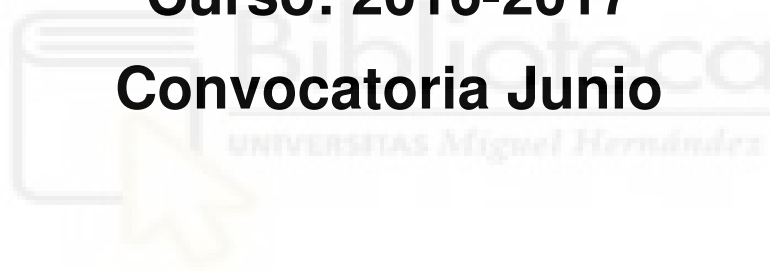




Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso: 2016-2017
Convocatoria Junio



Modalidad: Diseño de propuesta de intervención.

Título: Programa para padres con hijos con trastorno por déficit de atención.

Autora: Loreto Espinosa Ñeco.

Tutora: Monica Gázquez Pertusa.

Elche a 17 de Junio del 2017.

Índice:

1- Resumen.....	2
2- Introducción.....	4
3- Metodología.....	9
3.1 Sujetos.....	9
3.2 Procedimiento para recabar participantes.....	9
3.3 Temporalización.....	10
4- Objetivos.....	10
4.1 Objetivos generales.....	10
4.2 Objetivos específicos.....	10
5- Evaluación.....	11
5.1 Instrumentos.....	11
5.2 Contenido de la intervención.....	12
6- Información general sobre las sesiones.....	12
6.1. Sesión 1: Sesión informativa.....	12
6.2 Sesión 2: Habilidades de comunicación.....	13
6.3 Sesión 3: Roll-playing.....	14
6.4 Sesión 4: Auto-instrucciones y pictogramas.....	14
6.5 Sesión 5: Rutina y horarios.....	15
6.6 Sesión 6: Tareas.....	16
6.7 Sesión 7: Economía de fichas.....	16
6.8 Sesión 8: ¿Cómo delimitar el tiempo de las tareas?.....	17
6.9 Sesión 9: Autoestima.....	17
6.10 Sesión 10: Repaso final.....	18
7- Conclusiones.....	19
8- Bibliografía.....	20
9- Anexos.....	23
9.1 Simulación.....	23

1. Resumen.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio en falta de atención (TDA) es uno de los trastornos con mayor prevalencia en la infancia, donde uno de los factores más influyentes es la familia puesto que juega un papel muy importante en el desarrollo del menor y en el tratamiento multimodal de la psicopatología. Pero aun siendo un trastorno con alta prevalencia e importancia en la infancia, existe gran escasez en investigaciones y programas destinados a este trastorno sin considerar la hiperactividad en ellos. Por ello, este proyecto pretende responder a la escasez de proyectos dedicados a este trastorno concretamente en el área familiar, por lo que está destinado a padres cuyos hijos, de edades comprendidas entre 5 u 7 años, padezcan trastorno por déficit de atención.

Por lo que se han elaborado diez sesiones para reducir el impacto familiar causado por el trastorno y proporcionar a los padres herramientas para mejorar la comunicación padres-hijos, y para mejorar la focalización de la atención de los menores, además de técnicas para el manejo del comportamiento disruptivo de sus hijos. Siendo primordial la participación e implicación de los padres para lograr los objetivos marcados y el programa sea eficaz y eficiente.

Palabras claves: trastorno, atención, hijos, familia, impacto y padres.

2. Introducción.

El trastorno de déficit de atención (TDA) en el DSM-V se encuentra incluido en el epígrafe de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y se denomina como “Trastorno por Déficit de la Atención con hiperactividad con presentación predominante de falta de atención (TDA)”, puesto que cumple el criterio A1 referido a la inatención, pero no el A2 referido a la hiperactividad-impulsividad durante seis meses o más (APA, 2014). Se trata de una psicopatología muy frecuente que suele aparecer en la primera infancia (Miranda, Grau, Meliá, Roselló, 2008).

En su *sintomatología* presenta un nivel de aprendizaje y rendimiento académico que están por debajo del promedio, pero no se debe a una menor capacidad de atención ni a un coeficiente intelectual menor que los demás niños (Orjales, 2002), sino que se debe a una incapacidad para focalizar y dirigir la atención hacia los estímulos relevantes, debido a eso suelen distraerse con la presencia de estímulos novedosos y con rasgos físicos que consideren atractivos, dando como resultado un rendimiento escaso en la realización de actividades que exigen mayor concentración y esfuerzo mental. Además, existe gran dificultad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes por ello suelen tener un pensamiento caótico y desordenado, por lo que tienen mayor dificultad para realizar tareas rutinarias y automáticas de manera adecuada. Por otro lado, al realizar cualquier tarea su rendimiento desciende a lo largo del tiempo, debido a su dificultad para mantener el mismo grado de atención durante periodos largos de tiempo provocando el abandono de la tarea, esta situación se ve agravada cuando las tareas son poco novedosas, repetitivas o monótonas. (Sevilla, 2011).

En cuanto a las *conductas cognitivas* , presentan impulsividad cognitiva dando como resultado problemas en la capacidad de observación ya que no se detiene a observar y recopilar toda la información posible, asimismo, muestran pobreza a la hora de percibirla y analizarla por lo que su exploración y la búsqueda de información es menos exhaustiva. Siguiendo con las conductas cognitivas, existe una carencia a la hora de la resolución de problemas, soliendo funcionar por el método de ensayo-error en vez de buscar estrategias para solucionarlo de manera más efectiva (Sevilla, 2011).

Por otro lado, con respecto a las *características neurológicas* , según Frodl y Skokauskas (2012), los niños con TDA presentan un menor volumen de la sustancia gris, en las regiones de los ganglios basales, además, de un déficit estructural en regiones límbicas como el cíngulo anterior, la amígdala, la corteza prefrontal, los ganglios basales, el locus ceruleus, el cerebelo y el sistema amígdala-hipocampo

(Ticas y Ochoa, 2010). Asimismo, presentan una disfunción en el circuito frontoestriado y en el córtex, explicando así los déficits cognitivos y las dificultades encontradas en el pensamiento complejo y en la memoria de trabajo. Por otra parte, diversos estudios postulan que existen un déficit en la acción reguladora de los neurotransmisores de dopamina y noradrenalina en el núcleo accumbens y el cerebro medio, el cual afectaría a los mecanismos de recompensa y motivación, explicando así la menor respuesta hacia la recompensa de los niños con TDA (Ticas y Ochoa, 2010), su falta de atención, motivación, interés y aprendizaje (Roizblar, Bustamante y Bacigalupo, 2003; Matas, 2006; Tamayo, 2008).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio en falta de atención suele diagnosticarse entre los 6 o 7 años de edad, presentando su mayor presencia entre los 6-9 años. (Gershon, 2002). Su prevalencia es del 34,8%, a nivel mundial, de 8% a 12% en niños y adolescente y el 1.2% a 7.3% en adulto. (Vásquez, et al., 2010), encontrándose diferencias significativas entre sexos, habiendo más prevalencia en las niñas, puesto que presentan más problemas en el área de la atención y cognición, que, en los niños, ya que muestran más problemas relacionados con la impulsividad, (Rodhe, et al., 2000).

Para poder explicar la *etiología* del TDA se deben tener en cuenta diversos factores, como los genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos, fisiológico y psicosociales, por ello se considera un trastorno multifactorial, puesto que ningún factor por si solo podría explicar la psicopatología (Vásquez, et al., 2010). A continuación, nos centraremos en los factores genéticos y psicosociales, puesto que los neuroanatómicos, neuroquímicos y fisiológicos se comentaron brevemente al principio.

En cuanto a los *factores genéticos*, se ha encontrado que un cuarto de los niños que padecen trastorno déficit de atención e hiperactividad con predominio de falta de atención tiene un familiar con dicho trastorno, por lo que habría un factor hereditario (Vásquez et. al., 2010). Además, en el 50% de los casos se encuentran alteraciones genéticas, pero se debe recalcar que dichos factores genéticos se ven modulados y alterados por los factores ambientales (Espina y Ortego, sf).

En cuanto a los *factores psicosociales*, se debe tener en cuenta el temperamento del menor, las exigencias sociales, las técnicas educativas aplicadas tanto por los familiares como por los menores. (Vásquez, et. al., 2010). Siendo la familia el factor psicosocial más importante en el desarrollo del menor, puesto que todos los miembros de la familia interactúan y se influyen mutuamente. Estudios

evidencian que los menores con trastorno por déficit de atención ejercen una gran influencia en el comportamiento de sus hermanos (Kendall, 1999). Se ha demostrado que las familias con niños con trastorno por déficit de atención ante las disputas mantienen una comunicación más negativa y se emplean resoluciones de conflictos más agresivas que otras familias sin un componente con dicha psicopatología (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher y Metevia, 2001). El papel más importante recae sobre los padres, ya que son el marco de influencia mayor para el desarrollo de los hijos y suelen pasar gran cantidad de tiempo con ellos, e intentan modelar el comportamiento de estos (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003).

Diversos estudios muestran que los padres con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio en falta de atención tienen un estilo educativo más autoritario y se centran más en las conductas negativas que en recompensar las conductas positivas que realizan (Miranda, et al., 2007). Además, los padres suelen presentar mayor nivel de estrés y sentimiento de insatisfacción por no poder modular el comportamiento de sus hijos, por ello, se debe asesorar al familiar en cuanto al manejo de comportamiento, habilidades de comunicación y trabajar las expectativas de los padres respecto a los hijos. Además, la implicación de los padres es de gran importancia para lograr una mejor adhesión del menor al tratamiento (Roselló, et. al., 2003)

Para *evaluar* si se trata de TDA se debe investigar el historial clínico del niño/a, realizando una entrevista con todos los miembros de la familia y sus docentes para poder recabar toda la información posible en todos los ámbitos de su vida, además de realizar pruebas psicométricas tanto al niño como a sus educadores y padres. Para dicha evaluación se puede utilizar la versión abreviada del SNAP-IV (Swanson, 1995) para valorar los criterios del DSM-V; el Performance Test y el Test de desórdenes de hiperactividad/déficit de atención, ADHDT (Gilliam, 1995) los cuales evalúan la atención sostenida y la impulsividad. Para la evaluación de los padres se utiliza La Escala de Conners y para los docentes la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) de Farré y Narbona (1998).

En cuanto a *nivel psicopedagógico* se debe evaluar al niño con la ayuda de los docentes del centro en el que se halle para poder recabar información sobre su escolarización y nivel académico alcanzado. Para ello, se analizan las habilidades en cuanto a nivel de lecto-escritura, cálculo y lenguaje, además de demandar al docente un informe sobre los problemas académicos que observa en su alumno y que posibles soluciones propondría para facilitar una buena coordinación entre el equipo técnico

escolar y el psicólogo para el futuro tratamiento del trastorno por déficit de atención (Espino y Ortega, sf)

Además, se debe realizar un *diagnóstico diferencial* para descartar otro tipo de patologías, para ello se emplean pruebas como el McCarthy (McCarthy, 1997), el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil- CUMANIN,- de Portellano (2000), para cualquier tipo de deformación o déficit neuronal, Cuestionario de Depresión de Beck, (BDI) (Beck, Steer y Brown, 2006), la Escala de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, (STAI-C) (Spielberger, Gorsuch y Lushene,1994), escalas de síntomas Child Behavior Check List, (CBCL) (Achenbach y Edelbrock, 1980). Asimismo, se debe comprobar que no existe ningún problema neuronal, problemas auditivos o enfermedades que puedan provocar los síntomas del TDA, puesto que, sino la intervención no daría resultado, ya que se estarían paliando los síntomas, pero no se estaría actuando en el foco de la enfermedad. Por otro lado, se debe evaluar el coeficiente intelectual (CI) del menor, puesto que en el TDA no existe retraso cognitivo por ello si el CI es menor que el promedio se debe descartar dicha patología, para ello se utiliza el WISC-R (Wechsler, 2003) o el Test de la Figura Humana (Koppitz, 1987).

El *tratamiento* deberá ser multimodal, es decir, farmacológico y psicoterapéutico manteniendo una continua colaboración entre profesores, psicólogos, médicos y familia, debido a que el tratamiento combinado muestra mayor porcentaje de respuesta (Loro, et al, 2009). Por otra parte, investigaciones médicas han demostrado que los niños con TDA tratados tanto con medicación como con terapia, reducen significativamente el riesgo al consumo de sustancias adictivas, siendo este un factor de riesgo en los niños no tratados (Vázquez et. al., 2010). Para el tratamiento farmacológico se administra metilfenidato. En cuanto a la terapia, existen diferentes modalidades de terapia como el tratamiento conductual, tratamiento cognitivo y terapia familiar, cada una de ellas utilizadas en consonancia al momento vital del niño (Loro, et al, 2009).

En cuanto al tratamiento psicológico, se debe abordar de manera individual, grupal y familiar. En primer lugar, el tratamiento *individual* se centra en los diferentes aspectos de la patología, ya que no todos los niños manifiestan los mismos síntomas en la misma patología; a *nivel grupal*, se abordan los problemas de conducta presentados y la falta de autoestima de los niños. Por último, a *nivel familiar* se da información respecto a la patología. La intervención familiar está orientada a dotar a las familias con herramientas para poder solventar los problemas familiares que conlleve la patología de uno de sus componentes, y a su vez, poder dotar a sus hijos

de herramientas eficaces para enfrentarse a sus tareas y hábitos diarios, intentado focalizar toda su atención en tarea que está realizando (Barkley, 2000).

Diversos estudios como el realizado por Hinshaw, Owens, Wells, Kraemer y Abikoff en el 2000 demuestran la eficacia de la intervención familiar, ya que al modificar las técnicas de disciplina se produce un cambio significativo en el comportamiento disruptivo del menor, demostrando así que al intervenir y modificar las conductas paternas éstas producen a su vez un cambio en el comportamiento del menor, dándose este cambio recíprocamente, es decir, que cuando se produzcan cambio por parte del menor también influirá al comportamiento de los padres.. Por otro lado, gracias al estudio de Hoza et, al., en el 2000, se descubrió que las creencias de los padres y su estilo paternal y de disciplina, además de la autoestima en las madres y la eficacia percibida por los padres son predictores del resultado del tratamiento del menor. Por ello, si se espera lograr resultados óptimos en el tratamiento de los menores, sería recomendable trabajar dichos predictores simultáneamente con los padres. Estos estudios muestran la importancia del tratamiento con los familiares de los niños con TDA, en concreto con sus padres, pero al realizar una búsqueda detallada de programas e intervenciones con padres de niños con trastorno por déficit de atención, sin contemplar la hiperactividad, se encuentra una gran escasez de éstos.

Por ello, este proyecto se centrará en la intervención con los familiares de niños con TDA, más concretamente en sus padres, ya que aun siendo en la actualidad uno de los trastornos con mayor prevalencia en la infancia, es destacable la gran escasez tanto de programas para familiares como investigaciones y programas centrados en este trastorno. Por ello, este programa

Por lo que el objetivo de este proyecto es, desarrollar una intervención familiar para mejorar las competencias parentales en familias con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio de falta de atención con edades comprendidas entre los 5 y 7 años

3. Metodología.

3.1.Sujetos.

Las personas a las que directamente va dirigido el programa son padres y madres cuyos hijos padecen trastorno de déficit de atención e hiperactividad con predominio de falta de atención. En este caso, se centrará en los padres cuyos hijos estén cursando el primer ciclo de primaria, ya que como se comentó con anterioridad este déficit se suele diagnosticar a partir de los 7 años de edad

Por ello, indirectamente este programa va dirigido a los niños de primer ciclo de primaria, diagnosticados con TDA, puesto que se dotará a sus padres con herramientas para ayudar al menor a focalizar mejor atención y a conseguir mayor autonomía a la hora de realizar las tareas diarias.

Sólo podrán asistir padres cuyos hijos estén diagnosticados en TDA, es decir, que no presenten hiperactividad, ni ninguna patología que se confunda con esta.

3.2. Procedimiento para recabar a los participantes.

En primer lugar, se contactó con el áreas de psicología de diferentes clínicas las cuales suelen trabajar con este tipo de psicopatologías, se concertó una entrevista con el encargado de cada clínica y se les informó detalladamente en qué consistía el programa y que iba dirigido a padres cuyos hijos padecieran trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio de falta de atención, y que los niños se comprendieran en edades de 5 a 7 años de edad. A continuación, se pidió su colaboración para que informaran a los padres que cumplieran dichos requisitos.

Después los encargados de las clínicas nos facilitaron una lista con los datos con los padres que estaban interesados, a los cuales se les explicó en qué consistía el proyecto y cuáles eran los objetivos de este. Una vez se finalizó la explicación se comentó que la participación en el programa era carácter voluntario y que los padres interesados debían comprometerse a acudir a todas las sesiones y a participar. Los interesados debían dejar sus datos de.

Al realizar el recuento de participantes encontramos que 12 familias estaban interesadas en participar en el programa, por lo que se decidió, realizar las sesiones de manera grupal, dividiendo a los participantes en tres grupos de cuatro familias de manera aleatoria, para así poder dinamizar más las sesiones. Una vez creados los grupos, se contactó con los padres y se comprobó su disponibilidad, se tuvieron que modificar algunos grupos por la disponibilidad de los participantes, y se les citó para la primera sesión.

2.3. Temporalización.

El programa constará de 10 sesiones de 60 minutos cada una, de las cuales la primera y la última serán de evaluación. Las sesiones se impartirán dos días por semana, por disponibilidad de las familias cada grupo acudirá en diferentes días y horas. El primer grupo lo realizará lunes y miércoles de 17:30-18:30 el primer grupo, el segundo grupo los martes y jueves de 19:30-20:30, y el tercer grupo lunes y viernes de 19:00-20:00. El programa tendrá de duración cinco semanas, a no ser que

por algún inconveniente se aplase alguna sesión y se alargue el programa hasta alcanzar las 10 sesiones estipuladas. Es imprescindible que el administrador de estas sesiones sea un psicólogo/a, que esté familiarizado en este campo y conozca los casos de cada menor y su situación familiar, aunque lo ídneo sería que el psicólogo estuviera trabajando ya con los menores, puesto que lo recomendable sería que la terapia se llevara simultáneamente con la terapia individual del menor, para así reforzar lo aprendido en ambas terapias.

4. Objetivos:

4.1. Generales:

Dotar a los padres con herramientas de comunicación y técnicas de manejo del comportamiento de sus hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio en falta de atención.

Lograr una mayor confianza entre ellos.

Dotar a los padres con herramientas para mejorar la focalización de la atención de los menores y conseguir que tengan mayor autonomía a la hora de realizar las tareas

Dotar a los padres de herramientas para mejorar las conductas disruptivas de sus hijos.

4.2. Específicos:

Mejorar su conocimiento sobre las características del TDA.

Mejorar el impacto familiar causado por la psicopatología.

Mejorar la comunicación entre padres e hijos

Mejorar la confianza padres-hijo.

Mejorar las dotes de liderazgo.

Aprender técnicas de motivación.

5. Evaluación:

Para la evaluación del programa se utilizará diseño cuasi-experimental sin grupo control, con un pre-test, antes de comenzar con las sesiones, y un post-test, al finalizar el proyecto. La evaluación se realizará a todos los componentes que realicen el programa, por lo que se evaluará si se han alcanzado los objetivos previos marcados o si por el contrario, una vez finalizado el programa hay objetivos que no se

han podido cumplir. Además, se realizará un seguimiento de los progresos a los 6 meses y después a los 12, para comprobar los del programa se mantienen a medio-largo plazo.

5.1. Instrumentos

Para la evaluación se emplearán dos test el Cuestionario de Conocimientos y Técnicas de Manejo del TDAH (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003) , utilizando solo los ítems relacionados con la falta de atención y el Cuestionario de Impacto familiar (Donenberg y Baker 1993).

Cuestionario de conocimientos y técnicas de manejo del TDAH (Roselló, et al., 2003).

Se trata de un cuestionario basado en la revisión literaria de diferentes intervenciones clínicas con familias de niños con TDAH, donde se recogen los conocimientos generales sobre la psicopatología, los aspectos más importantes sobre las aplicaciones de técnicas que modifican la conducta y la emisión de órdenes, al ser un cuestionario para TDAH se eliminarán los ítems referidos a la hiperactividad. El cuestionario se compone de 26 ítems dicotómicos (si/no) dividido en tres bloques, el primer bloque consta de 6 ítems referidos a la emisión de ordene; el segundo bloque compuesto por 8 ítems donde se evalúa el manejo que tienen sobre el comportamiento del menor y, por último, el tercer bloque compuesto por 12 ítems sobre la concepción que tienen los padres respecto a la psicopatología. Fue creado para la evaluación de un programa de Roselló, et al., en 2003 y todavía no existe una validación, pero al tratarse de un cuestionario de respuesta dicotómica de Si/No es de gran utilidad para recabar la información necesaria para el proceso de evaluación, puesto que no se encuentran otros cuestionarios similares para poder evaluar estas características de los padres respecto al trastorno por déficit de atención.

Cuestionario de impacto familiar Donenberg y Baker (1993)

Dicho cuestionario consta de 48 ítems de respuesta múltiple, en este caso cuatro alternativas siendo estas: casi nunca, algunas veces, muchas veces y casi siempre; y dos ítems con siete alternativas referidos a la dificultad de estos. El cuestionario está dividido en seis bloques, el primero está compuesto por quince ítems referidos a las actitudes y sentimientos del padre hacia su hijo/a, el según bloque consta de diez ítems referidos al impacto de la psicopatología del hijo en la vida social de la familia, el tercer bloque se compone de seis ítems referidos al impacto

económico, este bloque no es de importancia para nuestro programa. El cuarto bloque consta de siete ítems que evalúa el impacto del hijo sobre la pareja, el quinto bloque compuesto por nueve ítems que explica el impacto de la psicopatología sobre su relación con los iguales y, por último, el sexto bloque hay dos ítems para evaluar el grado de dificultad de vivir con un hijo con TDAH y la influencia que ejerce sobre la familia. El cual presenta una puntuación de 0.82 a 0.92 en las pruebas de validación (Straffon, 2008).

5.2. Contenido de la intervención:

El programa se compone de 10 sesiones en las que se va a trabajar sobre los siguientes componentes:

PROGRAMA PMTDA	
Componente	Sesiones
Información sobre el TDA y evaluación.	Sesión 1
Habilidades de comunicación parentales.	Sesión 2 y 3
Auto-instrucciones y pictogramas.	Sesión 4
Hábitos y tareas.	Sesiones 5 y 6
Delimitación del tiempo de las tareas.	Sesión 7
Técnica de recompensa.	Sesión 8
Autoestima.	Sesión 9
Feedback sobre el programa y evaluación.	Sesión 10

6. Información general de las sesiones.

6.1. Sesión 1: Sesión Informativa

Objetivos de la sesión:

Aumentar la información sobre la psicopatología

Evaluar los conocimientos y las técnicas de manejo con el “pre-test”.

Evaluar el impacto familiar a causa de la psicopatología con el “pre-test”

Aclarar las dudas de los padres

- **Materiales para la sesión:**

Cuestionario Impacto familiar.

Cuestionario de conocimientos y técnicas de manejo del TDAH.

Power-point con la explicación, pantalla y proyector.

Lápices y folios.

- **Guía de la sesión:**

1- Evaluación mediante los “pre-test”.

Cuestionario de conocimientos y técnicas de manejo del TDAH. (15 min).

Cuestionario Impacto familiar. (15 min).

1- Presentación power-point. (20 min).

2- Preguntas de los padres respecto al tema tratado. (10 min)

6.2. Sesión 2: Habilidades de comunicación

Objetivos:

Mejorar las habilidades comunicativas.

Adquirir nuevas estrategias de liderazgo.

- **Materiales:**

Power-Point, pantalla y proyector.

Sillas en forma de U.

Diálogos para poner ejemplos.

Ficha de actividades para caso.

- **Guía:**

1- Explicación el lenguaje positivo. (15 min).

2- Explicación de órdenes directas y simples, mantener contacto físico y visual con ellos. (15 min).

3- Preguntas de los padres. (5 min).

4- Leer el diálogo con diferentes situaciones. (15 min).

5- Explicar ejercicios que deben realizar en la siguiente sesión. (10 min).

6.3 Sesión 3: Roll-Playing

Objetivos:

Poner en práctica lo aprendido sobre las habilidades de comunicación.

Modificar las conductas erróneas que cometan.

- **Materiales:**

Ficha con la explicación de la simulación.

Habitación recreando un ambiente natural.

Prendas de ropa.

Folios y bolígrafos.

- **Guía:**

1- Explicación de la situación que deben simular. (5min)

2- 1º Simulación (Grupo 1: rol hijo; Grupo 2: rol padres; Grupo 3: observadores; G4: observadores). (15 min).

3- 2º Simulación (Grupo 1: observadores; Grupo 2: rol hijo; Grupo 3: rol padres; Grupo 4: observadores). (15 min).

4- 3º Simulación (Grupo 1: observadores; Grupo 2: observadores; Grupo 3: rol hijos; G4: rol padres.). (15 min).

5- 4º Simulación (Grupo 1: rol padres, Grupo 2: observadores; Grupo 3: observador, Grupo 4: rol padres). (10 min).

6.4. Sesión 4: Auto-instrucciones y pictogramas.

Objetivos:

Conocer y aplicar la técnica de auto-instrucciones.

Conocer y aplicar los pictogramas.

Mejorar las técnicas de manejo parental.

Fomentar la autonomía del menor a la hora de realizar tareas.

Ayudar al menor a focalizar su atención en la tarea.

- **Material:**

Papel y bolígrafo.

Pizarra y tizas.

Ejemplos de auto-instrucciones.

Pictogramas.

Imágenes de prendas de ropa.

- **Guía:**

- 1- Explicación de qué son las auto-instrucciones. (10min).
- 2- Pedir voluntarios para una demostración. (5 min).
- 3- Explicación de los pictogramas. (10 min).
- 4- Pedir voluntarios para una demostración. (5 min).
- 5- Por parejas de dos familias, preparar una auto-instrucción acompañado de un pictograma para el hábito de vestirse. (10 min).
- 6- Exposición de trabajo realizado. (15 min).
- 7- Preguntas sobre lo tratado. (5 min).

6.5. Sesión 5: Rutina y horarios.

Objetivos:

Aprender la importancia de los hábitos.

Aprender cómo estructurar un horario semanal rutinario para el menor.

- **Materia:**

Ejemplo de horario de hábitos

Horario semanal para rellenar

Papel y bolígrafo.

Lista de hábitos frecuentes.

- **Guía:**

- 1- Explicación de la importancia de las rutinas. (15 min).
- 2- Realizar una lista de hábitos que realicen o quieran que realicen los menores de forma autónoma. (10 min).
- 3- Dotar de pautas y herramientas para la realización de un buen horario, con pausas inclusive. (15 min).

- 4- Realizar un horario semanal por horas de los hábitos que realiza el niño. (15 min).
- 5- Corregir el horario. (5 min).

6.6. Sesión 6: Tareas.

Objetivos:

Aprender cómo fomentar la realización de manera autónoma de tareas domésticas por parte del menor.

Reforzar la confianza entre ellos.

- **Material:**

Lista de tareas.

Papel y bolígrafo.

Horario semanal.

- **Guía:**

- 1- Explicar la importancia de la realización de tareas. (10min).
- 2- Realizar una lista de tareas acorde a las capacidades del menor. (10 min)
- 3- Corregir la lista de tareas de cada menor. (10min).
- 4- Introducir en el horario las tareas. (10 min).
- 5- Corregir el horario. (15 min)
- 6- Pedir que en la siguiente sesión acuda el menor con ellos. (5 min).

6.7. Sesión 7: Economía de fichas.

Objetivo:

Aprender a reforzar al menor.

Organizar actividades para realizar juntos.

Reforzar el vínculo entre padres e hijos.

- **Material:**

Papel y bolígrafo.

Ejemplo de economía de fichas.

Cartulina y gomets.

- **Guía:**

- 1- Explicar en qué consiste la economía de fichas. (10 min).
- 2- Realizar entre padres e hijos la jerarquía de actividades y premios. (15 min).
- 3- Establecer cuánto vale cada ficha y cuanto vale cada actividad. (15 min).
- 4- Hacer un contrato para padres e hijos donde confirmen la disposición a cumplirlo. (5 min).
- 5- Realizar el cuadrante para la puntuación y su corrección. (15 min).

6.8. Sesión 8: ¿Cómo delimitar el tiempo de las tareas?

Objetivos:

Aprender a delimitar el tiempo para la realización de tareas.

Dar independencia a la hora de realizar las tareas.

- **Material:**

Reloj o móvil con alarma

Papel y bolígrafo

Mesa, sillas, actividad escolar.

- **Guía:**

- 1- Explicar el por qué de delimitar el tiempo (10 min)
- 2- Explicar cómo se debe delimitar el tiempo y el tiempo adecuado para cada actividad (10 min)
- 3- Establecer el tiempo para cada actividad (10 min)
- 4- Roll-playing (Grupo 1: rol padres; Grupo 2: rol hijos; Grupo 3 y Grupo 4 : observadores) La situación será realizar una tarea escolar y la duración será de 30 minutos, sonarán dos alarmas 1º a los 15 minutos y la 2º 30 minutos.

6.9. Sesión 9: Autoestima

Objetivos:

Mejorar la autoestima del menor.

Mejorar la relación padres-hijos.

- **Material:**

Papel y bolígrafos.

- **Guía:**

- 1- Explicar que es la autoestima y su importancia para un buen desarrollo. (10 min).
- 2- Hablar sobre la importancia de alabar los pequeños avances que realicen sus hijos y cómo hacerlo. (5 min).
- 3- Proponer una situación donde sus hijos realicen una actividad de manera adecuada y como la alabarían o premiarían. (15 min).
- 4- Realizar una lista de actividades que a sus hijos les gusten para proponerles su realización. (10 min).
- 5- Debate grupal sobre las formas de alabanza empleadas por los padre, si las emplean. (20 min).
- 6-

6.10. Sesión 10: Repaso final.

Objetivos:

Realización del “post-test”.

Comentar lo aprendido.

Fomentar la participación y el diálogo entre los padres.

Conseguir una red de apoyo entre los padres.

- **Material:**

Cuestionario Impacto familiar.

Cuestionario de conocimientos y técnicas de manejo del TDAH.

- **Guía:**

- 1- Realizar el “post-test”.
Cuestionario de conocimientos y técnicas de manejo del TDAH. (15 min).
Cuestionario Impacto familiar. (15 min).
- 2- Hacer un repaso de lo aprendido. (15 min).
- 3- Debate entre padres sobre sus experiencias personales en referencia al programa. (15 min).

7. Conclusiones:

Actualmente, el número de casos con niños con trastorno por déficit de atención con predominio de falta de atención ha aumentando notablemente a lo largo de los años, es una de las psicopatologías con más prevalencia en la infancia, ya que con anterioridad los padres asociaban esta sintomatología al comportamiento habitual entre los menores de esas edades, no dándole importancia a la psicopatología. Por ello, es importante el papel de los familiares en el proceso terapéutico del niño, puesto que ellos influyen directamente en la vida de los menores, y son los encargados de detectar la diferente sintomatología propia de esta psicopatología y ponerse en contacto con los especialistas para comprobar si se trata de dicho trastorno o no.

Por ello, lo que se pretende en este programa es trabajar con los familiares de los menores con estas dificultades, para que los comprendan y puedan manejar de manera adecuada los comportamientos de sus hijos, puesto que son la fuente de apoyo más importante de los menores. Por lo que la participación en el programa sería una gran oportunidad para ellos, ya que podrán mejorar tanto la relación con sus hijos como mejorar la focalización de la atención de este.

Por otro lado, para conseguir los efectos deseados del programa es muy importante que los padres se impliquen activamente en él. Aunque en este programa por limitación de tiempo no se han incluido tareas para realizar en casa, para próximos proyectos sería recomendable puesto que además de acudir a las sesiones, es necesario poner en práctica los conocimientos en el hogar para poder comprobar si les es de utilidad lo aprendido o si a la hora de poner lo aprendido en práctica con sus hijos encuentran dificultades importantes y poder solventarlas antes de finalizar el programa, porque si no, no encontrarán los beneficios esperados. Además, esto ayudaría a modificar los objetivos o actividades si fuera necesario, para poder solventar cualquier error cometido a la hora de plantear el proyecto.

Tampoco cabe olvidar el papel crucial de la intervención paralela de los menores, puesto aunque se haya demostrado la influencia de los padres en el comportamiento de los menores, los menores deben avanzar en el tratamiento puesto que si no se comprueba la mejora puede llegar a causar frustración en los padres y decidir abandonar el programa.

Como ya se ha comentado con anterioridad son escasos los estudios sobre los beneficios de las intervenciones con familiares de niños con trastorno por déficit de atención, por lo que sería recomendable realizar investigaciones al respecto insertando predictores como los tratados en este programa, pero también incorporar

nuevas técnicas de regulación emocional como el mindfulness, técnicas de locus de control tanto para los menores como los padres, y hacer más hincapié en intervenciones conjuntas para poder mejorar la confianza y la relación padres-hijo.

Pero no se debe olvidar, que además de la terapia familiar, para conseguir un buen resultado de tratamiento se debe combinar con tratamiento psicoeducativo y farmacológico. Puesto que los estudios como el realizado por el National Institute of Mental Health en niños demostró que el tratamiento combinado ofreció importantes ventajas al resto de tratamiento y además permitió rebajar los fármacos administrados al menor, siendo el tratamiento con mayor porcentaje de respuesta (Conners et al.,2001).

8. Bibliografía:

- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1980). *Child Behavior Checklist: CBCL*. T. Achenbach, University of Vermont.
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000; 105 (5): 1158-70. Disponible en <http://www.guideline.gov>.
- Barkley RA, Du Paul GJ, Costello A. Stimulants. In Werry JS, Aman MG, eds. *Practitioner's guide to psychoactive drugs for children and adolescents*. New York: Plenum Medical Books; 1993. p. 205-3
- Beck, A., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II. *Hojas*, 46, 30.
- Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. México, DF *Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*.
- Bierderman, J., Faraone, SV., et al. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry*; 55: 692-700
- Conners CK, Epstein JN, March SS, Angold A, Wells KC, Klaric J, et al. Multimodal treatment of ADHD in the MTA; an alternative outcome analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 159-67

- Donenberg G, Baker B. The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21: 179-98
- Edwards G, Barkley RA, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Parentadolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29: 557-72.
- Espina, A., & Ortego, A. (2005). Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad. *Buenos Aires: Janssen-Cilag*.
- Farré, A. y Narbona, J. (1998). Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, EDAH. TEA.
- Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 114-26.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord*; 5: 143-54.
- Gilliam, J. E. (1995). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Test: A Method for Identifying Individuals with ADHD: Examiner's Manual*. Pro-ed.
- Hinshaw SP, Owens EB, Wells KC, Kraemer HC, Abikoff HB, Arnold E, et al. Family processes and treatment outcome in the MTA: negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 555-68
- Hoza B, Owens JS, Pelham WE, Swanson JM, Conners CK, Hinshaw SP, et al. Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 569-83.
- Kendall PC, Panichelli-Mindel SM. Cognitive-behavioral treatments. *Abnorm Child Psychol* 1995; 23: 107-24.
- Kendall J. Sibling accounts of ADHD. *Family Process* 1999; 38: 117-36.
- Koppitz, E. M. (1987). *El dibujo de la figura humana en los niños: evaluación psicológica* (Vol. 10). Editorial Guadalupe.
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., & Correas Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol*, 49(5), 257-64.

- Matas M, MD. Approach to attention deficit disorder in adults. *Can Fam Physician* 2006; 52: 961-4.
- McCarthy D. Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños. Madrid: TEA, 1977.
- Miranda, A., Grau, D., Marco, R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con TDAH: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (Supl 2), 23-26.
- Orjales, I. (2002). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid. Ciencias de la educación preescolar y especia.
- Pérez, M., & Benito, M. L. (2006). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica. *Revista pediatria de atención primaria*, 8(8), 11-24.
- Portellano, J., Mateos, R., Martínez, R., Tapia, A., & Granados, M. (2000). Manual CUMANIN, Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil. *Madrid: Tea Ediciones*.
- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(3), 18-26.
- Rhode, LA, Biederman, J, Busnello, EA, Zimmerman, H, Schmitz, M, Martins, S, et al. (2000). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38:716-22.
- Roizblatt AS, Bustamante FV, Bacigalupo FI. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos. *Red Med Chile* 2003; 131: 1195-201.
- Roselló, B., García Castellar, R., Tárraga Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 2003, vol. 36, num. Supl. 1, p. 79-84.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1994). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: Tea.
- Sevilla, J. G. (2014). *Cómo mejorar la atención del niño*. Ediciones Piramide.
- Swanson, J. M. (1995). SNAP-IV Scale. *Irvine, CA: University of California Child Development Center*.

- Tamayo J. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Psicofarmacología On-Line 2008.
URL: <http://psocofarmacologia>.
- Ticas, J. A. R., & Ochoa, E. R. (2010). Trastorno por deficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos. *Rev Med Hondur*, 78(4).
- Vásquez, J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Wechsler, D. (2003). Wechsler intelligence scale for children–Fourth Edition (WISC-IV). *San Antonio, TX: The Psychological Corporation*.

9. Anexos

9.1 Simulación.

A continuación, vamos a realizar una simulación de como vuestros hijos se vistan con total autonomía apoyarse en las auto-instrucciones y los pictogramas que en la sesión pasada explicamos. Todos los grupos asumirán los roles de padres, hijos y observadores, para ello primero deberéis coger un numero de la cesta el cual os asignará el número de grupo.

La situación como ya se ha comentado con anterioridad es conseguir que se vista de manera autónoma, el grupo desempeñe el rol de padres deberán guiar a los “hijos” con auto-intrucciones tomo por ejemplo “Ahora cojo los calcetines, me siento y me pongo primero el calcetín derecho y después el izquierdo”, además tendréis una hoja con los pictogramas necesarios para desempeñar la actividad.

El grupo que adopte el rol, deberá ser descuidado, deberá perder la atención de la tarea en varias ocasiones. Además, podrá realizar conductas que habitualmente realizan sus hijos cuando realizan esta actividad, para ver como otros padres la solucionan.

Por último, el grupo de observadores irán anotando las veces que “los padres” logren que el niño focalice su acción a la tarea y que conductas realizadas dan mejores resultados

Pictograma:



10.

