirá disminuir los síntomas del padecimiento y sus graves consecuencias.

En cuanto a la utilidad de la Psicoeducación, como tratamiento de tipo psicosocial que es posible de combinar con diversas modalidades de intervención; Torres (2008, pág. 682) considera lo siguiente, resumiendo su importancia para el área de los servicios médicos y psicológicos:

La psicoeducación se puede entender como una modalidad terapéutica y pedagógica, dirigida no solo a los pacientes, sino también a la red de cuidadores; resultando útil en diferentes niveles de prevención y patologías, tanto somáticas como mentales. En salud mental, se ha encontrado utilidad para la racionalización del uso de los servicios de salud, mejoría de la adherencia al tratamiento, disminución de la frecuencia de los síntomas y las crisis, y en general, mejoría en la calidad de vida de los psicoeducandos. Convirtiéndose en una herramienta novedosa, creativa y económica en los servicios de orientación y salud.

A los que acuden diariamente miles de familiares con hijos con TDAH, en búsqueda de información, ayuda y comprensión; para aliviar el padecimiento de sus pequeños y evitar la comorbilidad con otros trastornos psicológicos más graves, así como su inadaptación social. Al tiempo que contribuyen a mejorar su calidad de vida, y los sentimientos de inseguridad, frustración, miedo y baja autoestima que los aquejan constantemente. Todo ello, desde la comprensión del trastorno y el aprendizaje herramientas útiles y efectivas, para manejarlo satisfactoriamente.

### **2.3. Marco Legal**

El Marco Legal de la presente investigación, se sustenta en la revisión teórica de documentos relacionados con la problemática científica, que desde el punto de vista institucional, respalda su desarrollo y puesta en práctica. Entre esta bibliografía se

encuentran: la Ley de Discapacidades, Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI) y la Declaración de los Derechos Humanos; acerca de las cuales se presentará en resumen textual y detallado que, ejemplifique la necesidad de implementar proyectos de investigación que, respalden la inclusión social y educacional de niños como los que padecen TDAH, y así mismo su tratamiento satisfactorio y exitoso.

**Ley Orgánica de Discapacidades, Título I Principios y Disposiciones Fundamentales, Capítulo Primero del Objeto, Ámbito y Fines.** (Asamblea Nacional, República del Ecuador, 2012)

**Artículo 1.-** Objeto.- La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

**Artículo 2.-** Ámbito.- Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior; sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su cónyuge, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad.

El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado. Las personas con deficiencia o condición discapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

**Ley Orgánica de Educación del Ecuador. RO/417 de 31 de marzo de 2011. Capítulo segundo: De las obligaciones del Estado respecto del derecho a la Educación.** (Asamblea Nacional, 2011)

**Art. 5.-** La educación como obligación de Estado.- El Estado tiene la obligación ineludible e inexcusable de garantizar el derecho a la educación, a los habitantes del territorio ecuatoriano y su acceso universal a lo largo de la vida, para lo cual generará las condiciones que garanticen la igualdad de oportunidades para acceder, permanecer, movilizarse y egresar de los servicios educativos.

**Art. 6.- Obligaciones.-** La principal obligación del Estado es el cumplimiento pleno, permanente y progresivo de los derechos y garantías constitucionales en materia educativa, y de los principios y fines establecidos en esta Ley.

El Estado tiene las siguientes obligaciones adicionales:

a. Garantizar, bajo los principios de equidad, igualdad, no discriminación y libertad, que todas las personas tengan acceso a la educación pública de calidad y cercanía;

b. Garantizar que las instituciones educativas sean espacios democráticos de ejercicio de derechos y convivencia pacífica;

c. Asegurar que el Sistema Nacional de Educación sea intercultural;

e. Asegurar el mejoramiento continuo de la calidad de la educación;

f. Asegurar que todas las entidades educativas desarrollen una educación integral, coeducativa, con una visión transversal y enfoque de derechos;

h. Erradicar todas las formas de violencia en el sistema educativo y velar por la integridad física, psicológica y sexual de los integrantes de las instituciones educativas, con particular énfasis en las y los estudiantes;

n. Garantizar la participación activa de estudiantes, familias y docentes en los procesos educativos;

o. Elaborar y ejecutar las adaptaciones curriculares necesarias para garantizar la inclusión y permanencia dentro del sistema educativo, de las personas con discapacidades, adolescentes y jóvenes embarazadas;

**Declaración de los Derechos Humanos**(Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948)

**Artículo 1.-** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

**Artículo 2.-**Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

**Artículo 3.-** Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

**Artículo 7.-** Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

**Artículo 26.-**

1. Toda persona tiene derecho a la educación; la educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Enfoque de investigación

La determinación del enfoque metodológico es fundamental para la realización de cualquier investigación científica. En el caso de la presente, se describirán cada uno de estos: el cualitativo y el cuantitativo, y además, se identificará la necesidad y justificación de utilizar el enfoque mixto cualicuantitativo, que como su nombre lo indica, engloba a los anteriores.

En este sentido, para Galeano (2001, pág. 24), los estudios cuantitativos son aquellos que tienen como propósito explicar y predecir la ocurrencia de hechos tangibles, pero desde una posición de observación externa; sin una participación directa del investigador que, puede permear la objetividad del estudio, garantizada por la medición numérica. Una de sus peculiaridades fundamentales es la exactitud y la generalización de los resultados obtenidos a poblaciones más amplias, con un margen pequeño de error.

Por su parte, los estudios cualitativos se caracterizan, según Galeano (2001, pág. 24) por la búsqueda de la comprensión de la realidad social que pretenden investigar, a partir de su inserción en un contexto histórico y cultural determinado; que implica además, la consideración integral y sistémica de las visiones, creencias, experiencias y concepciones de los diferentes actores que intervienen en dicha concepción, incluida la del propio investigador.

Y aun cuando, la posibilidad de falacias y sesgos propios de la interpretación subjetiva esté siempre presente en este enfoque de investigación; también cuenta con fortalezas como la flexibilidad, la profundidad en el análisis y la observación directa y participante del fenómeno que se investiga. Ante lo cual, la preparación y habilidades profesionales de quien investiga, es fundamental para alcanzar los resultados deseados.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente y considerando los objetivos e intereses de la elaboración y puesta en práctica del presente trabajo investigativo, se decide utilizar un enfoque mixto sobre el cual sustentar el desarrollo teórico y sobre todo, el análisis e interpretación de los resultados alcanzados, a través de la aplicación de las técnicas e instrumentos requeridos. Basado además, en la importancia que adquieren cada vez más, la integración y dialéctica en la concepción de los fenómenos psicosociales, pues de la misma manera que su valoración profunda debe sustentarse en la triangulación de la información proveniente de diversas fuentes de información, para obtener un diagnóstico certero y así mismo las medidas de intervención oportunas; también el análisis

de dicha información no debe ser excluyente sino complementarse y asumir de cada enfoque, lo más relevante para el propósito de la investigación.

De ahí que, la necesidad de contar con referencias matemáticas que puedan ser representadas en tablas y gráficos, a partir de la aplicación de un instrumento propicio para ello, y que además, dicha información pueda ser procesada mediante la estadística descriptiva; permite contar con un referente objetivo y tangible importante para el análisis e interpretación de dichos resultados, a través de la intervención del enfoque cualitativo.

Sobre todo cuando se trata de la evaluación de un trastorno como el TDAH que, tanta deficiencias provoca en el desempeño y las relaciones que establecen los niños en los ámbitos escolar, familiar, interpersonal y social; y que por tanto, la valoración integral, sistémica y eficiencia de la situación en la que se encuentra el pequeño, favorecer el enfrentamiento también eficaz de la problemática, con énfasis en adoptar los métodos terapéuticos más oportunos y ajustables a las características del grupo demandante de intervención y orientación psicológica y especializada.

### **3.2. Modalidad de investigación**

En cuanto a las modalidades de investigación, en el caso de la presente investigación, teniendo en cuenta por supuesto sus peculiaridades y los propósitos que persigue; se seguirán tres esencialmente: la bibliográfica-documental, la investigación de campo y el proyecto de desarrollo, a las cuales se hará referencia a continuación.

#### **3.2.1. Bibliográfica-Documental**

Para Jáñez (2008, pág. 124) esta modalidad investigativa, consiste en el análisis detallado de una situación específica, basado fundamentalmente en la revisión exhaustiva y detallada de textos originales y que resulten sumamente fiables. También sirven de sustento bibliográfico, la entrevistas a expertos que se realizan como parte de muchos proyectos investigativos; aunque en el caso del presente no se utiliza esta técnica de recopilación de información.

No obstante, resulta altamente significativo, la revisión y análisis bibliográfico, de los datos provenientes de libros, revistas científicas, tesis de grado y posgrado, entre otras fuentes; que le dan sentido a la concepción teórica, metodológica y de interpretación de resultados de esta investigación. Y sobre todo, desde la posibilidad de que los análisis

provenzan de lugares confiables, y se estructuren a partir de la coherencia, integración, lógica y dialéctica sistémica; para que le den mayor sentido al desarrollo del trabajo científico.

### **3.2.2. De Campo**

Por su parte, Rojas (2002, pág. 156) se refiere a la modalidad investigativa de campo, y considera que se trata de aquellos estudios en los que se desarrolla una buena parte en la realidad empírica y social, en la que tiene lugar el fenómeno que se desea analizar e interpretar. De manera que, la observación participante del investigador es esencial en este sentido, para complementar la información apreciada con la que proviene de otras fuentes científicas, también confiables y validadas.

Más aun cuando se estudia un trastorno como el TDAH y cuya intención principal es arribar a un diagnóstico certero que, permita orientar el tratamiento rehabilitatorio y terapéutico a seguir. En este caso con un grupo de padres, a los que se pretende informar, capacitar y adiestrar en cuanto al padecimiento de sus hijos y los modelos más pertinentes de enfrentamiento; para lo cual se necesita ajustar los procesos psicoeducativos tanto a las características del grupo de la dinámica, pero esencialmente a las peculiaridades de los pequeños con TDAH.

Es por ello, que se escoge la modalidad de campo como una de las alternativas de investigación para este trabajo científico.

### **3.2.3. Proyecto de Desarrollo**

De acuerdo con lo referido por Cobos (2012, pág. 34), esta modalidad de investigación se trata de profundizar en necesidades de grupos sociales; cuyo resultado se constituye en una propuesta práctica de aplicación específica en una población determinada, normalmente en la que es objeto de estudio, como una alternativa de enfrentamiento a la problemática planteada.

Por tanto, esta modalidad se ajusta perfectamente a las intenciones del presente estudio, y se encuentra muy relacionada con los trabajos de campo. En tanto, el propósito es realizar un estudio exhaustivo y detallado de la población de niños con TDAH que asisten a consulta con sus familiares, en búsqueda de ayuda especializada a la Clínica “Club de Leones”; pero sobre todo para intentar hallar, diseñar e implementar una estrategia viable de su solución a la problemática de los padres, que no cuenta con el conocimiento necesario y tampoco con los recursos y herramientas que le permitan

enfrentar el padecimiento de sus pequeños. En este caso, se acude al método psicoeducativo, que tantos resultados ha alcanzado en el área de los trastornos psicológicos y de la conducta; esta vez dirigido esencialmente a los padres.

### **3.3. Tipos de investigación**

Al tratarse de un enfoque mixto de investigación, los tipos que se emplean responden tanto a la concepción cuantitativa como a la cualitativa; así como puede combinarse unos con otros en la medida en que se avance en la realización de la investigación, teniendo en cuenta la riqueza y diversidad de los fenómenos psicosociales, pero además, la flexibilidad con que cuentan los estudios cualitativos. En el caso de la presente investigación, y asumiendo una vez más la intencionalidad de responder a los objetivos, propósitos y peculiaridades del trabajo; su basamento es de tipo exploratorio y también descriptivo.

En este sentido, para Landeau (2007, pág. 56), los estudios exploratorios, son aquellos que: “Buscan indagar sobre un tema poco explorado, que se desea profundizar o que ha sido poco abordado; con el objetivo de obtener un conocimiento oportuno de la situación o fenómeno objeto de estudio”.

Por tanto, es propósito de la presente investigación ahondar en un tema como la psicoeducación, y sobre todo vinculada al tratamiento y rehabilitación de los niños que padecen TDAH; cuyos padres no cuentan con suficientes recursos ni apoyo emocional para enfrentar la problemática. Pues aun cuando el TDAH ha sido abordado por disímiles estudiosos del tema y que la psicoeducación ha logrado situarse entre los primeros lugares de los métodos psicopedagógicos, para afrontar enfermedades con énfasis en la orientación a las familias; este último fenómeno no ha sido suficientemente analizado científicamente en estudios con los que pueda contar la mayoría, como referencia obligatoria.

Por otra parte, también Landeau (2007, pág. 57) se refiere a los estudios de tipo descriptivo como:

Son los que buscan medir conceptos y variables, así como evaluar diversos aspectos de un universo, con la finalidad de identificar características o establecer propiedades importantes que permitan informar sobre el fenómeno estudiado. Estos estudios actúan en función de las realidades de los hechos; aportando entonces una descripción detallada y profunda de la realidad del fenómeno analizado.

De manera que, la intención de la presente investigación, va más allá de explorar un fenómeno determinado; se trata de describir profundamente las características esenciales del



TDAH en los niños, sobre todo para implementar alternativas de solución viables que contribuyan a la preparación y capacitación de los padres de familia que muchas veces no saben cuál es la mejor manera de enfrentar el trastorno. Además, permite contar con un marco de referencia exhaustivo, tanto desde el punto de vista teórico como también metodológico y práctico; que se constituye en sustento científico para generalizar el estudio y extenderlo a otras áreas del conocimiento e involucrar a más interesados en el tema y responsables de su tratamiento efectivo.

### **3.4. Métodos de investigación**

En cuanto a los métodos científicos de investigación, que pueden utilizados para crear modelos a partir de los cuales se estudian los hechos y fenómenos de la realidad, ya sea natural o social; ofreciéndole argumentos científicos y confiables a dicho análisis, y también un marco de referencia sobre el cual sustentar los estudios desde una coherencia lógica; se plantean los siguientes, los cuales serán usados en la presente investigación.

- **Método Inductivo:** es el proceso en el que se estudian fenómenos de forma particular y aislada, cuyo análisis permite el establecimiento de conclusiones generalizables y universales. (Rodríguez, 2005, pág. 29)
- **Método Deductivo:** se refiere a la obtención de conclusiones particulares, a partir de leyes generales. (Rodríguez, 2005, pág. 29)
- **Método de Síntesis:** es aquel en el que unifican concepciones aisladas en una cosmovisión general acerca del problema o fenómeno que se estudia. (Rodríguez, 2005, pág. 30)
- **Método de Análisis:** es el método en el que se analizan profundamente los elementos constituyentes de un fenómeno, para poder ofrecerles una estructura lógica o con sentido dentro de un trabajo investigativo. (Rodríguez, 2005, pág. 30)
- **Método Estadístico:** permite realizar el análisis de los datos numéricos para transformarlos en información, y entonces extraer resultados útiles para arribar a conclusiones y adoptar medidas pertinentes con el propósito de solucionar la problemática planteada. (Rodríguez, 2005, pág. 32)

En relación con la información anterior, es fundamental llamar la atención sobre el hecho de que su presentación se estructura de manera independiente; pero en la realidad

investigativa cada uno de estos métodos funciona de manera interrelacionada y dinámica. Pues no es posible realizar un proceso de síntesis, sin recurrir al análisis detallado de la información, desde posiciones deductivas o inductivas, según sea el caso; y siempre que se trata de un estudio de tipo cuantitativo o mixto, en el que se aplique la recopilación de datos a través de herramientas cuantificables, entonces la intervención de la metodología estadística resulta de gran ayuda, para logra extraer de los números información relevante y susceptible de ser analizada desde un escalón cualitativamente superior. Y por tanto, poder darle sentido a la exploración y descripción exhaustiva que se hace del fenómeno.

Más aun cuando se trata de una investigación como la presente, en la que resulta esencial el análisis y la revisión bibliográfica, lo cual requiere de contar con recursos sintéticos y de inducción-deducción que, le den sentido al desarrollo teórico, práctico y conclusivo que se pretende. Garantizando la posibilidad de su extensión y generalización a otras poblaciones de estudio, con características similares que pueden beneficiarse de los resultados alcanzados en el grupo de padres, con quienes se interactuó a través de la psicoeducación. Pero además, la información pertinente y esencial de las variables de estudio: TDAH y psicoeducación, resultó del análisis particular de varias teorías y disciplinas, para construir sintéticamente un marco de referencia confiable que, sustentara dicha investigación; tan favorable para niños y padres, e incluso para los maestros que, deben ser incluidos más activamente.

### **3.5. Población y muestra**

Muy relacionado con el tema de la presente investigación Moreno(2000, pág. 8), señala que en el caso de los estudios de ciencias sociales, como la investigación educativa, el procedimiento de conceptualización de la población objeto de estudio se conoce como:

Los sujetos, grupos humanos, organizaciones sociales que de acuerdo a las peculiaridades del estudio que se pretende desarrollar y a las suyas propias, se ajustan perfectamente a las intenciones del investigador y por tanto, los selecciona como unidades para evaluar e interpretar su comportamiento en función de las categorías, variables y dimensiones que son de su interés.

Por otra parte, la muestra se conceptualiza, también siguiendo los criterios de Moreno (2000, pág. 9) como: “Aquella porción de la población objeto de estudio, que resulta representativa de la misma; siempre que responda a las características y objetivos de investigación”.

Teniendo en cuenta el interés y propósito de la presente investigación, se decidió a criterio de su autora, y por supuesto, debido al pequeño número de niños con los cuales se

está trabajando directamente en la clínica “Club de Leones”; seleccionar a toda la población de pequeños y familias que se encuentra buscando ayuda y orientación psicológica y educativa en la institución, ello de manera no probabilística. Es por esto que se trabajará con 20 niños, con edades comprendidas entre los 5 y 12 años, que durante el periodo de enero-marzo de 2015 se han acercado con sus padres en búsqueda de ayuda especializada.

Por tanto, se estaría realizando el diagnóstico del TDAH, sobre todo para conocer a través de la percepción de los maestros, las principales características de la enfermedad en sus alumnos. Y posteriormente, se trabajaría con la población de padres, responsables de la educación, tratamiento y supervisión de los pequeños, a quienes se orientará y apoyará desde el método psicoeducativo; para que sean capaces de contar con las herramientas necesarias y efectivas de enfrentamiento a la problemática que presentan en casa con sus hijos, y que estos a su vez manifiestan en la escuela y en el ámbito social.

### **3.6. Técnicas e instrumentos**

De acuerdo con Terán (2006, pág. 25), las técnicas de recolección de datos son las que permiten obtener la información que se desea acerca del tema objeto de estudio, mediante los medios o instrumentos diseñados para ese fin.

Y por supuesto, responden directamente a los objetivos de la investigación, siendo coherentes entonces con su marco teórico, diseño metodológico e incluso, resultados esperados. En el caso del presente estudio, en el que se pretende diagnosticar la situación del TDAH de un grupo de niños, y en función de ello diseñar y aplicar talleres basados en el método psicoeducativo. Estas dinámicas de grupo, están dirigidas a la enseñanza, orientación y acompañamiento de los padres de familia, en la construcción de sus propios aprendizajes acerca del trastorno que padecen sus hijos, sus causas y consecuencias fundamental; y lo más importante, cómo tratarlo de manera que se obtenga éxito en el proceso.

Es por ello, que en la etapa inicial de diagnóstico, se aplica el test de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) a los niños que componen las unidades de análisis del presente estudio, como se ha mencionado con anterioridad. Para en función de los resultados arrojados, a partir del procesamiento e interpretación de la información matemática y estadísticas; poder contar con un marco referencia sobre el cual estructurar y orientar los ejercicios psicoeducativos, en correspondencia con las características diagnósticas del trastorno en los infantes, así como de las necesidades e intereses mostrados o apreciadas en la observación directa de

los participantes. Pues como ocurre con el estudio del resto de los fenómenos psicosociales, la intención es obtener información relevante, a través de la utilización de varias técnicas e instrumentos, que permitan la triangulación en su análisis; y así mismo lograr una interpretación integral y más global de lo que se pretende estudiar.

La técnica se aplica además, una vez concluida la fase de los talleres psicoeducativos para evaluar el impacto que ha alcanzado dicho método, en la mejoría de los síntomas visibles del TDAH en los niños.

Es importante señalar que, el EDAH es llenado como una especie de ficha de observación, por parte de los maestros que pasan gran parte del tiempo con los infantes; en la que tienen que valorar la presencia de cada uno de los síntomas correspondientes a la Hiperactividad (H), la Desatención (DA) y los Trastornos de Conducta (TC) asociados, en una escala que va el 0 al 3 (Nada, Poco, Bastante, Mucho; respectivamente). Cada una de las subescalas cuenta con cinco ítems, excepto la referida a los trastornos de conducta que, tienen 10 ítems; para un total de 20 ítems.

De acuerdo con Farré & Narbona (2013, págs. 5, 9) el EDAH es una técnica que se aplica en niños de primero a sexto de Educación Básica, de forma individual, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos; para medir no solo los principales rasgos del TDAH presente en los pequeños, sino además, los niveles de riesgos a los que están expuestos, esto último a través de los puntos de corte que se introducen como parte de la tabulación y el análisis.

En cuanto a la implementación de los talleres psicoeducativos que, es un método por excelencia defendido y desarrollado por Barkley (1998), y que ha sido escogido como parte del presente trabajo investigativo, para trabajar directamente con los padres de familias de aquellos niños con TDAH que buscan desesperadamente orientación y ayuda; el propósito fundamental es implementarlos luego de la aplicación del EDAH, como se ha mencionado anteriormente, para diagnosticar de forma certera los niveles de riesgo del trastorno y en función de ello dirigir las dinámicas grupales.

Es decir que, se ha usado el método psicoeducativo además, como una especie de punto de comparación entre el antes y el después de los talleres, permitiendo valorar la pertinencia y el impacto de los mismos; desde la percepción de padres y maestros acerca de la disminución de los síntomas, gracias a la construcción de conocimientos y aprendizajes relacionados con el padecimiento de sus niños. Por tanto, su implementación

también contribuye a garantizarles una mejor calidad de vida, tanto a las víctimas del trastorno, como a sus familias y el resto de las personas que interactúan con ellos en el ámbito escolar, interpersonal y social.

Respecto a esto, Korzeniowsk & Ison (2008, pág. 67) definen los siguientes objetivos para las estrategias psicoeducativas, dirigidas a padres y docentes; en esto caso es importante solo hacer alusión a aquellos que se refieren a la intervención de las familias; pues aun cuando los maestros son quienes evalúan los síntomas presentes en los niños a través del EDAH, los talleres solo están dirigidos a los padres. Los propósitos de manera general (pues cada actividad persigue sus propios objetivos), son los siguientes:

- Explorar si los padres perciben una disminución de los síntomas primarios y secundarios del TDAH en sus hijos, luego de haber implementado los talleres psicoeducativos.
- Evaluar los estilos educativos de los padres de los pequeños con TDAH y relacionarlos con los resultados de las intervenciones aplicadas.

Y es que en función de los métodos que utilicen, el impacto en los niños así como las consecuencias propias del trastorno, serán más o menos favorables y reversibles.

- Valorar la pertinencia del trabajo en grupo.

Como se ha señalado con anterioridad, la posibilidad de intercambiar experiencias, vivencias y creencias, garantiza el éxito del intercambio grupal y así mismo de las intenciones interventivas y rehabilitatorias de los talleres psicoeducativos.

- Analizar si los padres pueden identificar los recursos positivos de sus hijos con TDAH.

Y es que a partir del conocimiento y la familiarización con las características del trastorno, los padres y cuidadores pueden ser capaces de determinar aquellas pautas de conducta y peculiaridades de la Personalidad de sus hijos que, pueden ser aprovechadas para potenciar su desarrollo integral.

Por último, se señalarán las temáticas fundamentales abordadas en cada uno de los seis talleres psicoeducativos, que se implementaron. Cada uno de los cuales contó con objetivos que guían su desarrollo, ejercicios de bienvenida y caldeamiento, actividades y dinámicas grupales, y también recursos conclusivos que, brindan la retroalimentación

pertinente a los padres de familia, para la continuidad del tratamiento, manejo y seguimiento del trastorno en sus hijos.

Por supuesto, cada tarea propuesta y desempeñada, se ajusta fielmente a los propósitos específicos de los talleres y responde a los objetivos generales del método, descritos con anterioridad. También es importante, seleccionar los materiales adecuados que, garanticen respetar la metodología y alcanzar el éxito deseado, mediante la interacción y la didáctica, propias del trabajo en grupo. Los temas para cada taller, se desarrollaron como sigue:

- **Taller N°1:** “Conociendo acerca del TDAH en mis hijos”.

Cuyo objetivo fundamental es familiarizar a los padres de familia, acerca del padecimiento de sus niños; sus causas fundamentales, consecuencias, manifestaciones conductuales y formas de tratamiento más eficaces, de manera que entiendan que sus hijos no sé así porque quieren, sino que presentan un padecimiento de base.

- **Taller N°2:** “Factores que influyen en el comportamiento del niños con TDAH”.

Su propósito es educar a los padres acerca de las causas del comportamiento desafiante de sus hijos con TDAH, instarlos a determinar si están presentes en el medio familiar, así como prevenirlos de que los niños solo pueden disminuir estos síntomas a través de su ayuda continua y permanente.

- **Taller N°3:** “Dificultades escolares del niño con TDAH. Estrategias para desarrollar habilidades de organización y mejorar su capacidad atencional”.

El objetivo fundamental, es familiarizar a los padres con recursos y estrategias didácticas que, al tiempo que motivan y estimulan al niño a realizar las tareas tanto docentes como hogareñas, favorece la educación en valores y la formación de hábitos, tan afectado en el TDAH.

- **Taller N°4:** “Claves útiles para mejorar el rendimiento escolar”.

En este caso, también es muy importante el trabajo con los docentes, en conjunto con las familias afectadas; y su propósito fundamental, como su nombre lo indica es ofrecerles pautas de relación y métodos educativos que favorezcan la mejoría en el rendimiento escolar, desde el manejo de los síntomas propios del TDAH que afecta este desempeño en el ámbito educativo.

- **Taller N°5:** “Terapia conductual y cognitiva, aplicada desde la casa”.

En este caso, la intención es entrenar a los padres en el uso de herramientas que, les permitan aumentar la complicidad y el respeto por parte de los niños, acerca de las normas parentales; acrecentar la efectividad de estas reglas hacia el comportamiento de sus hijos; así como elevar la supervisión adulta de los comportamiento de niño dentro y fuera del hogar.

- **Taller N°6:** “Resolución de problemas y motivación de padres hacia el tratamiento”.

Se trata de estimular a los padres, a aplicar algunos de los conocimientos ya aprendidos y asimilados, para a través de dinámicas grupales que recrean contextos de la realidad de familias con TDAH; participen activamente y en grupo en la resolución de los problemas y eventualidades que se puedan presentar.

Como se puede apreciar, se trata de abordar cada uno de los indicadores y dimensiones propias del TDAH, con el propósito de favorecer el conocimiento y acercamiento de los padres al trastorno, para que sean capaces de enfrentarlo con éxito; garantizando una mejor calidad de vida de sus hijos y también de ellos. Todo esto, estructurado, a partir de una metodología como la resaltada con anterioridad, en la que los padres construyen sus propios aprendizajes con la guía acertada de los especialistas, y gracias de la interacción, la dinámica y didáctica grupal, el acompañamiento emocional y la participación activa.

De ahí que, los resultados de cada taller, implican la motivación y estimulación de los padres de familia, hacia el aprendizaje y la identificación con el TDAH y sus formas de manejo; siempre impulsados por el propósito de que dicho conocimiento, enseñando y asimilado, a través de la disertación teórica y el otorgamiento de estrategias y herramientas psicológicas, les proporcionará mejores maneras de interactuar con sus hijos y por tanto, ayudarlos a hacer más llevadera su vida con TDAH. Este impacto positivo, se evidencia en los resultados obtenidos en la evaluación profesada por los docentes en el test del EDAH; lo cual puede percibirse en el análisis e interpretación de los resultados.

### 3.7. Operacionalización de las variables

#### Variable TDAH

Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
<p>“Una afectación a nivel neurológico y biológico, que tiene como peculiaridades las dificultades en la atención, concentración, distracción, hiperactividad e impulsividad en los niños que la padecen; con una exacerbación creciente que, no se corresponde con el desarrollo adecuado y normal de la persona. Esta problemática se expresa en las diferentes facetas de la vida del niño, fundamentalmente en la escuela, el hogar y la sociedad en general”</p>	Desatención	Dificultades de aprendizaje escolar	2	Evaluación del Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH)
		Distracción fácil	4 y 7	
		Escasa atención	4y 7	
		Interrupción repentina de las tareas	8	
		Inconstancia en las actividades	19	
		Esfuerzos frustrados	19	
	Hiperactividad	Inquietud motora	1	
		Molestia frecuente a los otros	3	
		Exigencia de inmediatez en la respuesta a sus demandas	5	
		Intranquilidad (movimientos constantes)	13	
		Impulsividad	17	
	Trastorno de Conducta	Irritabilidad	17	
		Dificultad en las actividades cooperativas	6	
		Rechazo por parte del grupo	9	
		Negación de errores propios	10	
		Gritos en situaciones inadecuadas	11	
		Irrespeto, arrogancia	12	
		Discusiones y peleas sin motivo	14	
		Mal genio	15	
No respeto a las reglas del juego		16		
Relaciones interpersonales deficientes	18			
No aceptación de las indicaciones de los adultos	20			

Elaborado por:



### 3.8. Plan de recolección de la información

Tabla N° 1. Plan de recolección de la información

Preguntas Básicas	Explicación
¿Para qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para lograr los objetivos de la investigación</li> </ul>
¿Sobre qué aspectos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatención</li> <li>• Hiperactividad</li> <li>• Trastorno de Conducta asociado</li> <li>• Psicoeducación a padres</li> </ul>
¿Quién?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> </ul>
¿Cuándo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enero-Abril 2015</li> </ul>
¿Dónde?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica “Club de Leones”</li> </ul>
¿Cuántas veces?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las necesarias</li> </ul>
¿Qué técnicas de recolección?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad</li> </ul>
¿Con qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de EDAH</li> </ul>
¿En qué situación?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de investigación</li> </ul>

Elaborado por: Sofía Ortiz

### 3.9. Plan de procesamiento de la información

- Recopilación de la información, a través de la técnicas previstas; tanto la de revisión y análisis bibliográfico como el EDAH, para el diagnóstico oportuno de la problemática presente en los niños que acuden a la Clínica “Club de Leones”.
- Revisión crítica de la información recogida; es decir valorar todos aquellos datos que resulten contradictorios, incompletos y no pertinentes; los cuales afectarían el desarrollo de la investigación si no son descartados a tiempo por no aportar información relevante para el estudio.
- Realización de la tabulación y cuantificación de los datos obtenidos, acerca de la variable de estudio TDAH.
- Llevar a cabo el estudio estadístico, con en la utilización del paquete Microsoft Office que, permite desarrollar los cálculos y representar los principales resultados alcanzados en tablas y gráficos que, ilustren fielmente la información recolectada.
- Pasar al análisis e interpretación cualitativa de los datos numéricos, transformados en información visible y tangible; para destacar tendencias, relaciones entre variables, de acuerdo con los objetivos e interrogantes de la investigación, y en función de lo expresado en el marco teórico del trabajo, que sustenta científica y metodológicamente los resultados y el estudio en general.
- Desarrollar las conclusiones, recomendaciones y propuesta de solución.

### 3.10. Análisis e Interpretación de resultados

El presente apartado se refiere al análisis e interpretación de los principales resultados arrojados, a partir de la aplicación del EDAH; tanto antes de la implementación de los talleres, como posterior a esta para valorar el impacto causado. Se estructurará de la siguiente manera:

- Primeramente, se realizará un análisis individual para cada uno de los niños que, integran la población del presente estudio; teniendo en cuenta las calificaciones obtenidas en las subescalas hiperactividad, desatención y trastornos de conducta, así como para la combinación de H+DA y H+DA+TC. Las cuales se interpretan a partir de los baremos y puntos de corte, para determinar si existe riesgo bajo, moderado o alto de padecer el TDAH y con predominio de cuáles síntomas; y además, para identificar si los trastornos de conducta que presenta se combinan con el padecimiento, o tienen alguna otra causa de base.

La presencia de riesgo bajo está indicada por las puntuaciones que se ubican entre el 5 y el 85 percentil, riesgo moderado cuando es entre el 90 y el 94 percentiles, y riesgo alto entre el 95 y el 100 percentil. Tanto el test de EDAH como la tabla de baremos, aparecen en los anexos de la investigación.

- En un segundo momento, se intentará hacer un análisis más integral, apoyado además, en la representación gráfica de los datos obtenidos; para obtener una visión general en cuanto al diagnóstico del TDAH en el grupo como un todo. También se realizará una comparación del comportamiento, desde el punto de vista del género y también de las edades comprendidas en el estudio, en este caso de 6 a 7 años y de 8 a 12; teniendo en cuenta que en el primer grupo es donde se concentran la mayor cantidad de infantes.

Es importante llamar la atención que, a pesar de los resultados oportunos que ofrece la implementación de esta técnica, sobre todo para obtener un diagnóstico precoz de la manifestación del TDAH en los infantes, y poder estructurar la propuesta alternativa de solución basada en el método psicoeducativo hacia los padres; la comprobación y corroboración de la información ofrecida, a través de la triangulación con otras técnicas de investigación como la entrevista o la observación, por citar algunos ejemplos, es fundamental para alcanzar el éxito deseado. Entendido este como la posibilidad de disminuir los síntomas del TDAH en los niños, gracias al mejoramiento en el manejo y trato familiar. A continuación

se presentará los resultados obtenidos para cada infante y la interpretación correspondiente que, garantizan un marco de referencia para enfrentar la problemática.

### Análisis individual por sujetos

**Tabla N° 2.** Resultados para el sujeto 1 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	10	95	Alto
Desatención	5	60	Bajo
Trastornos de conducta	14	96	Alto
H+DA	15	85	Bajo
H+DA+TC	29	94	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### Análisis e Interpretación

Como se puede observar en la tabla anterior, este pequeño presenta un riesgo alto de padecer TDAH con predominio hiperactivo; teniendo en cuenta las bajas puntuaciones asumidas para la desatención y la combinación hiperactividad+desatención. En cuanto a los trastornos de conducta que, muchas veces aparecen asociados al trastorno, se aprecia una alta prevalencia; no obstante se encuentra moderadamente relacionado con el resto de los síntomas, por lo que pudiera presentar otro padecimiento y causa de base. Todo lo cual puede comprobarse además, mediante los datos ofrecidos por la aplicación de otras técnicas científicas; haciendo uso de la triangulación.

**Tabla N° 3.** Resultados para el sujeto 1 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	4	50	Bajo
Desatención	0	10	Bajo
Trastornos de conducta	0	10	Bajo
H+DA	4	25	Bajo
H+DA+TC	4	20	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### Análisis e Interpretación

Comparando los resultados presentados en la tabla anterior, se puede observar la mejoría lograda en el pequeño, luego de la realización de los talleres con los padres de familia. También se puede corroborar que, al solucionar o controlar las manifestaciones de hiperactividad que resultaron tan marcadas en el niño, se disminuyó al máximo la presencia de trastornos de conducta que, evidentemente estaban asociados en alguna medida al TDAH. Además, se eliminó al máximo la desatención y decrecieron los indicadores combinados de H+DA y H+DA+TC.

**Tabla N° 4.**Resultados para el sujeto 2 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	9	91	Moderado
Desatención	9	90	Moderado
Trastornos de conducta	27	99	Alto
H+DA	18	95	Alto
H+DA+TC	45	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

En este caso, el diagnóstico preliminar, según los resultados obtenidos, muestra el riesgo de padecer TDAH con un predominio combinado de Hiperactividad y Desatención; subescala que presenta altos valores en percentiles. De igual forma, es elevado el percentil para los Trastornos de Conducta, y sobre todo para la comorbilidad con los síntomas de hiperactividad y desatención; lo cual implica que dichos patrones de comportamientos, que pueden llegar a ser disociales, se asocian al TDAH y no a otro padecimiento.

**Tabla N° 5.**Resultados para el sujeto 2 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	9	91	Moderado
Desatención	6	70	Bajo
Trastornos de conducta	7	75	Bajo
H+DA	15	85	Bajo
H+DA+TC	22	85	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Se observa una mejoría cualitativa en relación, con la aplicación del test de EDAH antes de implementar los talleres con los padres de familia; al haberse tratado de un riesgo alto por combinación de Hiperactividad y Desatención, y además, con comorbilidad de Trastornos Conductuales, el avance en alguna de estas áreas disminuye el riesgo de estas manifestaciones comportamentales asociadas. Sin embargo, no hubo variación alguna en los indicadores de hiperactividad que, se mantienen en un nivel moderado según la percepción de los maestros; lo cual puede deberse a que aun los padres no se manejan adecuadamente en este sentido o tal vez es necesaria la aplicación de otras técnicas para corroborar o de otros tratamientos alternativos que, sirvan de soporte.

**Tabla N° 6.**Resultados para el sujeto 3 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	6	70	Bajo
Desatención	13	99	Alto
Trastornos de conducta	3	50	Bajo
H+DA	19	96	Alto
H+DA+ TC	22	85	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

La preocupación mayor en este diagnóstico, es la presencia de altos riesgo para la combinación de Hiperactividad y Desatención, con valores además, predominantes en esta última subescala. Por el contrario, no se observa alto riesgo para los trastornos de conducta y tampoco para la comorbilidad de H+DA+TC. Lo cual conduce a centrarse en un único aspecto del problema, aunque sin perder de vista el comportamiento del resto.

**Tabla N° 7.**Resultados para el sujeto 3 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	6	70	Bajo
Desatención	8	85	Bajo
Trastornos de conducta	2	40	Bajo
H+DA	14	85	Bajo
H+DA+ TC	16	65	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Se puede apreciar una disminución significativa en aquellos valores elevados de Desatención y H+DA. El resto de los indicadores que, ya alcanzaban bajas puntuaciones, continuaron decreciendo, excepto en el caso de la Hiperactividad; por lo que es sumamente necesario mantener el seguimiento y el enfrentamiento satisfactorio por parte de los padres de familia, pues síntomas tan complejos como la Hiperactividad pueden desencadenarse o agravarse, ante un desliz en el manejo.

**Tabla N° 8.**Resultados para el sujeto 4 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	10	95	Alto
Desatención	15	99	Alto
Trastornos de conducta	13	95	Alto
H+DA	25	99	Alto
H+DA+ TC	38	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Como se puede percibir, el diagnóstico de este pequeño es complicado, teniendo en cuenta que en cada una de las subescalas de la prueba, presenta riesgo elevado de padecer el trastorno, ya sea con predominio hiperactivo o desatento, o mejor dicho con la combinación de ambos; y más aun, mostrando comorbilidad con los trastornos de conducta que muchas veces se tienen a confundir y no se sabe qué se encuentra de base y cómo manejarlo.

**Tabla N° 9.**Resultados para el sujeto 4 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	8	85	Bajo
Desatención	9	90	Moderado
Trastornos de conducta	10	90	Moderado
H+DA	17	93	Moderado
H+DA+ TC	27	92	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** La investigadora

### **Análisis e Interpretación**

De lo anterior se desprende una mejoría, significativa en el caso de la Hiperactividad, pero leve para el resto de los indicadores. Por lo tanto, es fundamental que se mantengan un seguimiento constante al caso, se continúe trabajando con los padres, e incluso con los maestros y niños directamente; buscando la mejor alternativa para enfrentar la problemática de manera satisfactoria. Porque además, cuando se trata de un diagnóstico tan severo, el mejoramiento tiende a ser paulatino pero con la debida supervisión y retroalimentación.

**Tabla N° 10.**Resultados para el sujeto 5 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	2	25	Bajo
Desatención	13	99	Alto
Trastornos de conducta	6	70	Bajo
H+DA	15	85	Bajo
H+DA+ TC	21	80	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Se trata de un niño en el solamente se presenta un alto riesgo para padecer el TDAH, con predominio de desatención; teniendo en cuenta las bajas obtenidas en el resto de los indicadores; por lo tanto, su diagnóstico es favorable, siempre y cuando se desarrolle el tratamiento acertado.

**Tabla N° 11.**Resultados para el sujeto 5 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	1	15	Bajo
Desatención	15	99	Alto
Trastornos de conducta	10	90	Moderado
H+DA	16	90	Moderado
H+DA+ TC	26	91	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Sin embargo, producto tal vez de un manejo inadecuado por parte de los adultos, incluso después de realizados los talleres, debido a falta de comprensión, orientación o preparación al respecto; se produce un crecimiento significativo en cada uno de los indicadores de la prueba, excepto en el caso de la hiperactividad que ya se presentaba como baja. Por lo tanto, es esencial primeramente analizar por qué está ocasionado este agravamiento y a partir de ahí, adoptar las medidas necesarias para regresarlo al punto en el que se encontraba y tratar satisfactoriamente la desatención que prevalece, pues ello puede estar afectando también la respuesta del pequeño al tratamiento.

**Tabla N° 12.**Resultados para el sujeto 6 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	10	95	Alto
Desatención	10	93	Moderado
Trastornos de conducta	15	97	Alto
H+DA	20	97	Alto
H+DA+ TC	35	98	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

En este caso, se evidencia un alto riesgo de padecer el TDAH, con predominio combinado de Hiperactividad y Desatención, por lo altos valores alcanzados en esta subescala; y además en las correspondientes a estos síntomas de manera independiente. A ello, se suma la elevada presencia de Trastornos de Conducta, en comorbilidad con el resto de los padecimientos propios del TDHA. Por tanto, de lo que se trata es de manejar primeramente los síntomas del trastorno, para de acuerdo con ello ir disminuyendo los problemas de conducta asociados.

**Tabla N° 13.**Resultados para el sujeto 6 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	10	95	Alto
Desatención	8	85	Bajo
Trastornos de conducta	14	96	Alto
H+DA	18	95	Alto
H+DA+ TC	32	96	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Para este pequeño se produce solo una mejoría en el caso de la presencia de Desatención, pero no se trata de un avance altamente significativo, pues al observar los resultados de ambas tablas, solo disminuyen en dos puntos las características propias de esta subescala; manteniendo en un percentil que se encuentra en los límites para catalogarse nuevamente como de riesgo moderado. En el resto de las subescala, aun cuando se producen algunas disminuciones leves, el diagnóstico continúa siendo de alto riesgo.



**Tabla N° 14.** Resultados para el sujeto 7 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	7	80	Bajo
Desatención	15	99	Alto
Trastornos de conducta	18	99	Alto
H+DA	22	99	Alto
H+DA+ TC	40	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Como se puede apreciar, se trata de un riesgo elevado para padecer TDAH, desde un predominio combinado de Hiperactividad y Desatención; además de una alta presencia de trastornos de conducta, asociados al padecimiento general, lo cual orienta el tratamiento un poco más, conduciéndolo hacia el éxito deseado.

**Tabla N° 15.** Resultados para el sujeto 7 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	3	35	Bajo
Desatención	7	80	Bajo
Trastornos de conducta	3	50	Bajo
H+DA	10	65	Bajo
H+DA+ TC	13	55	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

De lo anterior se desprende que, la implementación de los talleres dirigidos a padres de familia resultó satisfactoria para el tratamiento y manejo adecuado de este pequeño; quien logro disminuir todos sus indicadores de alto riesgo, hasta el nivel bajo. Lo cual resulta favorable tanto para él, como para su familia y el resto de adultos y coetáneos que lo rodean, pues en primer lugar se notará una mejoría en cuanto a las relaciones interpersonales que se establecen y por tanto, en la calidad del vida del niño, su adaptación al medio social y su desempeño exitoso en el ámbito educativo.

**Tabla N° 16.**Resultados para el sujeto 8 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	11	97	Alto
Desatención	13	99	Alto
Trastornos de conducta	13	95	Alto
H+DA	24	99	Alto
H+DA+ TC	37	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

También en este caso, se presentan un altísimo riesgo de padecer TDAH con predominio de la combinación de Hiperactividad y Desatención, en comorbilidad con trastornos de conducta; lo cual hace del tratamiento a seguir todo un reto por la complejidad con que se manifiesta esta problemática en el niño.

**Tabla N° 17.**Resultados para el sujeto 8 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	6	70	Bajo
Desatención	7	80	Bajo
Trastornos de conducta	2	40	Bajo
H+DA	13	80	Bajo
H+DA+ TC	15	65	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Gracias a la implementación de los talleres y a la asunción satisfactoria de los padres, se refleja en el comportamiento del niño, una mejoría altamente significativa; pues cada uno de los indicadores que se presentaban como elevados, fueron disminuidos hasta la posición más baja. Pero es importante el seguimiento y la supervisión constantes, porque teniendo en cuenta la inconsistencia y variabilidad que caracteriza a los niños con TDAH, pudiera tratarse de una cuestión circunstancial y porque saben que están siendo evaluados. Lo que se pretende comunicar es que debe existir una sistemática y constancia en el tratamiento y manejo adecuado de los pequeños, para que la situación se mantenga tan favorable como muestra este caso.

**Tabla N° 18.**Resultados para el sujeto 9 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	5	60	Bajo
Desatención	3	45	Bajo
Trastornos de conducta	4	55	Bajo
H+DA	8	50	Bajo
H+DA+ TC	12	50	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Los resultados ofrecidos por la tabla anterior, muestran a un niño que presenta bajos indicadores en cada una de las subescalas medidas por la prueba del EDAH, de manera que no tienen riesgo elevado en ningún caso de padecer TDAH. Por tanto, se trata posiblemente de un caso en el que los padres acuden en búsqueda de orientación, pensando que su pequeño tiene algún trastorno del comportamiento, y resulta que probablemente se manifiesta con las características propias de la edad.

**Tabla N° 19.**Resultados para el sujeto 9 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	2	25	Bajo
Desatención	4	55	Bajo
Trastornos de conducta	0	10	Bajo
H+DA	6	35	Bajo
H+DA+ TC	6	25	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Lo expuesto previamente se corrobora al observar esta tabla, en la que los niveles de riesgo alcanzan puntuaciones todavía más bajas, después de que los padres participaran en el taller. Es decir, ellos se mostraron preocupados y buscando apoyo, el cual se les ofreció, a pesar de no tener su pequeño síntomas visibles de riesgo, según la información aportada por el EDAH. De todas formas, se produjo una respuesta acertada y los padres apreciaron mejorías en su niño, aun cuando no se trataba de un padecimiento de TDAH.

**Tabla N° 20.**Resultados para el sujeto 10 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	13	99	Alto
Desatención	8	85	Bajo
Trastornos de conducta	15	97	Alto
H+DA	21	98	Alto
H+DA+TC	36	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

En este caso se evidencia, el alto riesgo de padecer TDAH con predominio combinado de Hiperactividad y Desatención, y además, existe la presencia marcada de trastornos de conducta concomitantes con el padecimiento global. Por su parte, el riesgo de padecer el trastorno únicamente con predominio desatento, no se manifiesta.

**Tabla N° 21.**Resultados para el sujeto 10 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	9	91	Moderado
Desatención	7	80	Bajo
Trastornos de conducta	11	91	Moderado
H+DA	16	90	Moderado
H+DA+ TC	27	92	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Se produce una ligera mejoría, pero todavía existe un riesgo moderado de padecer el trastorno; de manera que resulta necesario continuar trabajando y orientando a esta familia, y así mismo vincularse con el pequeño, para que dichos indicadores continúen disminuyendo y no ocurra el efecto contrario, que lo lleva a la situación en que estaban cuando acuden a la Clínica “Club de leones”, en búsqueda de ayuda psicológica y especializada.

**Tabla N° 22.**Resultados para el sujeto 11 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	10	95	Alto
Desatención	5	60	Bajo
Trastornos de conducta	13	95	Alto
H+DA	15	85	Bajo
H+DA+TC	28	93	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Según la tabla anterior, este pequeño presenta un riesgo elevado de padecer TDAH con predominio hiperactivo; así como es evidente la presencia de trastornos de conducta que se encuentra asociados al trastorno global, de forma moderada. Es decir, que existe una posibilidad real de que dichas manifestaciones comportamentales que, se desvían de la media, sean causadas por el padecimiento de TDAH que hay de base.

**Tabla N° 23.** Resultados para el sujeto 11 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	8	85	Bajo
Desatención	4	55	Bajo
Trastornos de conducta	4	55	Bajo
H+DA	12	75	Bajo
H+DA+TC	16	65	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Los resultados apreciados son alentadores para la continuidad de implementación del método psicoeducativo, en el tratamiento de trastornos como este. Pues como se puede percibir, se logró disminuir de manera significativa el riesgo elevado del padecimiento y también de los trastornos de conducta asociados. Así mismo, decrecieron aun más el resto de los indicadores; es decir que, algunas de las manifestaciones que pudieran confundirse con la presencia de síntomas, también fueron reducidas en alguna medida.

**Tabla N° 24.** Resultados para el sujeto 12 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	3	35	Bajo
Desatención	10	93	Moderado
Trastornos de conducta	8	80	Bajo
H+DA	13	80	Bajo
H+DA+TC	21	80	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Este niño solo presenta un riesgo moderado de padecer TDAH, con predominio desatento, según los datos ofrecidos en la tabla anterior. El resto de los indicadores se mantienen con puntuaciones que, indican bajo riesgo.

**Tabla N° 25.** Resultados para el sujeto 12 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	1	15	Bajo
Desatención	0	10	Bajo
Trastornos de conducta	1	30	Bajo
H+DA	1	5	Bajo
H+DA+TC	2	10	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Es sumamente evidente el impacto de los talleres psicoeducativos en los padres de familia participantes, lo que se revierte de manera satisfactoria en el comportamiento de sus hijos. Por ejemplo, en este caso en el que se logra disminuir al máximo los indicadores de desatención que, indicaban la presencia del trastorno; con predominio de conductas desinteresadas y con déficit de atención que tanto perjudican el desempeño escolar del niño y por supuesto su adaptación al mundo que lo rodea. El resto de los indicadores se mantuvieron con puntuaciones aún más bajas.

**Tabla N°26.**Resultados para el sujeto 13 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	12	98	Alto
Desatención	12	97	Alto
Trastornos de conducta	26	99	Alto
H+DA	24	99	Alto
H+DA+TC	50	90	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Según lo que se aprecia en la tabla anterior, el riesgo de padecer TDAH en este pequeño es elevado, sobre todo para la presencia del tipo combinado de Hiperactividad y Desatención. También se evidencia, un riesgo moderado de que la elevada presencia de trastornos de conducta, tenga como base el padecimiento de TDAH. Lo cual orienta el tratamiento hacia el manejo favorable de los síntomas del trastorno y enfrentar los problemas de conducta desde su vinculación al padecimiento global.

**Tabla N° 27.**Resultados para el sujeto 13 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	5	60	Bajo
Desatención	11	96	Alto
Trastornos de conducta	11	70	Bajo
H+DA	16	90	Moderado
H+DA+TC	27	92	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

A partir de la implementación del método psicoeducativo en este caso, se logran disminuir los riesgos correspondientes al trastorno por Hiperactividad, aun cuando se mantienen una vinculación de riesgo moderado en el caso de la subescala combinatoria con la desatención; que además, no se alcanzó a reducir. También decrecieron las puntuaciones que, indican la presencia de trastornos de conducta. Ello significa que, es necesario continuar trabajando oportunamente con este niño y sus familias, así como el resto de las personas involucrada en su desarrollo integral; con la finalidad de disminuir al máximo todo posible riesgo de padecer el TDAH.

**Tabla N° 28.**Resultados para el sujeto 14 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	11	97	Alto
Desatención	11	96	Alto
Trastornos de conducta	17	99	Alto
H+DA	22	99	Alto
H+DA+TC	39	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

También es evidente en este caso que, existe un riesgo elevado de padecer TDAH con un predominio de la combinación entre Hiperactividad y Desatención; e incluso con la presencia marcada de trastornos de conducta que son concomitantes con el padecimiento general, por lo tanto el tratamiento debe estar orientado a disminuir en todo lo posible los síntomas propios de la enfermedad y con esto, reducir la presencia de pautas comportamentales que, pueden convertirse en conductas disociales graves si no son enfrentadas de forma satisfactoria.

**Tabla N° 29.**Resultados para el sujeto 14 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	4	50	Bajo
Desatención	5	60	Bajo
Trastornos de conducta	15	97	Alto
H+DA	9	55	Bajo
H+DA+TC	24	90	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Los resultados anteriores muestran una favorable mejoría en cuanto a los síntomas del TDAH de manera independiente, pero también desde la perspectiva de su presentación combinada entre cada una de las subescalas que representan. No obstante, el riesgo de padecer trastornos de conducta sigue siendo elevado y su comorbilidad con el TDAH no se redujo en su totalidad, pues continúa siendo moderada, aunque ya no hay presencia de síntomas. Por tanto, es fundamental hacer un estudio más profundo del pequeño, utilizando diversas técnicas psicológicas y multidisciplinarias, para encontrar el tratamiento más oportuno a las manifestaciones conductuales en forma de trastornos.



**Tabla N° 30.**Resultados para el sujeto 15 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	11	97	Alto
Desatención	7	80	Bajo
Trastornos de conducta	14	96	Alto
H+DA	18	95	Alto
H+DA+ TC	32	96	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Para este pequeño, el riesgo de padecer TDAH de tipo combinatorio H+DA, es muy elevado; así mismo ocurre con la presencia marcada de trastornos de conducta, de manera concomitante con el resto de los síntomas. Solo el padecimiento independiente de desatención aparece en los niveles más bajos.

**Tabla N° 31.**Resultados para el sujeto 15 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	10	95	Alto
Desatención	8	85	Bajo
Trastornos de conducta	22	99	Alto
H+DA	18	95	Alto
H+DA+TC	40	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Como se puede apreciar, no se obtuvo ninguna mejoría para este pequeño, luego de la implementación de los talleres psicoeducativos; al contrario, la presencia de trastornos de conducta y de la combinación H+DA+TC se agravaron aún más. Teniendo en cuenta que, la mayoría de los casos presentados hasta el momento han obtenido el éxito esperado; este retroceso puede deberse, por una parte a que todavía los padres de familia no son capaces de asumir satisfactoriamente el reto que les corresponde, o que las características del TDAH que presenta este niño, exijan la intervención de otros tratamiento, ya sean independientes o de manera simultánea con otras alternativas de solución.

**Tabla N° 32.** Resultados para el sujeto 16 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	11	97	Alto
Desatención	10	93	Moderado
Trastornos de conducta	16	98	Alto
H+DA	21	98	Alto
H+DA+ TC	37	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Nuevamente aparece el alto riesgo en este niño, de padecer TDAH con predominio elevado de la combinación entre Hiperactividad y Desatención; que resulta la modalidad más frecuente y también la más complicada de tratar. Si a ello se le suma además, el alto riesgo de que se manifiesten trastornos de conducta en el propio sujeto, de forma concomitante con el TDAH; el diagnóstico es mucho más grave.

**Tabla N° 33.** Resultados para el sujeto 16 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	8	85	Bajo
Desatención	7	80	Bajo
Trastornos de conducta	8	80	Bajo
H+DA	15	85	Bajo
H+DA+ TC	23	85	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

En la tabla anterior se puede observar que, se lograron llevar todos los parámetros desde el riesgo lato hasta el más bajo, lo cual reduce la probabilidad de padecer TDAH; no obstante, es importante llamar la atención sobre el hecho de que todavía las puntuaciones pudieran disminuir aún más, teniendo en cuenta que todos los percentiles correspondientes se encuentran por encima de 80 e incluso la mayoría alcanza el 85, ocupando el límite para asumir en riesgo moderado en este sentido. Por ello, resulta fundamental mantener el seguimiento y la orientación hacia este pequeño, para que sea aún más favorable el tratamiento.

**Tabla N° 34.**Resultados para el sujeto 17 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	11	97	Alto
Desatención	12	97	Alto
Trastornos de conducta	20	99	Alto
H+DA	23	99	Alto
H+DA+ TC	43	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

La presencia de TDAH en este pequeño, se muestra con un riesgo elevado y predominio de la combinación de Hiperactividad y Desatención; y además, con una alta prevalencia de trastornos de conducta asociados de forma concomitantes, según lo expuesto en la tabla anterior. Por tanto, el reto para los especialistas y las familias quienes deben poner más de su parte, para llevar a la práctica lo aprendido de forma satisfactoria; es aún mayor.

**Tabla N° 35.**Resultados para el sujeto 17 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	10	95	Alto
Desatención	12	97	Alto
Trastornos de conducta	17	99	Alto
H+DA	22	99	Alto
H+DA+ TC	39	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

No se manifiestan resultados favorables en este sentido, y como se ha mencionado previamente en estos casos; es fundamental el análisis y la investigación profunda para determinar el porqué de la no respuesta al tratamiento. Lo que pudiera deberse a un mal manejo, todavía continuado por parte de los padres; a la falta de sistematicidad en la aplicación de lo aprendido; así como a que la gravedad del riesgo, implica la necesidad de enfrentar la problemática desde otros ángulos y perspectivas.

**Tabla N° 36.**Resultados para el sujeto 18 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	6	70	Bajo
Desatención	9	90	Moderado
Trastornos de conducta	4	55	Bajo
H+DA	15	85	Moderado
H+DA+ TC	19	80	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

La situación en este caso no es tan complicada, pues como se puede observar el riesgo de padecer TDAH es moderado, para la combinación de Hiperactividad y Desatención, con mayor presencia de este último síntoma. Además, el riesgo de presentar trastornos de conducta también es bajo, así como la comorbilidad de estos con el TDAH en general.

**Tabla N° 37.**Resultados para el sujeto 18 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	4	50	Bajo
Desatención	6	70	Bajo
Trastornos de conducta	6	70	Bajo
H+DA	10	65	Bajo
H+DA+ TC	16	65	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Como se puede observar, el diagnóstico posterior a la implementación del método psicoeducativo con los padres que, funciona como evaluación del impacto del mismo; refleja resultados favorables y alentadores en este sentido. Teniendo en cuenta que el riesgo se presenta en todos los casos, como bajo; lo cual implica el satisfactorio cumplimiento de esta novedosa e interesante técnicas de intervención psicológica y educativa, en la que se adquieren conocimientos significativos para enfrentar el TDAH de sus hijos, pero también se les brinda acompañamiento y apoyo emocional a los padres.

**Tabla N° 38.**Resultados para el sujeto 19 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	6	70	Bajo
Desatención	7	80	Bajo
Trastornos de conducta	11	91	Moderado
H+DA	13	80	Bajo
H+DA+TC	24	90	Moderado

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

La problemática en este caso tampoco se presenta como tan complicada, pues los riesgos de padecer los trastornos son bajos; solo aparecen como moderados para la presencia de trastornos de conducta y de la asociación de estos con el resto de los síntomas. Lo que pudiera deberse a que los problemas de comportamiento de este pequeño son de naturaleza indistinta al TDAH que, mantiene una relación de riesgo moderada con los mismos.

**Tabla N° 39.**Resultados para el sujeto 19 después de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	8	85	Bajo
Desatención	5	60	Bajo
Trastornos de conducta	6	70	Bajo
H+DA	13	80	Bajo
H+DA+TC	19	80	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

Como se puede observar, se logró llevar al riesgo más bajo a aquellos indicadores que se presentaban como determinantes de manera moderada, de la presencia de trastornos de conducta asociados al padecimiento de TDAH. Por lo tanto, el método psicoeducativo implementado, resultó satisfactorio para este pequeño y su familia; agobiados y angustiados por la problemática existente dentro del ámbito familiar, social y educativo.

**Tabla N° 40.**Resultados para el sujeto 20 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	12	98	Alto
Desatención	10	93	Moderado
Trastornos de conducta	23	99	Alto
H+DA	22	99	Alto
H+DA+TC	45	99	Alto

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

La situación en este caso se presenta como de riesgo elevado para el padecimiento de TDAH, con predominio de la combinación Hiperactividad y Desatención. Y además, es alta la prevalencia de trastornos de conducta asociados al padecimiento, como indican las puntuaciones obtenidas y el percentil correspondiente para H+DA+TC.

**Tabla N° 41.**Resultados para el sujeto 20 antes de implementar los talleres

Síntomas	Puntuaciones	Percentil	Nivel de riesgo
Hiperactividad	6	70	Bajo
Desatención	8	85	Bajo
Trastornos de conducta	6	70	Bajo
H+DA	14	85	Bajo
H+DA+ TC	20	80	Bajo

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

La tabla muestra, el efecto positivo y exitoso de la aplicación de talleres psicoeducativos en los padres de este pequeño; pues se ha logrado reducir el nivel de riesgo hasta la posición más baja. Lo cual favorecerá, si se continúa trabajando con sistematicidad e intencionalidad en este sentido; la relación del niño con sus coetáneos, los adultos, sus padres y con la sociedad en general; además de resultar satisfactorio para su desempeño en el área escolar, que tantos problemas le ha ocasionado a lo largo de su inserción educativa.

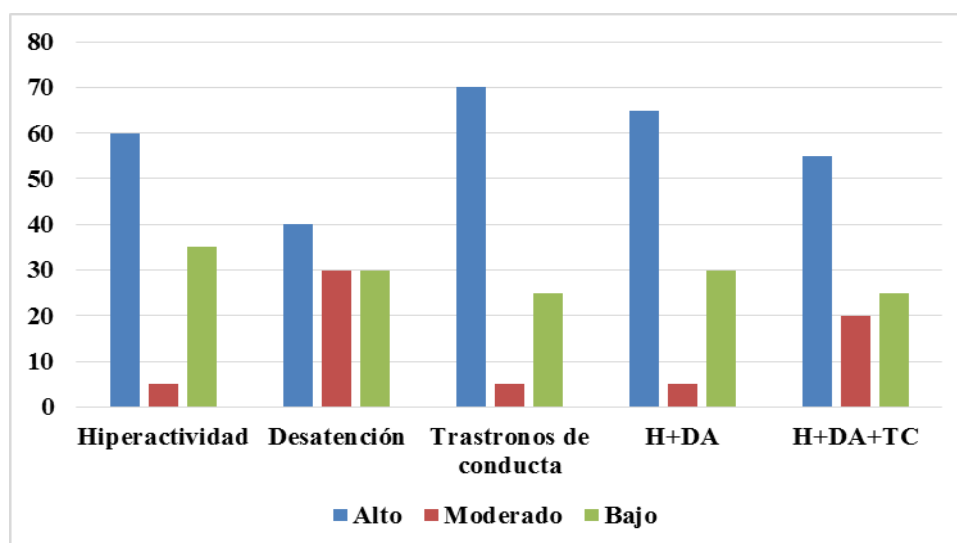
## Análisis Integral

**Tabla N° 42.** Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH antes de los talleres

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	12	60	8	40	14	70	13	65	11	55
Moderado	1	5	6	30	1	5	1	5	4	20
Bajo	7	35	6	30	5	25	6	30	5	25
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz



**Gráfico N° 1.** Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH antes de los talleres

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### Análisis e Interpretación

La tabla y el gráfico anterior muestran el comportamiento de manera global, de los niños objetos de estudio antes de iniciar el tratamiento, con la psicoeducación dirigida a sus padres. Los datos expuestos son el resultado, de la sumatoria de cada uno de los casos que se manifestaron con riesgo alto, moderado o bajo para todas las subescalas propias del EDAH; los cuales se consideraron en porcentajes, de manera que fueran más ilustrativos y representativos de los que se pretende transmitir.

Como se puede apreciar, la mayor prevalencia se presenta en cada categoría para el riesgo alto, evidenciado de forma descendente como se muestra a continuación: trastornos de conducta (70%), Hiperactividad+Desatención (65%), Hiperactividad (60%), Hiperactividad+Desatención+Trastornos de Conducta (55%), y por último, Desatención (40%).

Ello implica que, los mayores problemas que presentan estos pequeños están relacionados con los trastornos de conductas que, son concomitantes con el padecimiento. Y que además, la modalidad que se muestra con más regularidad es hiperactividad+desatención, de acuerdo a lo mencionado por la mayoría de la literatura científica referente al tema; y por tanto, el reto es aún mayor que cuando se presentan solamente como síntomas aislados.

Y es que al hablarse de fenómenos psicosociales, en los que intervienen multiplicidad de causas como desencadenantes; lo más natural es que las manifestaciones resulten de manera integral y sistémica, aunque pueden darse casos en los que se manifieste un predominio de la desatención o de la hiperactividad por separado, lo más común es que presente combinadamente. Desde otro ángulo, también es importante destacar que en los casos independientes, el síntoma hiperactivo aparece como más acuciante y determinante que la desatención.

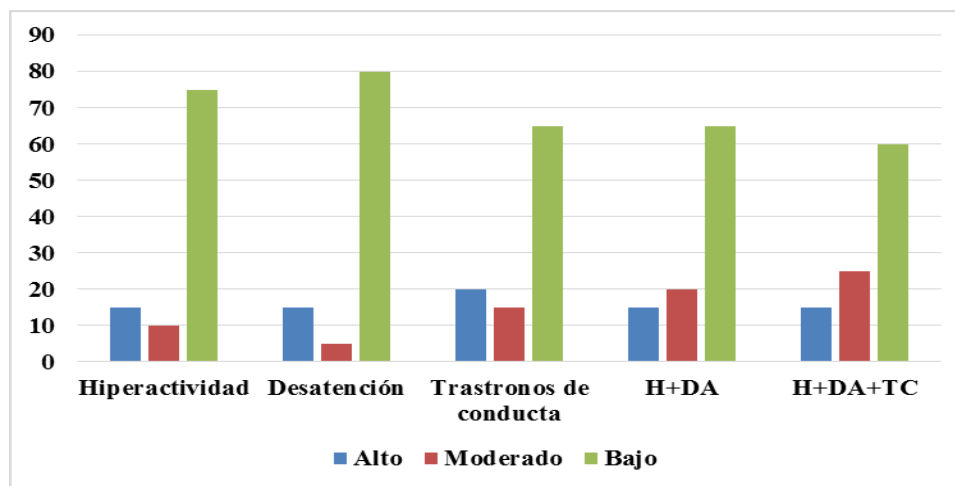


**Tabla N° 43.** Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH después de los talleres

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	3	15	3	15	4	20	3	15	3	15
Moderado	2	10	1	5	3	15	4	20	5	25
Bajo	15	75	16	80	13	65	13	65	12	60
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

**Gráfico N° 2.** Análisis integral del comportamiento de los niños con TDAH después de los talleres

**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### Análisis e Interpretación

La tabla y gráfico presentados previamente también muestran el comportamiento global de los niños, evaluado por sus maestros, después de la implementación del método psicoeducativo. Como se puede observar en este caso, los mayores porcentajes se presenta ahora, en los niveles de riesgo bajo para todas las subescalas del EDAH.

Según lo descrito, los mejores resultados o el impacto más positivo se alcanzan para la Desatención (80%), también hay que tener en cuenta que dicho indicador se presentó como el de menor porcentaje de riesgo alto antes de aplicar la técnica psicoeducativa. Luego aparece la Hiperactividad (75%); los Trastornos de Conducta y la combinación H+DA (65% en ambos casos); y finalmente, la comorbilidad H+DA+TC (60%). En los últimos tres casos, los porcentajes se movieron desde los niveles altos hasta el más bajo, pero no lo suficiente; pues como se puede apreciar, todavía aparece un número considerable de niños que presenta un riesgo moderado para TC, H+DA y H+DA+TC, que son por supuesto, las subescalas a las que hay que enfrentar con mayor intención y sistematicidad, para que el impacto en los niños sea mucho más favorable, y por lo tanto, su desempeño cognitivo, afectivo y social resulte beneficiado.

### Comparación integral por género

Tabla N° 44. Comportamiento integral de los varones, antes del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	9	75	4	34	10	84	8	67	8	67
Moderado	1	8	4	33	1	8	0	0	3	25
Bajo	2	17	4	33	1	8	4	33	1	8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de EDAH aplicado a los niños

Elaborado por: Sofía Ortiz

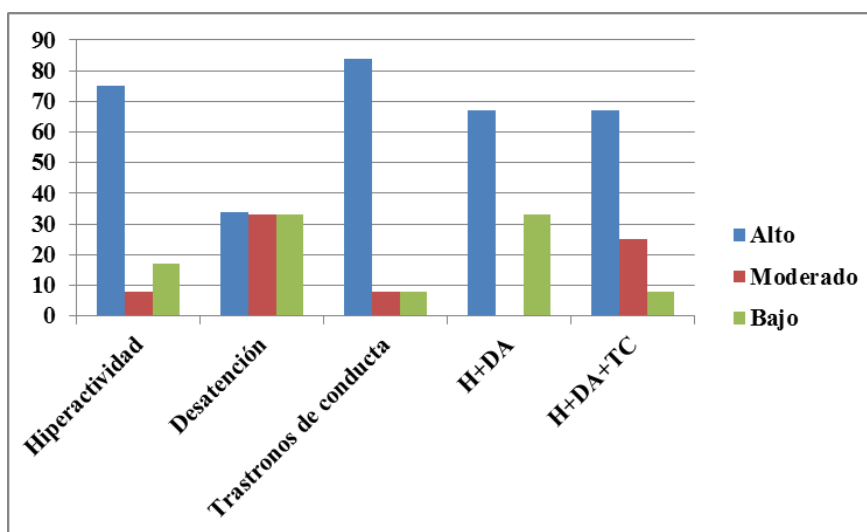


Gráfico N° 3. Comportamiento integral de los varones, antes del taller

Elaborado por: La investigadora

### Análisis e Interpretación

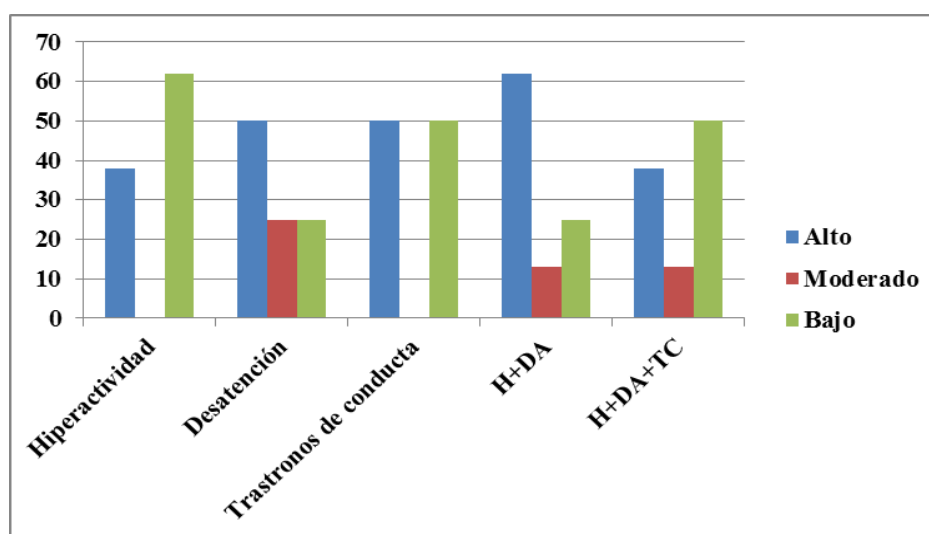
Como se puede observar, el comportamiento más marcado en el caso de los niños, o sea, aquel que se presentó como el de riesgo más elevado, es el referido a los trastornos de conducta; como es usual que ocurre en el caso de los infantes del sexo masculino con este tipo de padecimiento. Posteriormente se señala la hiperactividad, luego la combinación de Hiperactividad y Desatención, e Hiperactividad, Desatención y Trastornos de Conducta; y por último, con un porcentaje menor, la desatención, similar a cómo se manifestó en el caso del comportamiento general del grupo en estudio.

**Tabla N° 45.** Comportamiento integral de las hembras, antes del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	3	38	4	50	4	50	5	62	3	37
Moderado	0	0	2	25	0	0	1	13	1	13
Bajo	5	62	2	25	4	50	2	25	4	50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de EDAH aplicado a los niños

**Elaborado por:** Sofía Ortiz



**Gráfico N° 4.** Comportamiento integral de las hembras, antes del taller

**Elaborado por:** La investigadora

### Análisis e Interpretación

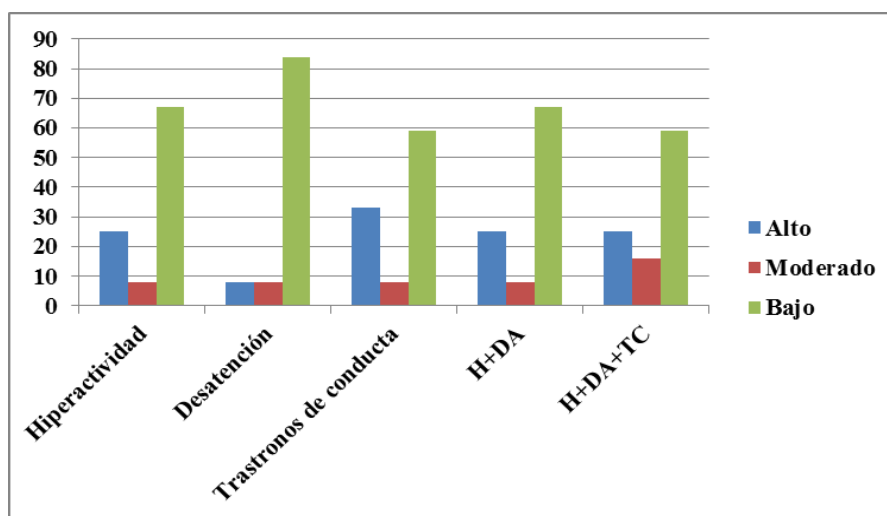
En el caso de las niñas, el diagnóstico es mucho más favorable que para los varones. Como se puede apreciar, en tres de los síntomas que forman parte del padecimiento: hiperactividad, trastornos de conducta y la combinación de Hiperactividad, Desatención y Trastornos de Conducta; las hembras presentan porcentajes similares y más elevados para el riesgo bajo que para el alto, lo que indica que sus manifestaciones para este trastornos se expresan de una manera más leve que, en el caso de los niños, y por tanto, su tratamiento debe resultar mucho más exitoso. No obstante, también exponen índices elevados de alto riesgo para la Hiperactividad y la Desatención, y sobre todo para este último indicador; como es usual en el caso de las mujeres.

**Tabla N° 46.** Comportamiento integral de los varones, después del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	3	25	1	8	4	33	3	25	3	25
Moderado	1	8	1	8	1	8	1	8	2	16
Bajo	8	67	10	84	7	59	8	67	7	59
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de EDAH aplicado a los niños

Elaborado por: Sofía Ortiz



**Gráfico N° 5.** Comportamiento integral de los varones, después del taller

Elaborado por: Sofía Ortiz

### Análisis e Interpretación

De acuerdo a los datos anteriormente mostrados, la mejoría en los niños objeto de estudio es evidente; sobre todo en el caso de la desatención que se presentaba como la de menores problemas antes de la implementación de los talleres. Pero incluso, es notable el avance para el resto de los indicadores que, expresaban alto nivel de riesgo, aun cuando mantienen una frecuencia de aparición en algunos casos que, los ubican en percentiles de alto riesgo, en función de la evaluación diagnóstica del EDAH. Ello habla de la eficiencia el tratamiento psicoeducativo aplicado a los padres de familia que, según se indica lograron aprender y aprehender satisfactoriamente los conocimientos impartidos por los especialistas de la Clínica “Club de Leones” de Quito.

Tabla N° 47. Comportamiento integral de las hembras, después del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	0	0	2	25	0	0	0	0	0	0
Moderado	1	12	0	0	2	25	3	37	3	37
Bajo	7	88	6	75	6	75	5	63	5	63
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de EDAH aplicado a los niños

Elaborado por: Sofía Ortiz

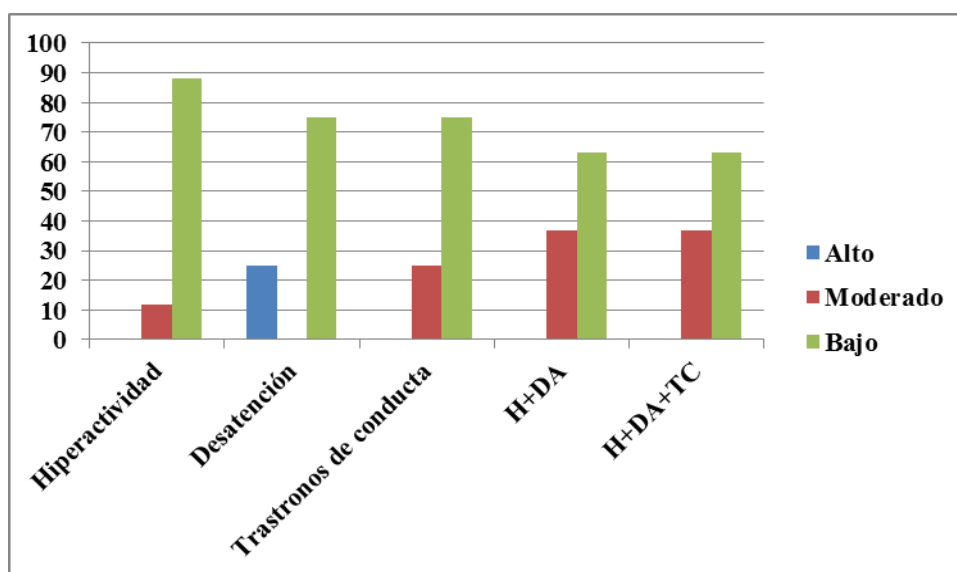


Gráfico N° 6. Comportamiento integral de las hembras, después del taller

Elaborado por: Sofía Ortiz

### Análisis e Interpretación

En este caso, la mejoría se muestra mucho más evidente, teniendo en cuenta que, el único indicador del test del EDAH que se presenta aun después del tratamiento, como de riesgo elevado, es la desatención; uno de los de mayores dificultades junto con la combinación de Hiperactividad y Desatención. Y aun cuando algunos todavía manifiestan riesgo moderado, en la mayoría la probabilidad de padecer TDAH es baja, y también la de que el trastorno se asocie a problemas de conducta.

### Comparación integral por grupo de edades

Tabla N° 48. Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, antes del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	7	50	6	43	9	64	9	64	7	50
Moderado	1	7	5	36	1	7	1	7	3	21
Bajo	6	43	3	21	4	29	4	29	4	29
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de EDAH aplicado a los niños

Elaborado por: Sofía Ortiz

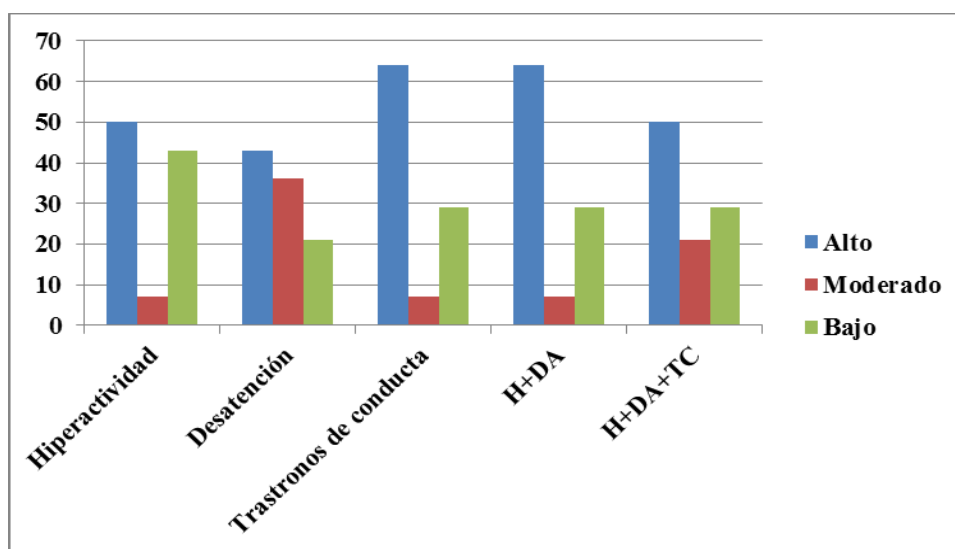


Gráfico N° 7. Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, antes del taller

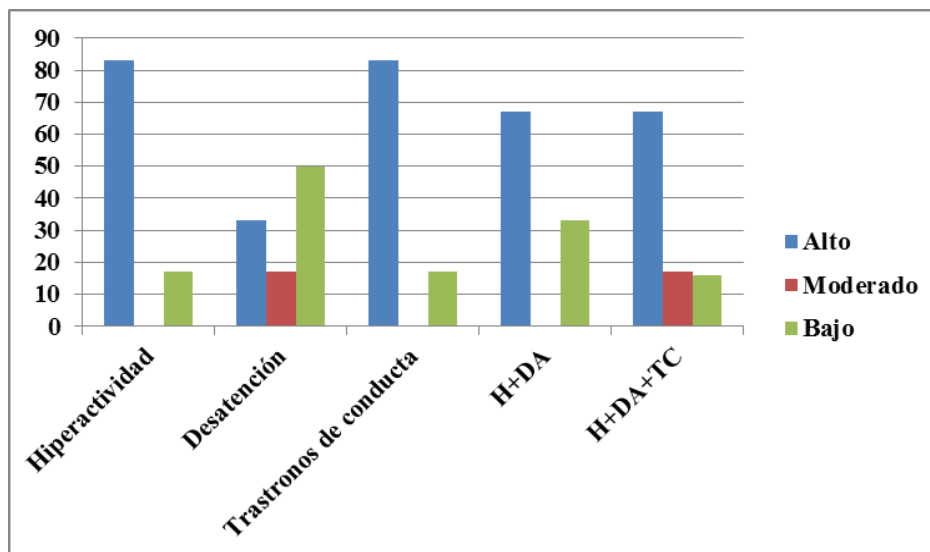
Elaborado por: Sofía Ortiz

Tabla N° 49. Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, antes del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	5	83	2	33	5	83	4	67	4	67
Moderado	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Bajo	1	17	3	50	1	17	2	33	1	16
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de EDAH aplicado a los niños

Elaborado por: Sofía Ortiz



**Gráfico N° 8.** Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, antes del taller  
**Elaborado por:** Sofía Ortiz

### **Análisis e Interpretación**

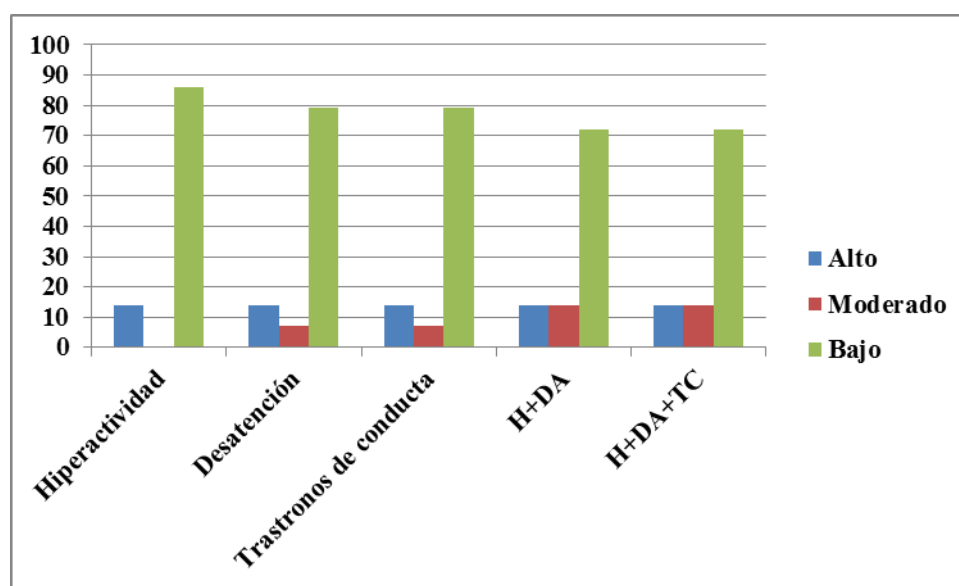
El comportamiento para ambos grupos de edades, es similar antes de la implementación de los talleres, manteniendo alto riesgo para aquellos síntomas relacionados, en primer con los trastornos de conducta. Y posteriormente se presentan el resto de los síntomas, para, siendo menores los porcentajes en los dos casos, para la desatención. Ello indica que no se aprecian diferencias significativas en cuanto a las edades, cuando se trata del TDAH.

**Tabla N° 50.** Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, después del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	2	14	2	14	2	14	2	14	2	14
Moderado	0	0	1	7	1	7	2	14	2	14
Bajo	12	86	11	79	11	79	10	72	10	72
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de EDAH aplicado a los niños

Elaborado por: Sofía Ortiz



**Gráfico N° 9.** Comportamiento integral del grupo de 6 a 7 años, después del taller

Elaborado por: Sofía Ortiz

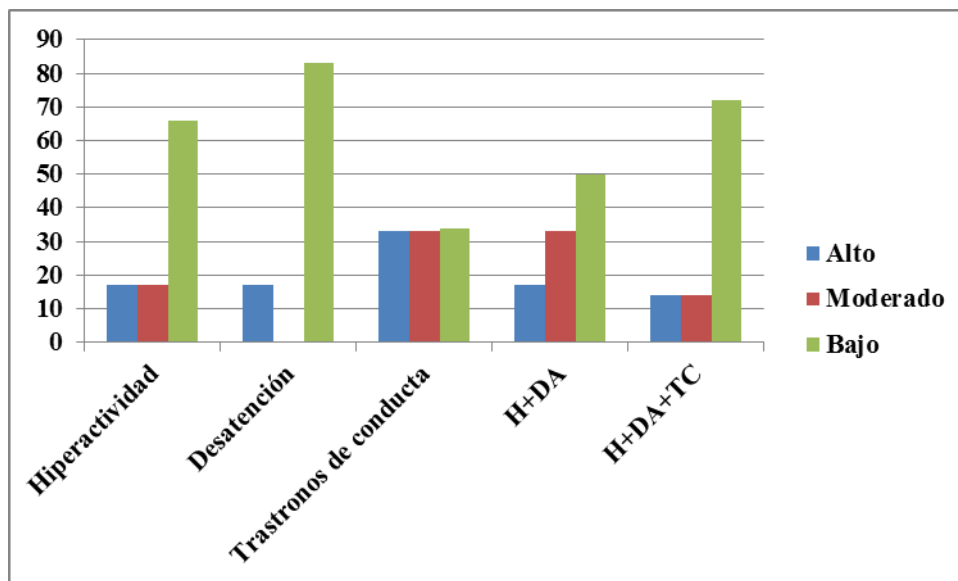
**Tabla N° 51.** Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, después del taller

Indicadores	Hiperactividad		Desatención		Trastornos de Conducta		H+DA		H+DA+TC	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Alto	1	17	1	17	2	33	1	17	1	17
Moderado	1	17	0	0	2	33	2	33	3	33
Bajo	4	66	5	83	2	34	3	50	2	50
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de EDAH aplicado a los niños

Elaborado por: Sofía Ortiz





**Gráfico N° 10.** Comportamiento integral del grupo de 8 y 12 años, después del taller  
**Elaborado por:** Sofía Ortiz

Se ratifica una vez más, la efectividad del tratamiento psicoeducativo por una parte, y además que, no existen grandes diferencias entre los diferentes grupos etáreos en cuanto a las manifestaciones del TDAH. Solo en el caso de los trastornos de conducta y para las edades de 8 y 12 años, la mejoría no es totalmente evidente, pues todavía existen indicios de riesgo moderado y alto riesgo, casi similares a los indicadores de bajo riesgo; lo cual se encuentra estrechamente vinculado a las características de la edad, y sería necesario tratarlo como un comportamiento no asociado al TDAH, indagando en sus posibles causas, ya que la combinación de Hiperactividad, Desatención y Trastornos de Conducta no se manifiesta como alto riesgo, para este grupo etáreo después de la implementación de los talleres psicoeducativos.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### Conclusiones

- La mayor prevalencia, como es de suponer, se presenta en el nivel de riesgo alto para cada uno de los síntomas evaluados en la prueba de diagnóstico EDAH, antes de ser implementados los talleres; sobre todo en el caso de los trastornos de conducta, la combinación de Hiperactividad y Desatención, la Hiperactividad, y la asociación de estos síntomas con los trastornos de conducta. En menor medida se presentan los problemas de desatención, que de acuerdo con la comparación entre género, predominan en el caso de las niñas; siendo sobresalientes los trastornos de conducta y la hiperactividad para los niños.
- En la mayoría de los pequeños, la causa fundamental de dichas manifestaciones del comportamiento, se deben al TDAH que presentan de base; teniendo en cuenta el elevado porcentaje correspondiente a nivel alto de riesgo, para la comorbilidad de estos indicadores. Así mismo, la combinación de Hiperactividad y Desatención, tal y como menciona la literatura científica referente al tema que señala como más frecuente esta sintomatología y no los indicadores de forma aislada.
- En general, se aprecia una mejoría considerable en cuanto a la disminución de los síntomas del TDAH, luego de ser implementados los talleres psicoeducativos con los padres de familia; objetivo fundamental de la presente investigación. Dicho éxito en el tratamiento, resulta más marcado en el caso de las niñas, quienes mostraron las más leves dificultades; pues para los niños todavía se presentan algunas dimensiones con riesgo elevado, aunque en mucha menor medida que al inicio del proyecto científico.
- No se aprecian diferencias significativas en cuanto a los grupos de edades, para la manifestación de los síntomas propios del TDAH; siendo predominante el diagnóstico de riesgo elevado en todos los casos, con la prevalencia de indicadores antes mencionado. Y presentándose como evidente, la mejoría de los pacientes, en similar proporción para aquellos de 6 a 7 años, como para los de 8 y 12 años.

## Recomendaciones

- Retroalimentar a los padres de familia, en cuanto a los resultados del estudio, de manera que se sientan motivados y estimulados, a mejorar sus métodos educativos y estilos de vida, desde el conocimiento del padecimiento de sus hijos; en función de alcanzar el éxito deseado en el desempeño de los pequeños en cada una de las esferas de su vida.
- Es fundamental, el trabajo conjunto de padres, especialistas y maestros, para mantener el seguimiento y supervisión de cada uno de estos casos; con el propósito esencial de mejorar aquellos indicadores que, sobre todo en algunos varones, continúan presentándose como riesgo elevado, así como con la intención de garantizar la permanencia en el tiempo los logros del tratamiento psicoeducativo implementado.
- Generalizar los resultados de la presente investigación, de manera que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la mayoría de los niños que padecen o presentan un riesgo elevado de portar TDAH, y por supuesto a sus familias que, actúan como cuidadoras, sin muchas veces saber qué hacer y cómo tratar a sus pequeños para que las manifestaciones de los síntomas sean menores.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Ginebra, Suiza.
- Asamblea Nacional. (2011). *Ley Orgánica de Educación Intercultural*. Quito, Ecuador.
- Asamblea Nacional, República del Ecuador. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Quito, Ecuador: Administración del Sr. Rafael Correa.
- Banús, S. (28 de Abril de 2014). *Técnicas conductuales en niños*. Obtenido de [www.psicodiagnosis.es:](http://www.psicodiagnosis.es/) <http://www.psicodiagnosis.es/>
- Barkley, R. (1998). *Attention Deficit Hiperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Pearson Educación.
- Betancur, M. I. (1994). *Esquizofrenia. Rehabilitación: otro camino*. Medellín, Colombia: Prensa Creativa.
- Cobos, R. (2012). *Metodología de la Investigación*. Quito, Ecuador: Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Turismo.
- Farré, A., & Narbona, J. (2013). *Manual del EDAH*. Madrid, España: TEA.
- Fiorentino, M. T., & Labiano, L. M. (Julio-Diciembre de 2008). Talleres psicoeducativos para la promoción de escuelas saludables. *Informes Psicológicos*, 10(11), 259-273.
- Galeano, M. E. (2001). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Universidad EAFIT.
- Garrote, D., & Palomares, A. (2000). *Innovación en el aula ante las dificultades de aprendizaje*. Madrid: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Guerra, J. P. (2014). *Trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad, la utilización de fármacos y factores de éxito para la mejoría del trastorno*. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Jáñez, T. (2008). *Metodología de la investigación en Derecho. Una orientación metódica*. Caracas, Venezuela: UCAB.
- Korzenikov, S. (2008). Psicoeducación para padre y educadores. *Revista argentina de Psicología*. Recuperado el 09 de Diciembre de 2014, de <http://ciudadfutura.com/psico>
- Korzeniowski, C., & Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 65-71.
- Landeau, R. (2007). *Elaboración de trabajos de investigación*. Caracas, Venezuela: Alfa.
- Moreno, M. G. (2000). *Introducción a la Metodología de la Investigación Educativa*. México: Progreso.

- National Institute of Mental Health Web site. (22 de enero de 2015). *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad: National Institute of Mental Health*. Obtenido de National Institute of Mental Health Web site: <http://www.nimh.nih.gov>
- Orjales, I. (2002). Control de comportamiento. En I. Orjales, *Manual para padres y educadores* (pág. 242). Madrid: CEPE.
- Ortiz, R., & Urdialez, C. (2010). *Estrategias metodológicas dirigidas a docentes de niño/as de segundo y tercer año de Educación General Básica con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Panamericana.
- Pérez, J. C. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. España: Panamericana.
- Pujota, J. K. (2012). *Estudio sobre la influencia de los niveles del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en grado de ansiedad que presentan los niños y niñas de 6 a 10 años*. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Carrera de Psicología Infantil y Psicorrehabilitación.
- Rodríguez, E. A. (2005). *Metodología de la investigación*. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Rojas, R. (2002). *Investigación social. Teoría y praxis*. México: Plaza y Valdés S.A. de C.V.
- Terán, G. (2006). *Hacia una educación de calidad. El proyecto de investigación: cómo elaborar. El papel de trabajo*. Quito, Ecuador: Soboc Gráfico.
- Torres, N. (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá, Colombia: Médica Internacional.
- Van-Wielink, G. (2005). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Vásconez, G. A. (2012). *La hiperactividad y su incidencia en el rendimiento académico de los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta "La Maná", Cantón La Maná, Provincia de Cotopaxi, periodo lectivo 2011-2012*. La Maná, Ecuador: Universidad Técnica de Cotopaxi Unidad Académica de Ciencias Administrativas y Humanísticas Carrera de Ciencias de la Educación Mención Educación Básica.

## ANEXOS

**Anexo N° 1:** Test del EDAH aplicado a los niños, antes y después de la implementación de los talleres



## EDAH

## HOJA DE ANOTACIÓN

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**INSTITUCIÓN:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO UN CÍRCULO 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, arrogante	0	1	2	3	TC



**Anexo N° 2:** Imágenes de la implementación de los talleres psicoeducativos en la Clínica “Club de Leones”













**Anexo N° 3: Cronograma de la investigación**

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE				DICIEMBRE		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tutoría previa presentación Del tema para aprobación.	X	X	X	X																		
Aprobación del tema.					X	X																
Tutoría para reajustes del tema de aprobación.							X		X													
Desarrollo del plan de tesis y tutoría.										X		X		X								
Entrega a lectores y revisión del plan de tesis.															X							
Tutoría para reajustes y desarrollo del protocolo.																X	X					
Lectura y aprobación del protocolo.																		X				
Tutoría para reajuste y desarrollo del protocolo.																			X			
Lectura y aprobación de informe final.																				X		
Tutoría para correcciones del informe final.																					X	
Entrega, asignación de tribunal y fecha para defensa de tesis.																						X

**Elaborado por:**