



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Programa de intervención para la modificación
de conducta y la regulación emocional en
menores de 8 a 12 años con TDAH**

Presentado por: D. ^a Patricia Bosch López

Tutor/a: D. Alejandro Sanchis Sanchis

Valencia, a 1 de junio de 2020

Resumen

Los problemas de conducta y de regulación emocional en los menores con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son evidentes. Estos problemas suelen impedir la adecuada adaptación del niño a su entorno. Por este motivo, se ha creado un programa de intervención grupal para niños de 8 a 12 años con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El presente programa está formado por 15 sesiones, ocho dirigidas a padres y siete a sus hijos y ambos deberán asistir una vez por semana. Por otro lado, el programa está estructurado en 4 fases en las que se llevará a cabo lo siguiente: una primera evaluación, psicoeducación acerca del trastorno y de los problemas conductuales y de regulación emocional, la intervención como tal, una reevaluación y una evaluación de seguimiento pasados dos meses tras haber finalizado el programa. En definitiva, el programa tiene como objetivo entrenar a los padres en estrategias para la modificación de conducta de sus hijos y a los menores en estrategias de regulación emocional.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH, Intervención, Problemas Conductuales y Regulación Emocional.

Abstract

Problems of behavior and emotional regulation in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder are evident. These problems often prevent the child from adapting adequately to his environment. For this reason, a group intervention program has been created for children from 8 to 12 years old with a diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. This program consists of 15 sessions, eight for parents and seven for their children and both must attend once a week. On the other hand, the program is structured in 4 phases in which the following will be carried out: a first evaluation, psychoeducation about the disorder and behavioral and emotional regulation problems, the intervention as such, a reevaluation and a follow-up evaluation two months after finalizing the program. Ultimately, the program aims to train parents in strategies and minors in emotional regulation strategies.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, Intervention, Behavioral problems and Emotional regulation.

Introducción

Historia

El TDAH es un trastorno que ha sido definido de muchas formas y enfocado desde muchas otras perspectivas. Por este motivo, Navarro y García (2010) y Siegenthaler y Marco (2011) realizaron una breve recopilación de las distintas definiciones y perspectivas que se le ha dado al Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. A continuación, se especifican algunas de las definiciones y perspectivas desde los primeros años hasta la actualidad:

George Frederick Still, en 1902, fue el primero en describir de forma sistemática las características del TDAH, refiriéndose como “fallos en el control moral” que no obedecen a deficiencias intelectuales.

En 1980, el DSM-III distinguió una subdivisión del trastorno pudiendo ser el déficit de atención con o sin hiperactividad. Años más tarde, el DSM-IV pasó a llamarlo “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”, donde se distinguían tres subtipos en función del predominio de síntomas: subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, subtipo predominantemente inatento y subtipo combinado. En el 2000, fue publicado el DSM-IV-TR, donde se realizaron algunas modificaciones respecto al DSM-IV (para todas las definiciones hasta la actualidad, ver anexo 1).

En 2013 fue lanzada la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, es decir, el DSM-5. Tras dicha actualización, el DSM-5 incluye los siguientes cambios: el TDAH pasa a ser un trastorno del neurodesarrollo; se incluyen recomendaciones específicas y se reduce el número de síntomas para el diagnóstico del trastorno en adultos, pasando de 6 a 4; los síntomas del criterio B han de estar presentes antes de los 12 años, en vez de a los 7; y la forma de presentación del trastorno puede ser en forma combinada, predominantemente inatento o hiperactivo/impulsivo (anexo 2).

American Psychiatric Association (2014) propone una definición del TDAH algo más reciente: “El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el desarrollo y funcionamiento normal de la persona” (p. 61).

Etiología

El TDAH es considerado como un trastorno de procedencia neurobiológica y de naturaleza hereditaria (Barkley, Grodzinsky y Gail, 1999). En base a los estudios de Barkley et al. (1999), Biederman et al. (1992) y Pauls (1991), se comprobó que los factores socioambientales podían influir en dicho trastorno agravando los síntomas e incrementando el riesgo de presentar trastornos asociados.

En conclusión, tras la revisión de los escritos de varios autores, se ha comprobado que la mayoría de estos explican el origen del trastorno a causa de una combinación de factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales (López, Alcántara, Romero y Belchí, 2013).

Factores genéticos. En la actualidad hay muchos estudios que evidencian la condición hereditaria del TDAH, como, por ejemplo, los basados en familias y en gemelos. Los estudios basados en la familia han resultado que aquellos individuos con parientes con historia clínica de TDAH tienen un riesgo mayor de padecer el trastorno, siendo un 50% la probabilidad de ello (Martínez-Martín et al., 2015). Otros estudios que evidencian la base genética del TDAH son los basados en la adopción, donde autores como Herreros, Rubio, Sánchez y Gracia (2002) demostraron que aquellos hermanos no biológicos de niños con TDAH tienen menor riesgo de manifestar dicho trastorno o trastornos asociados.

Factores neurobiológicos. Tras una serie de estudios de neuroimagen, se ha podido considerar al TDAH como un trastorno con alteraciones en ciertas áreas del cerebro y en sus circuitos asociados, concretamente en la corteza prefrontal y parietal, el cerebelo y los ganglios basales (Vázquez-Justo, Piñón y Fernandes, 2017). Además, el cerebro contiene unos circuitos especiales para cada una de sus distintas funciones, donde en personas con TDAH, los circuitos encargados de la atención son de menor tamaño y están menos activos que en el resto de la población. En consecuencia, el cerebro trata de compensar estos problemas activando otras zonas, lo que conlleva a un procesamiento de información lento y defectuoso (Soutullo y Díez, 2007).

Factores ambientales y psicosociales. Autores como Herreros et al. (2002), refieren que ciertos factores ambientales podrían influir biológicamente en el bebé durante el embarazo o durante el parto. Estos factores podrían ser el consumo de sustancias, la mala salud materna, la

prematuridad y el bajo peso al nacer (López, Alcántara, Romero et al., 2013; Martínez et al., 2015). Por otro lado, también se ha comprobado que hay una serie de factores psicosociales que podrían influir en la aparición del TDAH. Estos factores pueden ser: medios urbanos desfavorecidos; un medio escolar desorganizado o demasiado estructurado, causando un deterioro de la conducta del niño y un mayor fracaso escolar; y un estilo parental muy intrusivo, controlador y desaprobador (Hechtman, 1996 citado en López, Alcántara, Romero et al., 2013).

En conclusión, tal y como señalan Cunill y Castells (2014) y López, Alcántara, Romero et al. (2013), es de vital importancia dejar claro que tanto los factores ambientales como los psicosociales no implican causalidad, es decir, deben considerarse más bien como factores de predisposición que como causas concretas y únicas del trastorno.

Modelos neuropsicológicos. Desde el ámbito de la neuropsicología han ido surgiendo distintos modelos teóricos con el fin de explicar las bases del TDAH. Algunos de estos modelos son “El Modelo Atencional de Douglas” y “El Modelo de Autorregulación de Barkley” (Siegenthaler y Marco, 2011).

Prevalencia

El DSM-5 refiere que el TDAH está presente en la mayoría de las culturas, alrededor de un 5% en menores y de un 2'5% en adultos. Además, Quintero y Castaño (2014) añaden que dicho trastorno ocurre en España en un 6'8% de niños y adolescentes, observándose mayor prevalencia en varones que en mujeres. Sin embargo, Cortese, Faraone, Bernardi, Wang y Blanco (2016), refieren que la prevalencia del trastorno es muy similar entre hombres y mujeres y que puede que la falta de diagnósticos en mujeres se deba a la variedad de perfiles de síntomas con los que se puede manifestar el TDAH.

Comorbilidad y problemas asociados al TDAH

Tal y como señalan Bastardas, Ortiz, Sánchez y Sabaté (2015), entre un 50 y un 85% de los menores con TDAH cumple criterios de otro trastorno psiquiátrico (véase anexo 3). Además, estos autores añaden que es importante el diagnóstico de posibles trastornos comórbidos para llevar a cabo un tratamiento precoz y así favorecer el pronóstico. De estos trastornos comórbidos, los que suelen presentarse en más de un 50% de los menores con TDAH son el

trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta (Soutullo y Díez, 2007). Por otro lado, también se ha visto que entre un 30 y un 50% de estos niños sufren un trastorno de ansiedad o depresión (Jensen, Martin y Cantwell, 1997; Kitchens, Rosen y Braaten, 1999). Todos estos trastornos comórbidos tienen en común que pueden causar problemas emocionales, al igual que por el simple hecho de tener TDAH (American Psychiatric Association, 2014).

Algunos de los problemas más comunes asociados al TDAH son:

- *En el aprendizaje del autocontrol:* Según Barkley (1982), el principal déficit en aquellos niños con TDAH se encuentra en el autocontrol, dejando los problemas de atención en un segundo plano. Barkley (2005) añade que los problemas de las personas con TDAH no se deben a una carencia de habilidades y conocimientos, sino que sus problemas de autorregulación impiden aplicar estos conocimientos y habilidades correctamente. Además, la habilidad para persistir en una actividad poco atractiva la cual puede conllevar, a largo plazo, resultados positivos, es uno de los procesos básicos del autocontrol. De esta forma, los niños con TDAH suelen optar por refuerzos inmediatos a causa de su falta de control, lo que les impide conseguir mejores logros. Esta falta de autocontrol se manifiesta en forma de problemas conductuales (López, Castro, Fernández y Romero, 2013).
- *En las funciones ejecutivas:* Según Pennington y Ozonoff (1996), las funciones ejecutivas son aquellas funciones que consisten en: el planteamiento, cambio o mantenimiento de esquemas mentales; control de interferencias; inhibición de conductas; integración a lo largo del tiempo y espacio; planificación; y memoria de trabajo. Asimismo, tal y como indican Portellano y Zumárraga (2009), las funciones ejecutivas son imprescindibles para la planificación de acciones dirigidas al logro de un objetivo de forma eficaz, además de resolver problemas complejos. Trujillo y Pineda (2008) consideran que menores con TDAH presentan problemas en este tipo de procesos y es por ello que no consiguen adecuados niveles de adaptación a su entorno.
- *Autoestima y regulación emocional:* Pinto, Presentación, García y Miranda (2011) sugieren que los principales problemas en el ámbito socioemocional en los niños con TDAH se deben a: dificultades a la hora de establecer nuevas relaciones con los compañeros, carencia de habilidades de conversación, escasos recursos para resolver conflictos adecuadamente y

pobres mecanismos de autocontrol. Estos problemas los llevan a fracasar en sus interacciones y, por lo tanto, a situar al menor en un estado de aislamiento y rechazo por parte de sus iguales que, a largo plazo, tiene un efecto negativo acumulado sobre sus autopercepciones. De igual forma, estos menores tienen dificultad para interpretar los sentimientos tanto propios como ajenos, de forma que suelen fracasar en el desarrollo y mantenimiento de relaciones exitosas (López, Castro et al., 2013). Por el contrario, puede ocurrir que estos niños no sean conscientes de lo inapropiados que son sus comportamientos y, por lo tanto, no experimentan sentimientos tan negativos de sí mismos como se esperaría. Esta falta de consciencia explicaría el hecho de que muchos niños con TDAH tiendan a sobrestimar sus propias capacidades académicas y/o sociales. (Pinto et al., 2011).

- *Contexto familiar:* Los padres de menores con TDAH experimentan sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima, entre otros. Esta situación va a repercutir en el desarrollo emocional y autoestima del niño, formándose un círculo vicioso de sentimientos de fracaso e interacciones negativas que acentuarán los problemas familiares y del trastorno (Grau, Miranda y Soriano, 2011).

Otros problemas que también suelen presentar los menores con TDAH son en el lenguaje y la comunicación. Estos niños suelen dar la sensación de que hablan excesivamente, no respetando los turnos de palabra o interrumpiendo inadecuadamente las conversaciones, hecho que se produce generalmente porque su comportamiento lingüístico es desajustado (Ygual, 2011). Por otro lado, también suelen presentar problemas académicos. Esto podría atribuirse a los síntomas del TDAH, concretamente a la inatención (Soriano, Pinto y Siegenthaler, 2011).

Regulación emocional y TDAH

Gross (1999) definió la regulación emocional como: “Aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (p. 275).

De esta forma, la desregulación emocional se podría definir como la incapacidad de una persona para ejercer cualquiera de los procesos moduladores que intervienen en la regulación de las emociones hasta el punto de influir en el funcionamiento diario de la persona (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin y Nolen-Hoeksema, 2011).

Haciendo referencia a la socialización de niños con TDAH, la evidencia indica que el motivo por el cual estos menores presentan problemas en dicho aspecto se debe a la desregulación emocional que sufren (Bunford, Evans y Wymbs, 2015). Además, se ha visto que la desregulación emocional está ligada a comportamientos de riesgo como el abuso de sustancias y puede ser tanto de emociones negativas (enfado), como de emociones positivas (alegría), manifestándose esta última como con demasiado entusiasmo o excitación (Barkley 2010; Bunford et al., 2015).

Cabe añadir que, muchos de los indicadores de la desregulación emocional que presentan los menores con TDAH han sido atribuidos a sus trastornos comórbidos, como son el trastorno explosivo intermitente o la depresión (Kessler et al., 2006). De todos modos, también se ha visto que existe un subgrupo de menores con TDAH que muestra desregulación emocional en ausencia de comorbilidades (Bunford et al., 2015).

Evaluación

El TDAH debe ser evaluado desde todas sus perspectivas (conductual, social, cognitiva, etc.), además de que se debe indagar acerca de posibles trastornos comórbidos que pueda presentar el menor para así establecer un tratamiento lo más específico posible (López, Alcántara, Castro, Belchí y Romero, 2013). Por otro lado, tal y como indican García, Soriano y Roselló (2011), la evaluación del TDAH debe ser multicontextual, es decir, que se recoja información a partir del propio niño y del contexto familiar y escolar (anexo 4):

Evaluación a través del menor. Para una adecuada evaluación del menor se debe tener en cuenta los aspectos más significativos del TDAH. Para ello, se realizan las siguientes evaluaciones: neuropsicológica, para la evaluación de las funciones ejecutivas; socioemocional, para evaluar el autoconcepto, autoestima, ansiedad y depresión; y del desempeño académico, mediante pruebas específicas de lenguaje, lectura, escritura y de problemas matemáticos (García et al., 2011; López, Alcántara, Castro et al., 2013).

Evaluación del contexto familiar. La evaluación en el contexto familiar del niño con TDAH se considera indispensable ya que se puede recoger una gran cantidad de información acerca de las distintas manifestaciones del trastorno en distintos contextos. Por otro lado, el

trastorno puede estar afectando a la relación familiar, por este motivo, se debe valorar los sentimientos y actitudes de cada miembro de la familia (García et al., 2011).

Evaluación en el contexto escolar. La evaluación basada en el contexto escolar también se considera importante ya que se sabe que los niños con TDAH suelen mostrar dificultades académicas y problemas en sus interacciones sociales. Para ello, sería conveniente que los profesores utilizaran autorregistros para recoger todas aquellas conductas observadas en el menor y algún cuestionario que indique cómo estos estiman las relaciones sociales del niño con sus compañeros. También se puede aplicar una prueba a los niños de una misma clase que permita determinar el nivel de aceptación o de rechazo dentro del grupo (García et al., 2011).

Tratamiento

Los síntomas del TDAH aparecen en la infancia, pero suelen permanecer en la adultez, por lo que se trataría de un trastorno crónico que requiere tratamiento de larga duración (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), 2017). Actualmente, el tratamiento para el TDAH es multidisciplinar, es decir, incluye a distintos profesionales como psicólogos, psicopedagogos, médicos y profesores (López-Villalobos, López-Sánchez y Andrés, 2019). Por otro lado, el tratamiento también debe ser multimodal, concretamente debe constar de: tratamiento farmacológico, terapia cognitivo-conductual, pautas educativas para los padres y técnicas cognitivo-conductuales para ser aplicadas en clase (de Corral, 2003). A continuación, se explica en qué consiste cada uno de los tratamientos nombrados:

Intervenciones dirigidas al niño/a con TDAH.

Medicación. Existe una serie de fármacos para el tratamiento del TDAH, aunque se ha visto que los más indicados son los estimulantes, concretamente, el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina, siendo el primero el más utilizado (de Corral, 2003). La guía práctica del NICE (2018) recomienda no usar tratamiento farmacológico como primera opción en menores de edad escolar, únicamente para aquellos con síntomas graves o con síntomas leves que se niegan a terapias psicológicas o que no han respondido a estas. Normalmente, para aquellos casos más graves, se recomienda el abordaje psicológico con el farmacológico (Catalá et al., 2017; Krull, 2019).

Tratamiento psicológico.

Psicoeducación. En primer lugar, hay que empezar motivando al menor con TDAH para que el tratamiento se lleve a cabo con éxito. Además, hay que hacer que el niño sea consciente y entienda su problema ya que esto ayuda a eliminar el sentimiento de culpa que puede estar sintiendo, a mejorar su autoestima y a que esté dispuesto a llevar a cabo la terapia (de Corral, 2003).

Terapia cognitivo-conductual. Se recomienda como primera opción la terapia cognitivo-conductual para el TDAH (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), 2017). Este tipo de terapias han demostrado una alta efectividad dado que, tras su aplicación, se han observado cambios en los patrones de conducta. Se podría decir que estas terapias están formadas por tres fases (López, 2005 citado en López, Alcántara, Belchí y Romero, 2013):

1. **Modificación de conducta:** En esta fase se emplean técnicas como la extinción, el coste de respuesta y el tiempo fuera. Además, se pueden utilizar programas como el de economía de fichas o los contratos de contingencia.
2. **Intervención cognitiva:** Las técnicas cognitivas, muy utilizadas, se emplean para que el menor con TDAH aprenda a regular su conducta. Entre estas técnicas están las autoinstrucciones, la autoobservación y “la técnica de la tortuga”.
3. **Intervención a nivel físico:** Esta parte de la intervención incluye ejercicios de relajación y de psicomotricidad, los cuales ayudan a reducir los niveles de tensión que estos niños y niñas experimentan ante las demandas del entorno.

Intervenciones dirigidas a los padres de niños con TDAH. Los principales síntomas de una persona con TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad) a menudo influyen considerablemente en los padres, hecho que les obliga a aceptar un rol muy activo en el manejo de la conducta de sus hijos/as (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), 2017).

Psicoeducación. Uno de los primeros pasos del tratamiento es informar tanto a los padres como al menor en qué consiste el TDAH y qué se puede hacer para tratar la sintomatología del trastorno. Se recomienda hacer psicoeducación con la familia, profesores y con el menor siempre que sea posible (López, Alcántara, Belchí et al., 2013).

Entrenamiento de los padres. El entrenamiento de los padres, explicado anteriormente en la fase de modificación de conducta en niños, consiste básicamente en enseñarles a aplicar una serie de técnicas que les ayuden a modificar la conducta de sus hijos, las cuales deben realizarse usando a su vez análisis funcionales de las conductas. Algunas de estas técnicas podrían ser el refuerzo positivo, las economías de fichas, la extinción, el tiempo fuera, la sobrecorrección y el establecimiento de normas y límites (López-Villalobos et al., 2019).

Intervenciones dirigidas a profesores de niños con TDAH. Los profesores de niños con TDAH son considerados como una pieza esencial en el proceso de evaluación y tratamiento (López, Alcántara, Belchí et al., 2013). Barkley (2008) propuso una serie de recomendaciones educativas que se deben llevar a cabo en las escuelas para ayudar a estos menores: formar al menos a un profesor como experto en TDAH, dosificar el trabajo para que se sientan más competentes, colocar los pupitres de forma que se sienten enfrente del profesor, dejar que se levanten y se muevan alrededor de la mesa, entre otros.

Tratamientos multimodales. Los tratamientos multimodales consisten en el abordaje del TDAH incluyendo tanto al menor como a los padres y a los profesores y utilizando distintos métodos de intervención. Este tipo de tratamiento se considera el más recomendable dada la gran repercusión, complejidad y manejo del trastorno (López, Alcántara, Belchí et al., 2013).

Programas para el TDAH

Los siguientes programas han sido creados para conseguir reducir algunos de los síntomas nucleares de dicho trastorno.

Programas para padres:

- *Programa para padres de Barkley (1997)*: Programa cuyo objetivo es proporcionar asesoramiento a los padres para saber manejar los comportamientos disruptivos de sus hijos y a disminuir el estrés familiar. Trata de 8 a 10 sesiones de 1 a 2 horas de duración donde se entrena a las familias en técnicas de modificación de conducta.
- *Programa multicomponente de Miranda, Grau, Meliá y Roselló (2008)*: Este programa se fundamenta en las necesidades de las familias de menores con TDAH que además está formado por 6 módulos los cuales tratan los siguientes aspectos: educación sobre el TDAH, comprensión del estrés, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades de comunicación y estrategias de disciplina. Además, se ofrecen técnicas para aumentar conductas positivas y otras para disminuir las negativas.
- *Programa EMPECEMOS (2013)*: Este programa está dirigido a padres de niños con problemas de conducta de inicio temprano y tiene como objetivo potenciar los recursos emocionales, cognitivos y conductuales necesarios para el desarrollo adecuado de los menores.

Programas para los menores:

- *“Piensa en Voz Alta” (Camp y Bash, 1981)*: El programa consiste en la enseñanza de 4 autoinstrucción que son guiadas por “el oso Arturo”. Se lleva a cabo en 16 sesiones, las 8 primeras centradas en la solución de problemas impersonales y las últimas 8 dedicadas a la resolución de problemas sociales.
- *“Escuela Dinosaurio” (Webster-Strattom, Reid y Hammod, 2001)*: El programa está dirigido a niños de 4 a 8 años, el cual combina un entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales. Lo que pretende el programa es que en la “Escuela Dinosaurio” se enseñe a los niños el uso de habilidades sociales positivas en diferentes contextos.

Programas multicomponentes que incluyen padres e hijos:

- *PSICOHAEM/VAR*: El programa tiene como objetivo la mejora de la autorregulación del comportamiento tanto del propio niño como de su ambiente familiar. Cabe añadir que el programa está compuesto por dos bloques dependiendo del destinatario: PSICOHAEM para los padres y VAR para menores con edades comprendidas entre los 5 y los 12 años. Para ambas partes del programa se necesitan dos coterapeutas y el número total de familias no debe ser mayor de siete. En referencia al grupo de menores, este puede estar compuesto de 5 a 8 menores. El subprograma PSICOHAEM está formado por tres módulos: *psicoeducación* (PSICO); *habilidades de manejo* (HA); y *expresión emocional* (EM). Por otro lado, el subprograma VAR está también formado por tres módulos: *relajación*; *autocontrol*; y *valores prosociales*. Ambos subprogramas constan de unas 10 a 11 sesiones.
- *Programa multicomponente para niños, padres y profesores* de Miranda, Presentación, García y Siegenthaler (2009): El objetivo de este programa es que los padres y profesores reciban entrenamiento paralelo donde además se incluye una intervención especializada directamente con los menores. El programa ofrece una comunicación entre todos los participantes, de forma que tanto los padres como los profesores conocen en todo momento las técnicas que se están trabajando con los niños ya que serán informados por el terapeuta y, de la misma forma, los padres y profesores se mantienen en contacto a través de la tarjeta “casa-escuela”. Este programa multicomponente está compuesto por un paquete de intervención el cual incluye tres programas que se llevan a cabo durante 10 semanas: un programa de intervención dirigido a los niños donde se trabajan técnicas cognitivo-conductuales (16 sesiones de 45 minutos); un programa de intervención para los padres donde se les orienta a cómo apoyar el aprendizaje escolar de sus hijos, mejorar su salud emocional y a cómo afrontar situaciones difíciles (10 sesiones de 2 horas); y un programa de intervención para los profesores, donde se les enseña a manejar al menor con TDAH dentro del aula, así como de informarles acerca del funcionamiento académico y socioemocional de estos niños.

Justificación y síntesis del impacto

Tras realizar una revisión bibliográfica acerca del TDAH, se ha podido comprobar que los problemas más comunes en dicho trastorno son: de conducta, en las funciones ejecutivas, tener una baja autoestima, en la regulación emocional y en el contexto familiar y escolar (López, Castro et al., 2013). Además, tras la lectura de varios programas actuales destinados a menores con TDAH, se podría afirmar que estos suelen estar enfocados en gran parte a trabajar las funciones ejecutivas y los problemas conductuales, incluyendo también intervenciones dirigidas a trabajar otros aspectos como la regulación emocional, aunque en menor medida y de manera muy superficial.

Por este motivo, he decidido crear un programa de intervención para menores de 8 a 12 años con TDAH el cual esté formado por dos bloques, uno dirigido a la modificación de la conducta y otro a la regulación emocional. El motivo por el cual el programa está dirigido a intervenir en dichos aspectos se debe a que considero importante incluir un bloque destinado a la modificación de conducta ya que es un problema característico en estos menores (Marco, Grau y Presentación, 2011) y, por otro lado, un bloque para la regulación emocional ya que también se ha comprobado que presentan problemas de este tipo, ya sea a causa de algún trastorno comórbido o por el propio TDAH (Kessler et al., 2006; Bunford, Evans et al., 2015). Son muy pocos los programas que tienen en cuenta la regulación emocional, y si lo tienen, no hacen hincapié en ello.

El programa también incluirá apartados destinados al entrenamiento de padres y profesores para la modificación de la conducta del menor. La evidencia indica que aquellos programas que los incluye muestran mejores resultados que los que no (Miranda y Soriano, 2010). Por otro lado, la modalidad de aplicación del tratamiento será grupal ya que favorece su eficacia en las familias (López, Romero, Castro y Alcántara, 2013), aunque en grupo reducido (4-5 familias), para conseguir que la intervención sea lo más individualizada posible. Este tipo de intervención aporta una serie de beneficios a las familias: apoyo emocional al compartir emociones y experiencias acerca del impacto de los problemas del hijo; reducción del sentido de aislamiento; y mejora la relación con sus hijos ya que adquieren mayores conocimientos para afrontar los problemas (Grau et al., 2011). Además, el poder aplicar el programa de forma grupal puede reducir considerablemente la lista de espera en centros públicos como, por ejemplo, en hospitales.

Descripción del programa de intervención

Ámbito de aplicación

El programa ha sido creado para aplicarse en un contexto terapéutico. De esta manera, las condiciones de trabajo permitirán conseguir los objetivos planteados. Este tipo de ambientes suelen ser estructurados, de modo que el terapeuta podrá crear situaciones en las que se pueda trabajar todo lo propuesto.

En referencia a las intervenciones, estas serán en formato grupal, tanto en el caso de los padres como en el de los niños. En cuanto a los padres, este tipo de intervenciones reduce el sentido de aislamiento además de hacerles sentir un mayor apoyo emocional al compartir sus emociones y experiencias acerca del impacto de los problemas de sus hijos. Asimismo, la presencia de varios niños en la misma sesión hará posible que se pueda practicar los conocimientos aprendidos, además de estar trabajando a su vez habilidades sociales en un contexto más natural que aquellos en los que únicamente está el niño y el terapeuta.

Objetivos del programa

Objetivo principal del programa:

- Ofrecer técnicas de modificación de conducta a padres con hijos con TDAH y estrategias de regulación emocional a los menores.

Para lograr dicho objetivo, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Informar tanto a los padres como a sus hijos acerca del TDAH de forma que entiendan sus problemas.
- Entrenar a los padres en técnicas de modificación de conducta y en estrategias que les ayuden a regular sus propias emociones.
- Crear conciencia emocional en los niños para que sepan identificar emociones tanto propias como ajenas.
- Enseñar estrategias de regulación emocional a los menores para conseguir un mejor funcionamiento diario.

Destinatarios del programa

El presente programa está preparado para intervenir en las familias, en sus hijos y también en cierta medida con los profesores. Teniendo en cuenta que estará compuesto por un mínimo de tres familias y máximo de cinco, el total de niños en sesión podrá variar también de tres a cinco. Al ser un grupo reducido, el terapeuta podrá atender las necesidades de cada uno de ellos de un modo más individualizado.

En cuanto a los criterios de inclusión al programa, el menor debe estar diagnosticado de TDAH, tener una edad comprendida entre los 8 y los 12 años y presentar problemas conductuales y de regulación emocional típicos del trastorno.

En referencia a los criterios de exclusión, el menor no debe presentar graves alteraciones emocionales como depresión o, por otro lado, tener discapacidad intelectual, ya que este último podría interferir en la comprensión de las actividades y por lo tanto en el ritmo del programa.

Fases de la elaboración del programa

El programa está formado por 15 sesiones, 8 para padres y 7 para los niños y la duración de cada sesión puede variar entre 60 a 90 minutos en padres y 1 hora aproximadamente en niños. Por otro lado, las sesiones de padres e hijos se llevarán a cabo de forma paralela, es decir, ambos asistirán una vez a la semana ya que el programa ha sido diseñado de forma que el contenido de las sesiones de las familias está relacionado con las de sus hijos. Un ejemplo de esto sería que la sesión 2 de los padres está programada para que el contenido de esta coincida con la sesión 2 de sus hijos. Para que esto se lleve a cabo correctamente, los padres siempre serán los primeros en asistir a la sesión semanal para que puedan ser informados acerca de lo que van a trabajar sus hijos en la próxima sesión y así poder ayudarles a aplicar en casa lo que hayan aprendido. El estar aprendiendo de forma paralela facilita el aprendizaje de técnicas tanto en los padres como en sus hijos de modo que el formato más indicado y recomendado para la aplicación del programa es este. Aunque, en el caso de que hubiera un grupo suficiente de familias que dada su disponibilidad no les permitiera asistir dos veces a la semana, se podría valorar la posibilidad de distribuir el programa de forma que primero asistieran solo los padres y, posteriormente, cuando estos finalizaran sus 8 sesiones, empezar con sus hijos.

El motivo por el cual el programa está diseñado para que también formen parte los padres y profesores, es que pueden contribuir a que los menores generalicen lo aprendido en sesión ya que son los que más tiempo pasan con estos.

Haciendo referencia a los grupos de intervención, estos se dividirán en dos, uno que recoja a menores de 8 a 10 años y otro que recoja a niños de 10 a 12 años ya que podría darse una diferencia notable entre aquellos de 8 años y los de 12 en cuanto al ritmo de las sesiones y a la forma de dirigirse a estos. A pesar de que se divida a los menores dependiendo de la edad, el contenido del programa será el mismo para ambos grupos.

En cuanto al programa, este se divide en 4 fases:

- *Primera fase de evaluación y presentación:* Esta primera fase está compuesta por la sesión 0, en la que se reunirán por primera vez únicamente los padres y donde el terapeuta y los familiares deberán presentarse al resto. Cabe añadir que, antes de esta sesión, se habrá recogido telefónicamente la disponibilidad de cada familia para poder establecer los grupos de intervención y se les habrá enviado el consentimiento informado que deberán traer firmado en la primera sesión (sesión 0).

En esta fase es donde se explicará en qué consiste el programa y los objetivos que persigue. Cabe añadir que se recogerá información más específica acerca de sus hijos como, por ejemplo, sus gustos, para así poder adaptar las sesiones en base a estos y, por otro lado, acerca de las conductas que querrían ver o disminuir en sus hijos de forma que, al finalizar el programa, se podrá comprobar si esto se ha conseguido o no. Finalmente, se entregará el cuestionario SENA (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco y del Barrio, 2015), el cual permite detectar dimensiones relacionadas con alteraciones emocionales y problemas de conducta en los menores. Además, dicho cuestionario tiene tres versiones, uno para padres, otro para los menores y otro para los profesores, donde los padres deberán llevarse estos tres a casa, que cada uno de estos lo cumplimente y devolverlos rellenos en la próxima sesión. Las puntuaciones de los cuestionarios nos permitirán recoger información acerca de la intensidad de los síntomas actuales del menor y poder comparar con aquellas puntuaciones que se obtendrán al pasar el mismo cuestionario una vez finalizado el programa.

- *Segunda fase de aplicación del programa:* Esta segunda fase corresponde a la aplicación del programa en sí y es donde se desarrollarán ambos bloques, el de modificación de conducta y el de regulación emocional. El bloque de modificación de conducta está dirigido

a los padres ya que se les entrenará en técnicas específicas para ello, aunque también se les ofrecerá estrategias de regulación emocional para que sepan manejar aquellas situaciones que les produzca un estrés elevado. En cambio, el bloque de regulación emocional ha sido diseñado para los menores que, además, se estará trabajando de forma indirecta las conductas negativas ya que una de las causas de este tipo de conductas se puede atribuir a una falta de regulación emocional.

En referencia a las sesiones de los padres, tal y como se ha indicado anteriormente, estos serán quienes empiecen las sesiones semanales y serán de mínimo 60 minutos y máximo 90. Por otro lado, constarán de un total de 7 sesiones (sin contar la sesión 0 ya que corresponde a la primera fase y tiene una estructura distinta al resto), donde todas seguirán una misma estructura y orden: 1) revisión de los autorregistros; 2) desarrollo del contenido nuevo; y 3) expresión emocional, que consiste en emplear cierto tiempo de la sesión para que los padres puedan expresar sus sentimientos y poder hablar de estos. A modo general, la intervención en padres estará dirigida a hacer psicoeducación acerca del trastorno que, aunque haya padres que estarán bien informados acerca del tema, siempre habrá algunos que sigan teniendo dudas y creencias erróneas. Además, se les enseñará a detectar y registrar tanto las conductas positivas como las negativas, a aprender a utilizar los refuerzos y los castigos correctamente y a identificar qué estrategias de regulación emocional son las que mejor les funcionan en momentos estresantes.

Ahora bien, en cuanto a las sesiones de los menores, estas serán de una hora y de 7 sesiones en total. Al igual que las sesiones de los padres, estas también seguirán un orden y una estructura, excepto la primera, que será en la que los niños se presentan y se haga psicoeducación acerca del TDAH, de los problemas conductuales y de la regulación emocional. En cuanto al resto de sesiones, estas seguirán la siguiente estructura y orden: 1) relajación, 2) repaso de la sesión anterior, 3) desarrollo del contenido nuevo y 4) despedida con juego. A modo general, la intervención de los menores estará dirigida a que estos entiendan el problema que presentan y que no por ello son niños malos o vagos, a desarrollar una buena conciencia emocional y, posteriormente, a aprender a utilizar todas aquellas técnicas practicadas en sesión que tienen como objetivo regular sus emociones y así reducir sus comportamientos inadecuados. En definitiva, se considera importante incluir la relajación al principio de cada sesión ya que es una técnica que si se realiza correctamente puede reducir el nivel de activación con bastante rapidez y, por otra parte, realizar un juego al terminar ya que además de estar trabajando la tolerancia a la frustración y las habilidades

sociales, se irán con la sensación de habérselo pasado bien y así querrán volver a la próxima sesión.

- *Tercera fase de reevaluación:* Esta fase consiste en reevaluar tanto a los padres, hijos y profesores con el cuestionario SENA. Los padres se volverán a llevar dicha evaluación para que lo cumplimenten tanto ellos como sus hijos y los profesores (como se hizo en la sesión 0). También está la opción de enviarles el cuestionario digitalizado y que los devuelvan cumplimentados del mismo modo de forma que los padres no tengan que volver al centro a entregarlos o, si en cambio, prefieren devolverlos en persona, pueden acudir al centro para ello. A partir de los resultados obtenidos de los cuestionarios y de la información de los autorregistros que han sido rellenados por los padres durante todo el programa, se podrá realizar un análisis topográfico donde se compare la intensidad en que se presentaban los síntomas al principio del programa y tras la realización de este y, además, a partir de dicha información, se podría confirmar si el programa es efectivo o no. En último lugar, se hará un informe individualizado que se enviará mediante un correo electrónico a los padres en el que se devolverán los resultados de esta última evaluación. Para ello, se podría hacer una comparación de los resultados de la primera evaluación con los de esta última para ver la evolución de su hijo/a. Además, en base a los resultados de esta última evaluación, sería recomendable elaborar un dossier individualizado en el que se especifiquen algunas recomendaciones a seguir para que las mejoras se mantengan en un futuro.
- *Cuarta fase de seguimiento:* Esta última fase consiste en hacer un seguimiento a las familias para comprobar que las mejorías siguen presentes o si por el contrario se han vuelto a presentar problemas. Para ello, una vez pasados dos meses desde que finalizó el programa, se volverá a enviar el SENA vía email para que los padres, menores y profesores lo vuelvan a cumplimentar.

Descripción del programa

Tal y como se ha mencionado anteriormente, las sesiones tendrán un formato grupal y además tratarán de tener la misma estructura en cada una de ellas.

Al comenzar cada sesión, se les hará un breve resumen tanto a los padres como a los niños acerca de lo que van a hacer durante esa misma sesión. Concretamente en los niños, sería

recomendable escribir en una hoja o en la pizarra cada una de las actividades que realizarán y el orden en que se llevarán a cabo. Esto les ayudará a aprender a estructurar su tiempo en otras situaciones como, por ejemplo, en casa o en el colegio y a saber que hasta que no hayan terminado una actividad no deben pasar a la siguiente.

Por otro lado, al finalizar cada una de las sesiones con los padres, se les ofrecerá un momento, dependiendo del tiempo que sobre, para que puedan expresar sus emociones actuales o de cómo se han sentido durante la semana. En cambio, en los niños se les ofrecerá un tiempo para jugar a algo relacionado con lo aprendido en sesión a ser posible. Además, el terapeuta deberá proporcionar una hoja informativa donde se detalle todo aquello que hayan trabajado los menores en sesión de forma que los padres puedan supervisar en casa si estos están utilizando las técnicas que han aprendido o ayudarles a aplicarlas si fuese necesario.

A continuación se desarrollan cada una de las sesiones del programa:

Fase 1. Presentación y evaluación.

Sesión 0 (padres). Presentación y evaluación inicial

Objetivos. Reunir a las familias por primera vez para que se conozca, informar acerca del programa y recoger información más concreta de sus hijos.

Descripción. En esta sesión los familiares se presentarán ya que serán con quienes compartirán las próximas sesiones y, además, el terapeuta explicará en qué consiste el programa y los objetivos que persigue.

Por otro lado, se recogerá información más específica acerca de sus hijos como, por ejemplo, sus gustos (ver anexo 5), para así poder adaptar las sesiones y hacerlas más atractivas para los menores. También se les pedirá que rellenen una hoja (ver anexo 6) en la que tienen que escribir aquellas conductas que querrían ver y aquellas que querrían disminuir en sus hijos de forma que, al finalizar el programa, se podrá comprobar si esto se ha conseguido o no. Finalmente, se les proporcionará el cuestionario SENA para que se lo lleven a casa y que tanto estos como sus hijos y los profesores lo cumplimenten. Los padres deberán traer estos tres ejemplares rellenos a la próxima sesión.

Materiales. anexo 5 y anexo 6

Fase 2. Aplicación del programa.

Sesión 1 (padres). Psicoeducación, aprender a reforzar y autorregistros

Objetivos. Hacer psicoeducación acerca del TDAH, aprender a detectar conductas positivas y negativas para empezar a utilizar autorregistros y saber reforzar conductas positivas.

Descripción.

1. Psicoeducación: En primer lugar, el terapeuta empezará la sesión dando información acerca del TDAH. Además, se proporcionará una hoja informativa a los padres (ver anexo 7) donde también estarán explicados los aspectos más relevantes del trastorno. Es muy importante asegurarse que los padres entienden el trastorno y los síntomas nucleares ya que, aunque muchos de los padres estén bien informados acerca del tema, siempre hay algunos que no tienen las cosas claras e incluso tienen pensamientos erróneos. Por este motivo, también se les presentará una hoja que contiene los mitos más comunes acerca del trastorno y así poder dejar claro qué es verdad y qué no (ver anexo 8).
2. Aprender a reforzar conductas positivas: En segundo lugar, se pasará a explicar qué son los refuerzos positivos y por qué se debe reforzar. Como ejemplos de refuerzos positivos podrían ser las alabanzas, prestar atención y el contacto físico. Hay que dejar claro que es muy importante utilizar este tipo de refuerzos inmediatamente después de la conducta positiva de su hijo. Por otro lado, habrá que explicar a los padres que para cambiar la conducta negativa de su hijo hay que empezar aumentando las conductas positivas y esto solo se consigue utilizando al principio los refuerzos positivos y no focalizarse tanto en las conductas negativas. Además, tienen que entender que, aunque estén utilizando los refuerzos positivos, las conductas negativas se van a seguir dando. Para que no haya dudas, se les puede poner el siguiente ejemplo:
 - a. Situación: Madre apaga la tele.
 - b. Hijo: Mamá, ¿Puedes volver a encender la tele por favor?
 - c. Madre: Muy bien por esos modales (alabanza), te dejo 10 minutos más.
3. Qué son los autorregistros: Una vez se ha explicado qué son los refuerzos, se pasará a explicar en qué consisten los autorregistros. Para que entiendan qué deben registrar, el terapeuta podrá poner ejemplos tanto de conductas positivas como de negativas. Para la siguiente sesión se les pedirá a los padres que traigan un autorregistro (anexo 9) donde deberán de registrar tanto las conductas positivas como las negativas de sus hijos.

4. Recomendaciones generales: Al final de la sesión se les proporcionará una hoja con algunas recomendaciones generales que en las próximas sesiones se verán con más detalle (ver anexo 10).

Materiales. anexo 7, anexo 8, anexo 9 y anexo 10.

Sesión 1 (niños). Presentación y psicoeducación

Objetivos. Que los niños se conozcan y hacer psicoeducación del TDAH.

Descripción.

1. Presentación. En primer lugar, los niños se presentarán y para ello se sentarán en un círculo en el suelo e irán pasándose una pelota. Quien tenga la pelota deberá decir su nombre y tirar 3 veces el dado (ver anexo 11) donde en cada cara de este habrá una palabra escrita y dependiendo de lo que ponga tendrá que decir qué es lo que le gusta. Ejemplo: tiro el dado la primera vez y me sale comida, pues tengo que decir mi comida favorita. Así hasta haber lanzado el dado 3 veces.
2. Psicoeducación. Para explicarles por qué tienen que venir a sesión y qué es el TDAH, primero se les pondrá el siguiente vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=0iTh6UFJOaQ> (hasta el minuto 2).

Una vez visualizado el vídeo, se les hará preguntas para que contesten de forma oral.

Ejemplos:

- a. ¿Quién se ha sentido identificado con Pablo?
- b. ¿A quién le pasa igual que a Pablo?

Posteriormente, se les explica qué es el TDAH de forma clara y concisa para que lo puedan entender sin problemas. Un ejemplo puede ser:

“Lo que le pasa a Pablo es que tiene TDAH al igual que vosotros. Los niños con TDAH tienen dificultades para expresar sus sentimientos y muchas veces no saben controlar sus enfados y no por eso son niños malos”. Otras formas de que entiendan qué es el TDAH es ponerles ejemplos acerca de los síntomas nucleares: “¿A que la mayoría de las veces notáis que no podéis estaros quietos?” o “¿A que a veces os enfadáis mucho cuando algo no os gusta?”

El menor debe ser consciente de su problema para así poder dar una explicación a lo que le ocurre y le será más fácil emplear las estrategias que se le enseñarán en las siguientes sesiones.

3. Jugar a un juego el tiempo que sobre de sesión.

Materiales. anexo 11 y vídeo

Sesión 2 (padres). Mantenimiento de conductas

Objetivos. Que los padres entiendan por qué se mantiene la conducta de su hijo y aprender a utilizar una economía de fichas.

Descripción.

1. Breve repaso de la sesión anterior.
2. Hay que explicar a los padres el motivo por el cual una conducta de su hijo se mantiene. Se puede utilizar el anexo 12 para ello. Es muy importante que lo tengan claro ya que de esta manera podrán dar explicaciones a los comportamientos de sus hijos. Además, sería conveniente utilizar el autorregistro de la semana pasada para poner ejemplos de por qué cada una de las conductas registradas se mantienen.
3. Explicar qué es una economía de fichas y cómo usarla. Al principio del uso de este sistema se recomienda utilizarlo únicamente para premiar las conductas positivas. Para que se hagan una idea, se les puede ofrecer una economía de fichas ya hecha (ver anexo 13) o pueden diseñar una propia. Se recomienda que diseñen la economía de fichas en sesión para que el terapeuta pueda supervisarla. Además, los padres pueden visualizar el siguiente vídeo en casa por si les surgen dudas acerca de esta técnica: <https://www.youtube.com/watch?v=nRGhIrlLge0>
4. Explicar la importancia de tener un momento agradable con su hijo. Esto consiste en pasar tiempo con su hijo haciendo lo que más les guste o haciendo cosas que hagan sentir bien a todos. En este caso, ya que en la sesión 2 de sus hijos estos van a aprender a usar técnicas de relajación, se les puede enseñar también a los padres cómo llevar a cabo una correcta relajación (ver anexo 14) para que puedan practicar juntos en casa y pasar un momento agradable. También tienen la opción de poner unos vídeos donde la relajación viene guiada (ver sesión 2 de niños). De esta forma, podrán aprovechar y poner en la economía fichas que una conducta a premiar sea hacer relajación en casa.
5. Con el tiempo que sobre, los padres podrán expresar todas aquellas emociones experimentadas durante la semana para que poco a poco puedan entender que esas manifestaciones son normales.

Materiales. anexo 12, anexo 13 y anexo 14

Sesión 2 (niños). Relajación progresiva de Koeppen

Objetivos. Que los niños aprendan a utilizar la técnica de relajación para así poder emplearla en diferentes situaciones.

Descripción.

La sesión estará estructurada en 3 partes: 1. Relajación, 2. Cualquier juego que no requiera demasiado movimiento físico y 3. Relajación.

El terapeuta podrá realizar la relajación de dos formas:

1. Él es quien guía la relajación (anexo 14)
2. Poner los siguientes vídeos donde la relajación está guiada:

<https://www.youtube.com/watch?v=o9uaRmHiAwc> (para la primera parte de relajación de la sesión)

https://www.youtube.com/watch?v=_9y2sKXDrr0 (para la última parte de relajación, después del juego)

En el anexo 15 se ofrece una serie de recomendaciones para si el terapeuta decide hacer de guía en la relajación.

Como tareas para casa, todas las semanas deberán registrar aquellos momentos en los que hayan realizado la relajación para así comparar cómo se sentían antes y después (ver anexo 16).

Materiales. vídeos, anexo 14, anexo 15 y anexo 16

Sesión 3 (padres). Regulación emocional (1) y habilidades de comunicación

Objetivos. Que los padres aprendan a utilizar estrategias de regulación emocional ante situaciones estresantes y favorecer la comunicación familiar.

Descripción.

1. Revisar los autorregistros de la anterior semana y comentarlos.
2. A partir de sus autorregistros, el terapeuta puede poner ejemplos de qué estrategias de regulación emocional podrían haber usado en cada situación. Además, el terapeuta les propone ejemplos de estrategias de regulación emocional (ver anexo 17).
3. Posteriormente, el terapeuta les ofrece unas hojas con estrategias para una buena comunicación familiar (ver anexo 18) y se leerán en voz alta para poder aclarar dudas y otras pocas estrategias que podrán leer en casa sobre qué hacer para sentirse mejor (ver anexo 19).
4. Con el tiempo que sobre, expresión emocional como en la sesión anterior. El terapeuta puede hacer preguntas como: ¿Cómo se han sentido durante la semana?, ¿y después de esta sesión?

Materiales. anexo 18 y anexo 19

Sesión 3 (niños). Conciencia emocional

Objetivos. Que los niños aprendan a identificar y a dar una explicación a las emociones tanto propias como ajenas.

Descripción.

1. Hacer relajación y comentar los registros de relajación de esa semana.
2. Jugar a los siguientes juegos para trabajar las emociones:
 - El caza emociones
 - Emocionario
 - El saco emocional

Cada juego está explicado de forma detallada en el anexo 20.

Sesión 4 (padres). Manejo de conductas I

Objetivos. Que entiendan la importancia de establecer límites y aprendan a hacer extinción ante conductas inapropiadas.

Descripción.

1. Revisar los autorregistros de la semana y comentar.
2. Explicar por qué es importante la disciplina en su hijo y el establecimiento de unos límites. El terapeuta les ofrecerá una serie de técnicas de disciplina basadas en límites para prevenir posibles infracciones de reglas y se irán comentando de una en una poniendo ejemplos (ver anexo 21).
3. Explicar cómo hacer extinción en su hijo. El terapeuta puede poner ejemplos a partir de los autorregistros y comentarles cuándo y cómo podrían haber utilizado la técnica. También pueden visualizar el siguiente vídeo como ejemplo de extinción: https://www.youtube.com/watch?v=UIsH_pk5Asc
En el anexo 22 se explica cómo influye la manera de reaccionar los padres dependiendo del comportamiento de su hijo. Además, hay que recordar a los padres que no dejen de utilizar el refuerzo positivo.
4. Estrategias de regulación emocional. En el anexo 23 se explica cómo llevar a cabo esta parte de la sesión.
5. Con el tiempo sobrante, momento de expresión emocional.

Materiales. anexo 21, anexo 22 y anexo 23

Sesión 4 (niños). Regulación emocional I

Objetivos. Entrenar a los niños en estrategias de regulación emocional.

Descripción.

1. Hacer relajación y comentar los registros de relajación de esa semana.
2. Introducción a la autorregulación: autoinstrucciones, autoobservación y autoevaluación.
Cada una de estas técnicas están explicadas en el anexo 24.
3. Finalizar la sesión con un juego

Materiales. anexo 24 y colores.

Sesión 5 (padres). Manejo de conductas II

Objetivos. Explicar los distintos tipos de castigos y cómo y cuándo emplearlos.

Descripción.

1. Revisar los autorregistros de la semana y comentar.
2. Explicar las siguientes técnicas de castigo:
 - Sobrecorrección
 - Coste de respuesta
 - Tiempo fuera

Cada una de estas técnicas están explicadas en el anexo 25.

Una forma de que el menor se comprometa al cumplimiento de normas y a que conozca perfectamente las consecuencias que conllevan el incumplimiento de estas es utilizando los contratos de conducta entre padres e hijos (ver anexo 26).

A partir de esta sesión hacer que solo registren las conductas negativas para no cargar a los padres con demasiados registros.

3. Con el tiempo que sobre para terminar, expresión emocional al igual que en las sesiones anteriores.

Materiales. anexo 25 y anexo 26

Sesión 5 (niños). Regulación emocional II

Objetivos. Que aprendan más técnicas de regulación emocional

Descripción.

1. Hacer relajación y comentar los registros de relajación de esa semana.
2. Repaso de las técnicas de autorregulación de la semana anterior.
3. Introducción a nuevas técnicas de regulación emocional:
 - Técnica de la tortuga

- La rueda de las soluciones
- Semáforo emocional
- Termómetro emocional

Cada una de estas técnicas están explicadas en el anexo 27

4. Si sobra tiempo, terminar con algún juego.

Materiales. anexo 27

Sesión 6 (padres). Comunicación con profesores

Objetivos. Que los padres se comuniquen con los profesores para hablar de las necesidades de sus hijos en el aula y que realicen su propio ‘kit’ de estrategias de regulación emocional.

Descripción.

1. Revisar los autorregistros de la semana y comentar.
2. Explicar a lo padres que, si es posible, deben ponerse en contacto con los profesores de sus hijos para hablar de los posibles problemas que puede presentar el menor en clase (ver anexo 28).
3. Aprovechando los autorregistros que llevan hasta ahora, pueden hacer un “kit” personalizado en el que escriban todas aquellas estrategias de regulación emocional que hayan usado y que mejor les haya venido ante las conductas negativas de sus hijos (ver anexo 29)
4. Expresión emocional como en las anteriores sesiones.

Materiales. anexo 28 y anexo 29

Sesión 6 (niños). Resolución de problemas y habilidades sociales

Objetivos. Ofrecer estrategias de resolución de problemas y de habilidades sociales.

Descripción.

1. Relajación y comentar los registros de relajación de esa semana.
2. Repaso de las técnicas aprendidas en la sesión anterior.
3. Juego basado en la resolución de problemas.
4. Juego basado habilidades sociales.

Cada uno de estos juegos están explicados en el anexo 30.

Materiales. anexo 30

Sesión 7 (padres). Repasamos lo aprendido

Objetivos. Hacer un repaso general de todo lo aprendido y aclarar dudas.

Descripción.

1. Repasar la materia del programa y aclarar dudas (ver anexo 31).
2. Repasar la hoja que rellenaron en la sesión 0 acerca de las conductas positivas y negativas de su hijo/a (ver anexo 6) y ver qué se ha conseguido.

Materiales. anexo 31 y anexo 6

Sesión 7 (niños). Repasamos lo aprendido y nos despedimos

Objetivos. Repasar todo lo aprendido durante el programa en forma de juegos.

Descripción.

1. Relajación y comentar los registros de relajación de esa semana.
2. Jugar a los siguientes juegos para repasar todo lo aprendido:
 - ¡Atrévete a adivinar!
 - Los globos sorpresa

Cada uno de estos juegos están explicados en el anexo 32.

Materiales. anexo 32

Fase 3. Reevaluación.

En la sesión 7 de los padres, estos se volverán a llevar el cuestionario SENA a casa para que lo rellenen tanto ellos, como sus hijos y los profesores. Podrán devolverlos escaneados o en persona, como prefieran.

Fase 4. Seguimiento.

Hay que hacer un seguimiento una vez pasados dos meses desde que finalizó el programa y para ello se enviará un email con el SENA a las familias y profesores para que lo vuelvan a cumplimentar.

Calendario de actividades

Haciendo referencia al inicio del programa, lo apropiado sería empezar en octubre o noviembre. Con ello se quiere evitar coincidir con el inicio de las clases dado que es una época que suele causar bastante estrés tanto a los padres como a sus hijos debido a las nuevas rutinas de después del verano. El programa se muestra flexible en cuanto a su inicio, es decir, que se empiece en octubre o noviembre dependerá de la disponibilidad de las familias y, por lo tanto, la finalización dependerá de ello también. El programa también es flexible en cuanto a los días de las sesiones ya que se consultará previamente la disponibilidad de las familias y se podrá hacer distintos grupos si fuese necesario. Lo que sí es un requisito del programa es que deberán ser de tardes y que, como ya se ha explicado anteriormente, los padres acudirán a la primera sesión de la semana y sus hijos a la segunda, por ejemplo: los martes acuden a sesión los padres y los jueves sus hijos.

Tabla 1.

Calendario de sesiones. Elaboración propia.

| Número de la semana | Padres | Hijos |
|----------------------------|---|---|
| Semana 1 | <i>Sesión 0:</i> Presentación y evaluación inicial | |
| Semana 2 | <i>Sesión 1:</i> Psicoeducación del TDAH, aprender a reforzar y autorregistros | <i>Sesión 1:</i> Presentación y psicoeducación del TDAH |
| Semana 3 | <i>Sesión 2:</i> Por qué se mantiene la conducta de mi hijo, economía de fichas y momentos agradables | <i>Sesión 2:</i> Relajación progresiva de Koeppen |
| Semana 4 | <i>Sesión 3:</i> Regulación emocional (1) y habilidades de comunicación | <i>Sesión 3:</i> Conciencia emocional |
| Semana 5 | <i>Sesión 4:</i> Manejo de conductas I | <i>Sesión 4:</i> Regulación emocional I |
| Semana 6 | <i>Sesión 5:</i> Manejo de conductas II | <i>Sesión 5:</i> Regulación emocional II |
| Semana 7 | <i>Sesión 6:</i> Comunicación con los profesores | <i>Sesión 6:</i> Resolución de problemas y habilidades sociales |
| Semana 8 | <i>Sesión 7:</i> Repaso de lo aprendido | <i>Sesión 7:</i> Repaso de lo aprendido y nos despedimos |

Delimitación de recursos

Los recursos que se requerirán para llevar a cabo el programa serán personales y materiales. En relación con los recursos personales, únicamente se necesitará un terapeuta que lleve a cabo las sesiones y, en cuanto a los recursos materiales, teniendo en cuenta que el máximo de personas en las sesiones de los padres puede llegar a 11 y en la de los menores a 6, se necesitarán los siguientes materiales:

Materiales que se asumen que no será necesario comprar: ordenador, pizarra, impresora, altavoces, proyector (mejor si hay, pero no es necesario), sala o aula espaciosa, sillas (11 para las sesiones de los padres y 6 para la de los menores).

Tabla 2.

Materiales para el programa. Elaboración propia.

| Materiales que comprar | Unidades | Precio total |
|-------------------------------|-----------------|--|
| Colores | 1 pack | 3,85 € |
| Folios | 1 pack | 3,99 € |
| Post-its | 1 pack | 3,55 € |
| Bolígrafos | 6 | 1,80 € |
| Lápices | 6 | 3,36 € |
| Matamoscas | 1 | 0,23 € |
| Velcro | 1 pack | 0,95 € |
| Sacos o bolsas vacías | 5 | Sacos: 1,75 € Bolsas: 0,95 € |
| Tijeras | 5 | 2,5 € |
| Pulsador o tótem | 1 | Pulsador: 8,34 € Tótem: 4,23 € |
| Dados | 1 | 0,63 € |
| | | Total sumando los precios más altos: 30,95 € |
| | | Total sumando los precios más bajos: 26,04 € |

En cuanto al coste final del psicólogo, lo máximo que puede llegar a ganar el psicólogo son 350€ en el caso de que las sesiones estuvieran formadas por el máximo de familias que puede abarcar el programa. De todas formas, este es un precio aproximado ya que variará según el número total de familias.

Análisis de su viabilidad

El programa presenta una elevada viabilidad dado que los recursos de los que precisa son de bajo coste para el terapeuta que quiera aplicarlo. Además, este coste se deberá asumir la primera vez que se aplica el programa ya que en las siguientes ocasiones ya se dispondrá de dicho material.

Algunos de los recursos que podrían aumentar el coste del programa son los electrónicos, pero la mayoría de los centros presentan este tipo de materiales. Por este motivo, para poder llevar a cabo el programa, no se requiere comprar ningún tipo de material demasiado caro.

Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final

El primer paso para poder empezar el programa es administrar el cuestionario “Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes” (Fernández-Pinto et al., 2015), también conocido como SENA, a padres, hijos y profesores para poder recoger la intensidad de los síntomas antes de llevar a cabo la intervención. El cuestionario SENA es una herramienta con la que se puede detectar un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta en menores que van desde los 3 hasta los 18 años. De esta forma, el SENA cuenta con un total de 9 cuestionarios dirigidos a tres niveles de edad (Infantil, Primaria y Secundaria) y con cuestionarios específicos para recoger información de los principales contextos en los que se desenvuelve el menor (cuestionarios para la familia y para la escuela). Todos estos diferentes modelos de cuestionario permiten evaluar un amplio conjunto de aspectos a partir de tres bloques de escalas con las que se puede valorar los siguientes problemas: depresión, hiperactividad-impulsividad, de control de la ira, familiares, en la escuela, de regulación emocional, entre otros (ver anexo 33).

En relación con los aspectos psicométricos del cuestionario, Sánchez-Sánchez, Fernández-Pinto, Santamaría, Carrasco y del Barrio (2016), realizaron un estudio en el que los valores del coeficiente alfa obtenidos de las escalas del SENA se localizaban por encima de .70 en la mayoría de los casos y por encima de .80 también en gran medida. En cuanto a aquellas escalas que tratan de recoger los principales problemas emocionales y de conducta, fueron generalmente superiores a .80 y frecuentemente superiores a .90. A partir de estos resultados se puede concluir que la fiabilidad del cuestionario SENA es adecuada y aporta información de manera eficaz acerca de los problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes.

Por otro lado, para llevar a cabo la evaluación, también se emplearán instrumentos de construcción propia. Estos son los autorregistros de conducta, que serán rellenados todas las semanas por los padres y que proporcionan información cualitativa acerca de la intensidad y frecuencia de las conductas del menor, los autorregistros de relajación para que los menores puedan comparar cómo se sentían antes y después de realizar la técnica y cuestionarios de satisfacción semanales para padres (ver anexo 34). En el caso de los menores, el terapeuta les hará preguntas sencillas en voz alta al final de cada sesión para saber si se lo han pasado bien y qué actividad es la que más les ha gustado.

En conclusión, se utiliza el cuestionario SENA para la primera evaluación, para la reevaluación y para la evaluación continua. Mientras que, los autorregistros, se irán cumplimentando durante todo el periodo de duración del programa.

Conclusiones

En definitiva, tal y como se ha especificado en la introducción, el TDAH está presente en un 5% de los menores y en un 2'5% de los adultos. Además, también se ha comprobado que entre un 50 y un 85% de los menores con TDAH cumple criterios de otro trastorno psiquiátrico donde, muchos de estos tienen en común que pueden causar problemas emocionales y de conducta, al igual que por el simple hecho de tener TDAH (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, Barkley (1982) refiere que el principal déficit en los menores con TDAH se encuentra en el autocontrol, déficit que se manifiesta en forma de problemas conductuales. Además, también son varios los estudios que señalan la desregulación emocional que presentan estos menores ya sea a causa de los trastornos comórbidos o por el propio TDAH.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo que indica la evidencia acerca de los problemas presentes en estos menores, he decidido que el presente programa tenga un componente de modificación de conducta ya que se considera que uno de los problemas más evidentes en estos menores son de este tipo y, por otro lado, teniendo en cuenta que la evidencia también señala la elevada probabilidad de que un menor con TDAH tenga problemas de regulación emocional, he incluido otro componente en el programa para trabajar este aspecto.

Existe una serie de programas para trabajar el TDAH. Entre estos podemos encontrar el de EMPECEMOS o el de Barkley (1997), que están dirigidos únicamente a padres y con el objetivo de trabajar las conductas disruptivas de sus hijos. Otro programa es el de PSICOHAEM/VAR, donde el módulo PSICOHAEM está dirigido a padres cuyo objetivo es trabajar con estos las conductas disruptivas de sus hijos, mientras que el módulo VAR, está dirigido a los menores con el objetivo de favorecer las habilidades de planificación, organización de tareas y habilidades cognitivas.

El programa desarrollado en el presente trabajo incluye tanto a padres como a hijos, donde la intervención en padres está dirigida al entrenamiento en la modificación de conducta de sus hijos dado que es un componente esencial en la intervención de estos menores y, por otro lado, también se incluye un componente de regulación emocional ya que se ha visto que los padres de estos niños pueden llegar a experimentar altos niveles de estrés y ansiedad. Asimismo, la

intervención dirigida a los menores tiene como principal objetivo el entrenamiento en estrategias de regulación emocional, donde de forma indirecta también se trabajarán los comportamientos negativos que presentan. En conclusión, como se ha podido observar en los programas nombrados anteriormente, solo el programa PSICOHAEM/VAR presenta un componente de regulación emocional, aunque la intervención en este aspecto es muy superficial. Por este mismo motivo se ha considerado importante incluir en el presente programa un único bloque para los menores en el que se trabaje la regulación emocional.

Otras de las novedades que aporta el programa a diferencia del resto es que está diseñado de forma que las sesiones están intercaladas para que tanto padres e hijos estén trabajando prácticamente lo mismo a la misma vez de modo que favorezca el aprendizaje de lo visto en sesión. Además, ya que la evidencia indica que el colegio toma un papel importante en la intervención de estos menores, se ha considerado relevante incluir pautas a los profesores para poder favorecer el pronóstico del trastorno.

En cuanto a las limitaciones que puede presentar el programa, una de ellas puede ser que, al ser en formato grupal, cada niño tiene unos gustos y puede complicar al terapeuta la adaptación de los materiales. A pesar de ello, se ha tratado de subsanar esta limitación recabando esta información a través de los padres, aunque es verdad que no siempre se podrá adaptar los materiales a gusto de todos los menores, pero sí en la mayor medida posible. Otra de las limitaciones que puede presentar el programa es su estructura, ya que se recomienda que la primera sesión de la semana sea siempre para los padres. Esto puede ser una limitación dado que puede que algunos padres no puedan adaptarse a este horario, aunque, en el caso de que el número de familias en esta misma situación fuese elevado, se valoraría la opción de distribuir el programa de forma que primero asistirían solo los padres y, posteriormente, cuando estos finalizaran sus 8 sesiones, se empezaría con sus hijos. De esta forma la duración del programa se alargaría en el tiempo y padres e hijos no trabajarían los mismos componentes a la vez.

En definitiva, los aspectos que presenta el programa que hacen que sea novedoso en comparación al resto son: trabajar con padres, hijos y profesores; la combinación de las sesiones para aumentar el aprendizaje de ambos; y un bloque dirigido únicamente a la regulación emocional de los menores. A partir de estos beneficios se ha tratado de crear un programa que consiga ofrecer una adecuada intervención mediante los siguientes objetivos: entrenar a padres en técnicas de modificación de conducta y ofrecer las mejores estrategias de regulación emocional a los menores.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1982). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Barkley, R. A. (2005). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3.^a ed. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2008). *El manejo del TDAH en el aula: estrategias para el éxito*. En L. Rojas, M. Lázaro y M. del Fresno (eds.), *Hiperactivos, Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela* (pp. 38-64). Madrid: Lo que no existe.
- Barkley, R. A. (2010). Deficient emotional self-regulation: A core component of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5–37.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, M. y Gail, M. (1999). Predictive Power of Frontal Lobe Test in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Clinical Neuropsychologist*, 13 (1), 12-21
- Barkley, R.A. (1997). *Defiant Children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Bastardas, J., Ortiz, J. J., Sánchez, V., y Sabaté, J. (2015). Diagnóstico del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 69-74
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., ... y Spencer, T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in

psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of general psychiatry*, 49(9), 728-738.

Bunford, N., Evans, S. W., y Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical child and family psychology review*, 18(3), 185-217.

Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32, 79-98.

Camp, B.W., y Bash, M. (1981). *Habilidades cognitivas y sociales en la infancia. Piensa en voz alta: Un programa de resolución de problemas para niños*. Valencia: Promolibro. CINTECO.

Casas, A. M., y Ferrer, M. S. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Informació psicològica*, (100), 100-114.

Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Saint-Gerons, D. M., ... y Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 12(7).

Cortese, S., Faraone, S. V., Bernardi, S., Wang, S., y Blanco, C. (2016). Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of clinical psychiatry*, 77(4), e421-8.

Cunill, R., y Castells, X. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medicina Clínica*, 144(8), 370-375.

De Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 137-146). Madrid: Pirámide.

- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación. Madrid: TEA Ediciones
- García, R., Soriano, M. y Roselló, B. (2011). Evaluación de niños con TDAH centrada en los contextos de desarrollo. En A. Miranda (Eds.), *Manual práctico de TDAH* (pp.53-72). Madrid: Síntesis.
- Grau, D., Miranda, A. y Soriano, M. (2011). Intervención en TDAH en el contexto familiar. En A. Miranda (Eds.), *Manual práctico de TDAH* (pp.131-143). Madrid: Síntesis.
- Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)
- Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. y Gracia, R. (2002). Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev. Psiquiatría: Infanto-Juv.*, 19 (1), 82-88.
- Jensen, P. S., Martin, D. y Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSMIV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1065-1079.
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Demler, O., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.

- Kitchens, S. A., Rosen, L. A. y Braaten, E. B. (1999). Differences in anger, aggression, depression, and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of Attention Disorders*, 3, 77-83.
- Krull, K. R. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Overview of treatment and prognosis. *UpToDate*. Agustyn M, Torchia MM (Eds), *UpToDate*, Waltham MA. Accessed on April, 29.
- López-Soler, C. (2004). Programa PSICOHAEM-VAR. Tratamiento del Comportamiento Perturbador. *IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud*. 29 de noviembre-3 de diciembre. FES Iztacala, México.
- López-Villalobos, J. A., López-Sánchez, M. V., y Andrés, J. (2019). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Revisión del tratamiento psicológico.
- López, C., Alcántara, M., Belchí, A. I. y Romero, A. (2013). Estado actual del tratamiento del TDAH y otros trastornos del comportamiento. C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 171-208). Madrid: Pirámide.
- López, C., Alcántara, M., Castro, M., Belchí, A. I. y Romero, A. (2013). Evaluación psicológica. C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 133-169). Madrid: Pirámide.
- López, C., Alcántara, M., Romero, A. y Belchí, A. I. (2013). Etiología. C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 73-96). Madrid: Pirámide.
- López, C., Castro, M., Fernández, V. y Romero, A. (2013). Características cognitivo-emocionales y procesos psicológicos implicados. C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 45-70). Madrid: Pirámide.

- López, C., Romero, A., Castro, M. y Alcántara, M., (2013). Programa de intervención con padres (bloque PSICOHAEM). C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 215-251). Madrid: Pirámide.
- Marco, R., Grau, D. y Presentación, M. J. (2011). El curso evolutivo de las personas con TDAH. En A. Miranda (Eds.), *Manual práctico de TDAH* (pp.33-52). Madrid: Síntesis.
- Martínez-Martín, N., Albaladejo Gutiérrez, E. F., Espín Jaime, J. C., Güerre Lobera, M. J., Sánchez-García, J., y Jiménez Hernández, J. L. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 62-68.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544-554.
- Medina, A. R., y Soler, C. L. (2013). *Tdah y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia*. Ediciones Pirámide.
- Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Informació psicològica*, (100), 100-114.
- Miranda, A., Grau, D., Meliá, A. y Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46, 43-46.
- Miranda, A., Presentación, M. J., García, R. y Siegenthaler, R. (2009). Intervention with students with ADhD. Analysis of the effects of a multi-component, multi-contextualized program on academic and socio-emotional adjustment. En T. E. scruggs and M. Mastropieri (Eds), *Advances In Behavioral And Learning Disabilities* (Vol., 22). Boston: Emerald JAI Press.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline.
- Navarro, M. I., y García-Villamizar, D. A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36.
- Nicolau, R. y García-Giral, M. (2002). Terapia cognitivo conductual. Trastorno de déficit de atención. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 19, 88-94.
- Pauls, D. L. (1991). Genetic factors in the expression of attention-deficity hyperactivity disorder. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 1, 353-360.
- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive Functions and Developmental Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Pinto, V., Presentación, M. J., García, R. y Miranda, A. (2011). Intervención en los problemas socioemocionales de los niños con TDAH. En A. Miranda (Eds.), *Manual práctico de TDAH* (pp.111-129). Madrid: Síntesis.
- Portellano, J. A. y Zumárraga, L. (2009). *ENFEN. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Quintero, J. y Castaño, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*. *VXIII* (9), 600-608
- Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A. y Robles, Z. (2013). *EmPeCemos: programa para la intervención en los problemas de conducta infantiles: manual para el entrenamiento de padres y madres*. Madrid: Tea.
- Sánchez-Sánchez, F., Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Carrasco, M. A., y del Barrio, V. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23-34.

- Siegenthaler, R. y Marco, R. (2011). Conceptualización del TDAH. En A. Miranda (Eds.), *Manual práctico de TDAH* (pp.15-32). Madrid: Síntesis.
- Soriano, M., Pinto, V. y Siegenthaler, R. (2011). Intervención en el rendimiento escolar de los niños con TDAH. En A. Miranda (Eds.), *Manual práctico de TDAH* (pp.91-109). Madrid: Síntesis.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Trujillo, N. y Pineda, D. A. (2008). Función ejecutiva en la investigación de los trastornos del comportamiento del niño y del adolescente. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, 1, 77-94.
- Vázquez-Justo, E., Piñón, A., y Fernandes, S. M. (2017). Alteraciones neuropsicológicas, neuroanatómicas y neurofisiológicas en el TDAH.
- Webster-Strattom, C., Reid, J., y Hammond, M. (2001). social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 943-952.
- Ygual, A. (2011). Intervención en el lenguaje y la comunicación de los niños con TDAH. En A. Miranda (Eds.), *Manual práctico de TDAH* (pp.73-90). Madrid: Síntesis.

ANEXOS

Anexo 1. Definiciones y enfoques del TDAH hasta la actualidad (Material de elaboración propia)

| Año | Autor | Referencia |
|------|--------------------|--|
| 1798 | Alexander Crichton | Mental restlessness |
| 1867 | Maudsley | Perturbaciones conductuales |
| 1877 | Ireland | Perturbaciones conductuales |
| 1897 | Bourneville | Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia |
| 1899 | Clouston | Perturbaciones conductuales |
| 1901 | Demoor | Corea mental |
| 1902 | Still | Defecto del control moral |
| 1905 | Boncour | Escolar inestable |
| 1908 | Tredgold | Enfermedad neuropática |
| 1909 | Dupré | Manifestación de un desequilibrio motor congénito |
| 1913 | Durot | Pionero en diferenciar síntoma y síndrome |
| 1914 | Heuyer | La hiperactividad como síndrome |
| 1922 | Hoffman | Secuelas de la encefalitis letárgica |
| 1930 | Kramer y Pollnow | Trastorno Hipercinético |

| | | |
|------|----------------------------|--|
| 1934 | Kahn y Cohen | Síndrome de impulsividad orgánica |
| 1936 | Blau | Lesiones en el lóbulo frontal |
| 1938 | Levin | Lesiones en el lóbulo frontal |
| 1947 | Strauss y Lehtinen | Síndrome de daño cerebral mínimo |
| 1956 | Hoff | Trastorno Hipercinético |
| 1957 | Laufer, Denhoff y Solomons | Déficit en el área talámica del SNC |
| 1960 | Chess | Trastorno Hipercinético |
| 1968 | DSM-II | Reacción Hipercinética de la infancia |
| 1972 | Douglas | Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad |
| 1975 | CIE-9 | Trastorno Hipercinético de la infancia |
| 1980 | DSM-III | Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad |
| 1987 | DSM-III-TR | Déficit de Atención con Hiperactividad |
| 1992 | CIE-10 | Trastorno de la Actividad y de la Atención |
| 1994 | DSM-IV | TDAH |
| 2013 | DSM-5 | TDAH |

Anexo 2. Criterios diagnósticos del DSM-5 (Material de elaboración propia, extraído del DSM-5)

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
 - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
 - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
 - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
 - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos). Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
 - f. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
 - g. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados). Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias;
-

en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades). Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
-

Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Anexo 3. Trastornos comórbidos con el TDAH (Material de elaboración propia)

| TRASTORNOS COMÓRBIDOS AL TDAH | |
|---|---|
| Trastorno Negativista Desafiante | Presente en la mitad de los niños con presentación combinada y alrededor de una cuarta parte en niños y adolescentes donde la inatención es predominante. |
| Trastorno de conducta | Presente en una cuarta parte de niños adolescentes con presentación combinada. |
| Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo | Una gran parte de niños y adolescentes con este trastorno muestran síntomas de TDAH, mientras que al contrario el porcentaje de niños es menor. |
| Trastorno específico del aprendizaje | Concurre frecuentemente con el TDAH. |
| Trastornos de ansiedad y trastorno de presión mayor | Presentes en una minoría de individuos con TDAH, pero con más frecuencia que en la población general. |
| Trastorno explosivo intermitente | Presente en una minoría de adultos con TDAH, pero con niveles más altos de los que presenta la población general. |
| Trastornos por consumo de sustancia | Estos trastornos están presentes en una minoría de adultos con TDAH, pero a mayores niveles que en la población general. |
| Trastornos de personalidad | Los trastornos de la personalidad pueden concurrir con el TDAH, especialmente el trastorno antisocial. |
| Otros trastornos que pueden concurrir con el TDAH: | El trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de tics y el trastorno del espectro autista. |

Anexo 4. Pruebas para la evaluación del TDAH (Material de elaboración propia)

| ¿A quién va dirigido? | ¿Qué se quiere evaluar? | Pruebas |
|-----------------------|-------------------------------------|---|
| NIÑOS | Síntomas clínicos del TDAH | Entrevista Estructurada para Niños en Edad Escolar (K-SADS-E) |
| | Autocontrol | Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente (CACIA) Escala de Evaluación de Autocontrol (Kendall y Wilcox, 19979) |
| | Problemas emocionales y de conducta | Cuestionario SENA |
| | Socialización | Batería de Socialización (BAS-3) |
| | Autoconcepto y autoestima | Autoconcepto Forma 5 Cuestionario para la evaluación de la autoestima en Educación Primaria (A.EP) |
| | Ansiedad y/o depresión | Cuestionario de ansiedad infantil (CAS) Cuestionario educativo clínico: Ansiedad y depresión (CECAD) Inventario de Depresión Infantil (CDI) |
| | Desempeño académico | Prueba de Lenguaje Oral Navarra-Revisada (PLON) Peabody: test de vocabulario de imágenes PROLEC-R: evaluación de procesos lectores TEDI-MATH: competencias básicas matemáticas |
| | Atención | Test de caras Perfil atencional del WISC-R Tarea de atención sostenida |
| | Impulsividad | Test de emparejamiento de figuras similares Test de ejecución continua |
| | Control inhibitorio | Tarea Stroop Tarea de Stop |

| | | |
|-------------------|---|---|
| | Organización y planificación | Test trail-making Figura compleja de Rey ENFEN |
| | Memoria de trabajo | Prueba de memoria de conteo Memoria de Frases Subprueba de dígitos WISC-R |
| | Flexibilidad cognitiva | Cartas de Wisconsin |
| PADRES | Síntomas clínicos del TDAH | Entrevista estructurada del DSM-5 Informe Parental de Síntomas Infantiles (PACS) |
| | Conducta de los hijos | Inventario de Conducta Infantil de Achenbach Escala de Valoración de Conners Cuestionario de Conducta Infantil para padres (CCI) Cuestionario SENA |
| | Regulación emocional de sus hijos | Cuestionario SENA |
| | Socialización de sus hijos | Factores positivos de la socialización (ESE-1) Batería de socialización (BAS-2) |
| | Impacto familiar | Cuestionario de Impacto Familiar |
| PROFESORES | Socialización | Factores positivos de la socialización (ESE-2) Batería de socialización (BAS-1) |
| | Síntomas clínicos del TDAH | Evaluación del TDAH (EDAH) Inventario de Problemas en la Escuela (IPE) |
| | Funcionamiento social y relaciones con los compañeros | Cuestionario de Evaluación de las Habilidades Sociales en clase Test Sociométrico |
| | Conducta y regulación emocional | Cuestionario SENA |

Anexo 5. Recoger información específica (Material de elaboración propia)

NOMBRE DE LOS PADRES:

NOMBRE DEL HIJO:

HERMANOS:

¿QUÉ SE QUIERE CONSEGUIR CON EL PROGRAMA?

GUSTOS DE SU HIJO (deportes, superhéroes, famoso...):

Anexo 6. Listado de conductas que se quieren aumentar y disminuir (Material de elaboración propia)

| CONDUCTAS QUE ME GUSTARÍA CAMBIAR DE MI HIJO/A | CONDUCTAS QUE ME GUSTARÍA VER EN MI HIJO/A |
|---|---|
| 1) | 1) |
| 2) | 2) |
| 3) | 3) |
| 4) | 4) |
| 5) | 5) |
| 6) | 6) |

¿Qué es el TDAH?

El TDAH, también llamado *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, es una condición que hace que los niños encuentren mucho más difícil concentrarse, prestar atención, controlar el comportamiento impulsivo y seguir instrucciones que aquellos niños de su misma edad.

¿Cómo se manifiesta?

Los niños con TDAH tal vez presenten uno o ambos de los siguientes síntomas:

- Falta de atención: Dificultad para mantenerse enfocado en una tarea.
- Hiperactividad e impulsividad: Dificultad para mantenerse quieto. Con frecuencia interrumpen, empujan o tienen dificultad para esperar.

¿Quién lo manifiesta?

El TDAH lo puede manifestar tanto los **hombres como las mujeres**. Además, se puede manifestar en la **niñez y permanecer en la adultez** ya que es de naturaleza crónica y los síntomas no disminuyen necesariamente a lo largo del tiempo.

Origen del TDAH

En la actualidad se desconocen las causas directas del TDAH aunque se ha demostrado que casi siempre suele ser **hereditario**. También hay una serie de **factores socioambientales** como, por ejemplo, complicaciones en el parto o el tabaquismo, que pueden contribuir en el desarrollo del trastorno.

Tratamiento

La evidencia indica que el tratamiento más efectivo es la combinación de medicamento y terapia psicológica:

- **Medicación:** Los estimulantes son los más seguros y eficaces, entre ellos, el Metilfenidato.
- **Terapia psicológica:**
 - *Terapia conductual:* El psicólogo entrena a los padres en una serie de estrategias para modificar la conducta de su hijo.
 - *Terapia cognitivo-conductual:* El psicólogo enseña al menor a utilizar unas técnicas que le ayudarán a regular su conducta.

Anexo 8. *Mitos y realidades* (Material de elaboración propia)

| MITO | REALIDAD |
|--|--|
| El TDAH es el resultado de una educación familiar deficiente | No se sabe exactamente qué causa el TDAH. Se sabe que se relaciona con factores genéticos y ambientales. |
| Los niños con TDAH son menos inteligentes | No existe ninguna relación. Hay niños con TDAH con una inteligencia baja, normal y alta. |
| El TDAH solo afecta a la niñez y desaparece en la adolescencia | El TDAH es una condición crónica. Lo que puede ocurrir es que los síntomas disminuyan gracias a las terapias. |
| El TDAH solo afecta a los niños y no a las niñas | Las niñas suelen manifestar los síntomas de otra forma. |
| La medicación del TDAH causa drogadicción en todos los pacientes | Se ha demostrado que no provocan adicción, es más, no tomar medicación eleva la probabilidad de abuso de sustancias. |
| Las personas con TDAH no se esfuerzan porque no quieren | Las personas con TDAH tienen dificultades para concentrarse, no tiene nada que ver con su actitud. |

Anexo 9. Ejemplo de autorregistro (Material de elaboración propia)

| FECHA Y HORA | SITUACIÓN (qué ha ocurrido para que se dé la conducta) | CONDUCTA (cómo se ha comportado su hijo/a) | REACCIÓN DEL ADULTO | REACCIÓN DEL NIÑO |
|---------------------|--|--|----------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Anexo 10. Recomendaciones generales (Material de elaboración propia)

RECOMENDACIONES

- Proporciona a su hijo un estilo de vida ordenado, ayudándole a organizar sus horarios y estableciendo tiempos para el descanso y el ejercicio físico.
- Los deberes deben dividirse en periodos cortos de tiempo, incluyendo descansos y refuerzos de todo aquello que ha logrado.
- Hay que adaptar su aprendizaje a sus capacidades: fomentar actividades en las que destaque y no emplear demasiado tiempo en hacer las cosas que más dificultad le generan.
- Halagar constantemente lo que hace bien, por muy insignificante que parezca.
- Dedicar un tiempo todos los días a compartir con tu hijo cualquier cosa que le guste hacer como, por ejemplo, jugar, contar cuentos o hablar de cómo se siente, qué piensa, qué le preocupa...

- Dejarle claro a su hijo que os preocupáis por él, que le queréis y que confiáis en él.

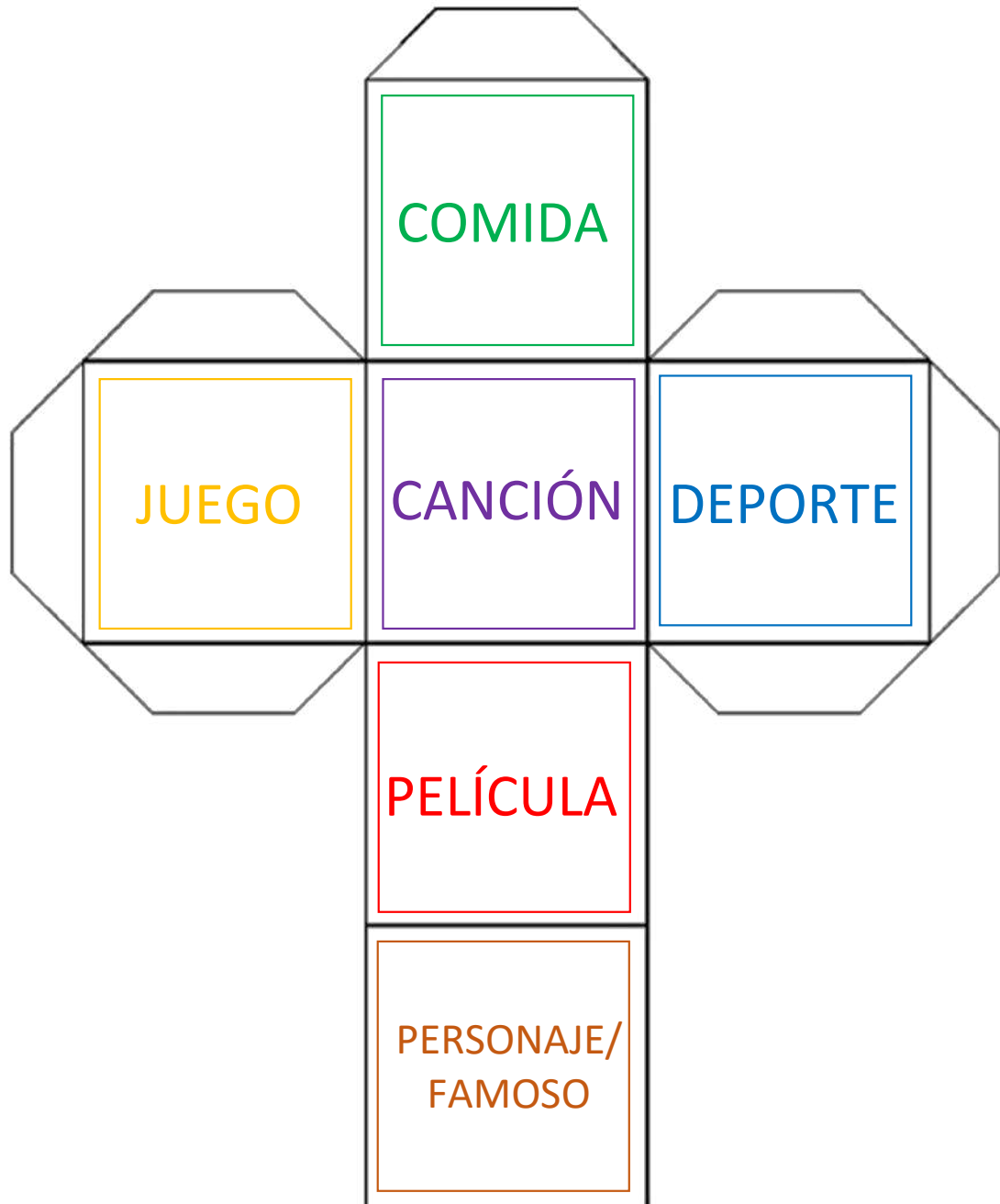
- Mantener el contacto ocular con su hijo durante la comunicación hace que el vínculo padre-hijo sea más potente.

- No se le debe prestar atención cuando su hijo interrumpa. Hay que hacer evidente el momento en el que sí puede intervenir.

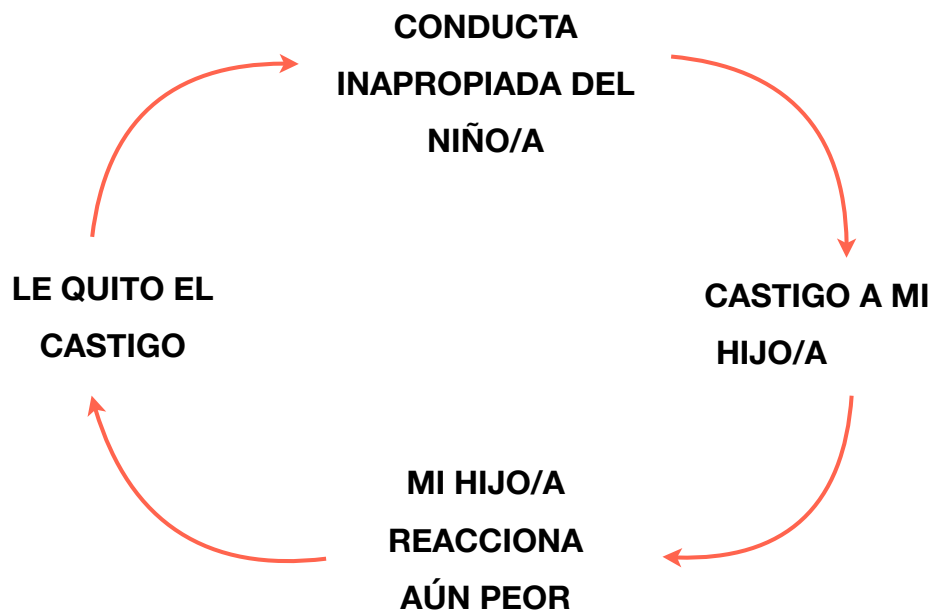
- Las normas deben ser claras y pocas. Muchas veces, cuando un niño no cumple las normas es porque no las comprende o porque las desconoce.

- Cuando se le felicita por un comportamiento, hay que especificar bien la conducta por la que se le ha felicitado de modo que la probabilidad de que vuelva a ocurrir sea mayor.

Anexo 11. *Dado* (Material de elaboración propia)



Anexo 12. Mantenimiento de conductas (Material de elaboración propia)



EJEMPLO:



Anexo 13. Economía de fichas (Material de elaboración propia)

RECOMENDACIONES:

- Asegurarse de que los premios sean lo suficiente motivadores para el menor.
- Que los premios sean alcanzables para el menor.
- Que al menos la primera semana que se utilice la economía de fichas, que todos los días tenga la oportunidad de conseguir un premio (puede ser simplemente pasar 15 minutos más viendo la tele).

| TAREAS | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|---|---|--|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| Hacer relajación con papá y mamá (1 punto) |  |  | | | | | |
| Terminar los deberes que me han mandado (1 punto) | |  | | | | | |
| TOTAL DE PUNTOS | 1 | 2 | | | | | |
| PREMIOS | Ver la tele 15 minutos más de lo habitual (se necesita 1 punto) | Comer postre después de cenar (se necesita 1 punto) | Jugar al juego que me gusta 10 minutos más (se necesita 1 punto) | Comer 3 cuches (se necesita 1 punto) | Elegir qué puedo cenar (se necesitan 2 puntos) | Ir al cine (se necesitan 2 puntos) | Salir a jugar al parque (se necesitan 2 puntos) |

Anexo 14. *Guía relajación* (Material de elaboración propia)

RELAJARSE EN FAMILIA

El juego del limón: para manos y brazos



"Imagina que tienes un limón en tu mano izquierda, tienes que tratar de exprimirlo para sacarle todo el jugo. Concéntrate en tu mano y en tu brazo, en cómo aprietan mientras intentas sacarle todo el zumo, en cómo se tensan. Ahora deja caer el limón. Nota cómo están tus músculos cuando se relajan ..." El proceso se repite tres veces con cada mano.

El gato perezoso: para brazos y hombros.



"Ahora vamos a imaginarnos que somos un gato muy muy perezoso y queremos estirarnos... Estira todo lo que puedas los brazos frente a ti. Ahora levántalos, por encima de tu cabeza, con fuerza llévalos hacia atrás. Nota el tirón tan fuerte que sientes en los hombros. Vamos ahora a dejarlos caer a los lados, que descansen del esfuerzo. Muy bien. ¿Ves qué bien se siente un gatito cuando está relajado? Muy contento y muy a gusto. El ejercicio se repite cinco veces.

Jugando con un chicle enorme: para la mandíbula



"Tienes un chicle enorme, quieres morderlo, masticarlo, comerlo pero es tan grande... Vamos a morderlo con todos los músculos de tu cuello, con tu mandíbula. Apriétalo bien. Siente cómo se mete entre los dientes. Mástícalo fuerte, muy bien, lo estás consiguiendo. Ahora relájate, el chicle ha desaparecido. Deja caer tu mandíbula. Siente como está floja. Tu cuello también está suelto, está relajado". El ejercicio se repite tres veces, con tres `chicles distintos`.



La tortuga que se esconde: para hombros y cuello.

"Ahora eres una tortuga. Estás ahí sentada, sobre una roca, muy a gustito. Relajándote muy tranquila y muy feliz en un lugar fantástico. Hace sol y calor, hay un estanque muy cerca de ti. Te sientes muy cómoda y feliz...De pronto... ¿qué pasa? No lo sabes bien, pero sientes que estás en peligro, sientes miedo. ¡Tienes que esconderte! ¡Mete tu cabeza en el caparazón! Lo haces llevando tus hombros hacia tus orejas, con la cabeza entre los hombros, así, bien escondida, muy protegida. Ya está... no hay peligro, sal de tu caparazón, no tienes nada que temer". El ejercicio se repite tres veces.



Jugamos con nuestro estómago.

"Ahora estás tumbado sobre la hierba, panza arriba, tomando el sol. Estás muy cómodo/a y muy relajado/a. De repente, oyes un pequeño estruendo, son los pasos de algo grande que se dirige hacia ti. Es un elefante, el elefante avanza rápido, velozmente, sin mirar por dónde pisa. Está muy cerca de ti, no tienes tiempo de escapar. La única solución es poner tenso el estómago, tensarlo tanto que parezca de piedra; así cuando el elefante ponga su pie encima de ti estarás protegido. Tensa bien tu estómago, nota como tu estómago se pone duro, realmente duro. Aguanta así, el elefante está a punto de pasar. Mira, parece que ya está apoyando su pie... ¡Vaya!, el elefante ha salido corriendo en otra dirección. Estás a salvo. Ya puedes descansar y relajarte. Deja tu estómago blandito. Lo más blandito y relajado que puedas. ¡Muy bien! Ahora te sientes mucho mejor, relajado y descansado. Siente la diferencia entre el estómago tenso y el estómago relajado, ¿a que ahora te sientes mucho mejor?" El ejercicio se repite dos veces.



La mosca pesada: para cara, nariz y frente.

"Estás sentado, despreocupado, entretenido. De repente, una mosca, una mosca muy molesta ha venido a meterse contigo y se ha posado en tu nariz. Tratas de espantarla pero no puedes usar las manos. Es un poco complicado. Intenta echarla arrugando tu nariz, todo lo que puedas, lo más fuerte posible. ¡Vamos, tú puedes echarla! Fíjate que cuando arrugas tu nariz, las mejillas, la boca y la frente también se arrugan, también se ponen tensos. Hasta tus ojos se tensan..."

Bien, la mosca ya se ha ido, por fin te ha dejado tranquilo. Ya puedes relajar toda tu cara: tu nariz, tus mejillas, tu frente... Tu cara está tranquila, sin una sola arruga. Tú también estás tranquilo y relajado." Repetimos tres veces el proceso.



Caminamos por el barro: para piernas y brazos

"Ya no estamos en un bosque acogedor, nos encontramos en la jungla. Es una jungla peligrosa, pero nosotros somos buenos exploradores y conseguiremos avanzar a través de ella y encontrar la salida. Vamos caminando decididos cuando ¡atención! Hemos encontrado un barrizal, ¿quieres meter tus pies en él? ¡Vamos a ello! Debes empujar con toda la fuerza de tus piernas. Empuja hace adentro. Siente cómo el calor del barro se mete entre tus pies. Empuja fuerte, parece que el barro se hace cada vez más duro, utiliza toda la fuerza de tus piernas. Siente como tus piernas y tus pies están tensos mientras intentan caminar por el lodo. Ahora sal fuera. Deja de ejercer fuerza. Suelta tus piernas y tus pies. Nota como estos están flojos, están relajados. Ya no estás tenso, descansa tranquilo..."El ejercicio se repite dos veces.

RECOMENDACIONES PARA ANTES DE EMPEZAR LA RELAJACIÓN

PREPARAR EL AMBIENTE

- Entrenamiento en sesiones cortas y frecuentes.
- Presentar el entrenamiento en un ambiente lúdico.
- Que el ambiente sea tranquilo y sin interrupciones.
- Tener una silla o sillón confortable: el menor tendrá que sentarse con la cabeza y la espalda rectas y las manos apoyadas en los muslos.
- Retirar cualquier objeto que le pueda molestar (zapatillas, gafas...).
- Se puede poner música relajante.

EL PAPEL DEL TERAPEUTA COMO ENTRENADOR

- Hacer de modelo (que los menores aprendan por imitación).
- Las instrucciones deben darse con una voz suave y pausada.
- Hay que respetar los momentos de silencio para que el niño/a se concentre en la relajación entre tensión y relajación.
- Proporciona contingencias:
 - Refuerza cuando colaboren correctamente.
 - Extingue conductas inapropiadas como risas o comentarios.

Anexo 16. Autorregistros de relajación (Material de elaboración propia)

- 1: Muy tranquilo/a
- 2: Tranquilo/a
- 3: Nervioso/a
- 4: Muy nervioso/a
- 5: Extremadamente nervioso/a

| | ¿CÓMO ME SIENTO ANTES DE HACER RELAJACIÓN? | | | | | ¿CÓMO ME SIENTO DESPUÉS DE HACER RELAJACIÓN? | | | | |
|------------------|--|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| LUNES | | | | | | | | | | |
| MARTES | | | | | | | | | | |
| MIÉRCOLES | | | | | | | | | | |
| JUEVES | | | | | | | | | | |
| VIERNES | | | | | | | | | | |
| SÁBADO | | | | | | | | | | |
| DOMINGO | | | | | | | | | | |

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL PARA PADRES

- ✓ Revalúo la situación: Si mi hijo/a empieza a tener una rabieta, debo evaluar por qué puede estar así y si además le estoy haciendo extinción que es lo que me han enseñado que debo hacer, no me importa que la gente me mire.
- ✓ Revalúo la situación: Si hoy estoy muy cansado/a y no puedo ayudar a mi hijo/a a hacer los deberes, que se vaya al colegio sin hacerlos. Darse cuenta de que las consecuencias no son tan graves como pensamos.
- ✓ Si sé que mi hijo/a va a tener una rabieta si me lo llevo al supermercado y puedo decidir que se quede en casa con alguien, pues que se quede.
- ✓ Si noto que mi emoción es demasiado grande (estoy muy nervioso/a o enfadado/a), puedo utilizar las técnicas de relajación que me han enseñado.
- ✓ Pasar una tarde solo/a o con mi pareja y que se quede el niño con alguien que lo pueda cuidar.
- ✓ Salir a pasear una hora antes de ir a recoger a mi hijo/a al colegio.
- ✓ Apuntarme al gimnasio o a clases de yoga o pilates.
- ✓ Por la noche escribir una lista de cosas buenas que me hayan ocurrido durante el día, para no irse a dormir con una sensación negativa.

**EL OBJETIVO ES DARSE CUENTA DE QUÉ COSAS ME HACEN SENTIR BIEN
Y ME AYUDAN A REGULAR MIS EMOCIONES**

Anexo 18. Estrategias para una buena comunicación familiar (Material de elaboración propia)

Se recomienda hacer role-playing en sesión para practicar cómo utilizar las siguientes estrategias en diferentes situaciones.

HABILIDAD PARA ESCUCHAR



La importancia de que los padres escuchen a sus hijos

Los menores con TDAH suelen tener una baja habilidad para expresar sus sentimientos y lo que les pasa. Por este motivo, se recomienda destacar el lado positivo de su carácter y no centrarnos en sus quejas. Esto potenciará su habilidad para comunicarse.

Aprender a escuchar

La actitud de los padres debe ser la de una escucha activa y eficaz:

- Escucha a su hijo/a hasta el final evitando interrupciones.
- Escucha con calma
- Pregunta si hay algo que no has entendido
- Mantén contacto ocular
- Demuestra que te gusta su voluntad de comunicarse
- Resume frecuentemente para que su hijo/a vea que se le está haciendo caso
- Evita tener la TV encendida o estar mirando el móvil



CÓMO COMUNICARME CON MI HIJO/A

Cómo informar sobre su mal comportamiento

Los padres deben comunicar a sus hijos lo que piensan, quieren y sienten acerca de sus malas conductas:

- ✓ Expresa tus sentimientos en vez de guardártelos y explotar. No olvides ser considerado/a al decirlos.
- ✓ Pregunta a su hijo/a si entiende lo que le dices.
- ✓ Céntrate en solucionar el problema y no en encontrar culpables.

Cómo pedir colaboración a sus hijos

- Las órdenes deben ser claras y precisas para que su hijo/a entienda lo que se le pide: "Lávate la cara"
- Las órdenes deben ser posibles de cumplir. No pedir más de lo que pueden dar: "tienes que sacar la mejor nota".
- Es conveniente dar las peticiones en imperativo: "Por favor, pon la mesa".
- Órdenes consistentes: que las normas sean estables en el tiempo.

**¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PADRES DE UN NIÑO
CON TDAH PARA SENTIRSE MEJOR?**

**EVITAR LA
CULPA**



Ningún padre quiere ni puede decidir qué genes hereda su hijo. Por lo tanto, ¿Por qué no cambiar esos sentimientos de culpa por otros más agradables?. Con este pequeño cambio estarás ayudando a su hijo y a la forma de afrontar sus problemas.

**PENSAMIENTO
POSITIVO**



Arrastrar enfados o sanciones por motivos menores (orden, puntualidad...) hace muy difícil mantener un tono emocional adecuado. Es importante darles la oportunidad de empezar un día nuevo sin continuos reproches, además de que el niño con TDAH modula su conducta por consecuencias a corto plazo

**ENTENDER
QUÉ LE PASA
A SU HIJO**



La persona con TDAH no se comporta voluntariamente de forma inadecuada, es su condición que hace que se comporte de tal forma. A pesar de ello, se puede trabajar para que estos niños logren disimular estos defectos y potencien sus virtudes.

**PEDIR
AYUDA**

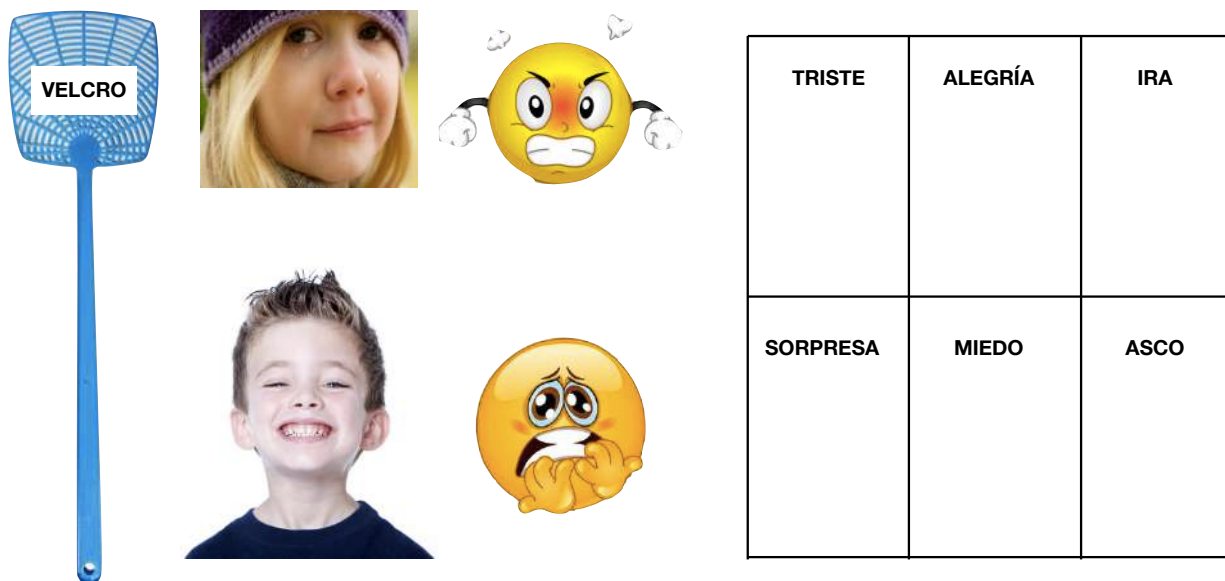


Se recomienda comentar el problema entre padres, hermanos, cuidadores y tutor del colegio, es decir, con aquellos que más tiempo pasen con el menor ya que podrán contribuir en el pronóstico del trastorno.

Anexo 20. Juegos para trabajar la conciencia emocional (Material de elaboración propia)

| EL CAZA EMOCIONES | |
|------------------------|---|
| EDAD | 8 a 12 años |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> - Fotos de personas con distintas expresiones faciales - Emojis con distintas expresiones faciales - Un matamoscas - Velcro - Tablero con etiquetas de las distintas emociones que se quiere trabajar |
| ¿CÓMO SE JUEGA? | <p>Todas las fotos estarán colocadas hacia abajo de forma que no se vean y se pondrá velcro en la parte trasera de la foto. Con el matamosca, el menor tendrá que cazar cualquier foto y, posteriormente, según la emoción que represente la persona o emoji de dicha foto, se pegará en la parte del tablero que corresponda. Al principio se usarán las imágenes de personas reales y posteriormente se introducirán emojis para aumentar la dificultad del juego.</p> <p>Cada vez que el niño/a pegue la imagen en el tablero, se hablará acerca de la emoción que representa y se pondrán ejemplos de cuándo suele presentarse en la vida real y por qué.</p> |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar emociones - Comprender cuándo y por qué se dan las emociones |

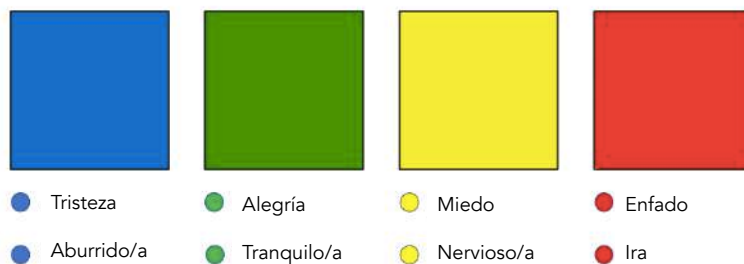
Parte del material:



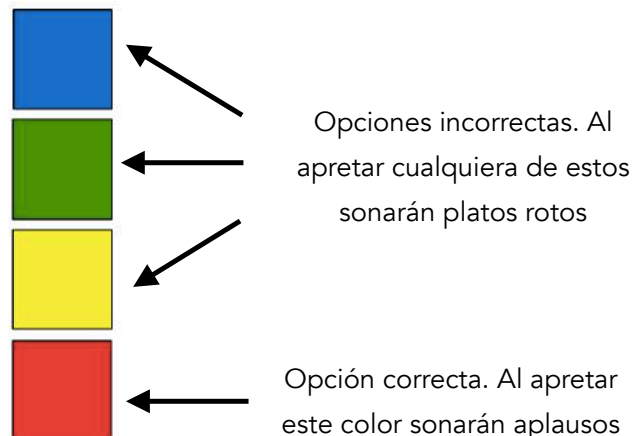
| EMOCIONARIO | |
|------------------------|---|
| EDAD | 8 a 12 años |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> - PowerPoint con los personajes favoritos de los menores y con otros personajes famosos representando distintas emociones. - Plantilla que sirve de apoyo visual donde se relaciona las principales emociones a un color. |
| ¿CÓMO SE JUEGA? | <p>Se irán pasando las diapositivas y cada vez un niño deberá reconocer la emoción que representa el personaje de dicha diapositiva. Al lado la imagen aparecen los distintos colores a los que corresponde cada emoción y deberán pulsar aquel al que corresponda la emoción del personaje. Si al pulsar el color suenan aplausos, es porque ha acertado la emoción, pero si en cambio suena un plato roto, es porque se ha equivocado. En este caso, se puede pedir ayuda a sus compañeros para identificar la emoción correspondiente. Posteriormente, el terapeuta les preguntará por qué puede que el personaje se siente así y que pongan algún ejemplo en el que ellos también se hayan sentido de esa forma en algún momento.</p> |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar emociones - Identificar cómo se sienten los demás y por qué |

PLANTILLA COLOR-EMOCIÓN

Parte del material:



PowerPoint



| EL SACO EMOCIONAL | |
|------------------------|--|
| EDAD | 8 a 12 años |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> - 5 sacos/bolsas vacías. Una para tarjetas y las otras 4 para cada una de las siguientes emociones: tristeza, miedo, ira y alegría. - Tarjetas con historias breves donde se expresen distintas emociones. - Fichas (como las del parchís o parecidas) |
| ¿CÓMO SE JUEGA? | Cada niño/a deberá meter la mano en el saco de las tarjetas, sacar una al azar y leer la historia que está escrita. A partir de la historia deberá identificar qué emociones han aparecido en la historieta y posteriormente introducir una ficha en cada una de las bolsas de las emociones correspondientes. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar emociones - Identificar cómo se sienten los demás y por qué |

Parte del material:

FICHAS



Estaba jugando tranquilamente en el parque con mi pelota y ha venido un niño y me la ha quitado sin mi permiso. Me he puesto a llorar pero luego ha venido mi mamá a darme un abrazo y me he sentido mejor.

Como en la historia aparece la emoción de tristeza y alegría, el niño tendrá que poner una ficha en cada uno de estos sacos



TÉCNICAS DE DISCIPLINA BASADAS EN LÍMITES

“Los niños solo se comportan bien cuando se sienten seguros y solo se sentirán seguros si tienen normas y límites”

SÉ CONSISTENTE:

Es importante que si el menor ha roto alguna regla, los padres cumplan con las consecuencias de la infracción. En cambio, ceder puede empeorar la conducta inapropiada de su hijo/a ya que se dará cuenta de que no siempre lo castigan.

COMUNICA LAS REGLAS:

Una vez se establecen las reglas del hogar, se deben dejar por escritas en algún lugar de la casa donde se vean bien.

LAS CONSECUENCIAS DEBEN SER DIRECTAS:

Un castigo debe estar directamente relacionado con la mala conducta, ejemplo: quitarle un juego porque se ha negado dejar de jugar.

ADVIERTE ANTES DE CASTIGAR:

Es importante advertir lo que debe hacer o se espera del menor, por ejemplo: “Hijo, en 5 minutos tienes que recoger los juguetes”. Si se resiste, pasas a dar un aviso, por ejemplo: “Si no los has recogido en 5 minutos, mañana no podrás jugar con ellos”.

¿ENTONCES, CÓMO DEBO DAR LAS ÓRDENES PARA QUE MI HJO/A LAS CUMPLA?

- ✓ Órdenes cortas y precisas
- ✓ No sobrecargar con normas. Mejor limitarnos a las más importantes.
- ✓ Las órdenes deben estar establecidas de manera positiva: "Camina despacio" en vez de "No corras".
- ✓ Utiliza un buen tono para comunicar las normas a su hijo/a.
- ✓ Las órdenes deben estar relacionadas con los comportamientos que queremos que desaparezcan.
- ✓ Intenta que antes de dar una orden les hayas advertido de las consecuencias si no se cumple.
- ✓ Trata de no dar órdenes seguidas. Espera a que haya tenido tiempo de realizarla.
- ✓ Recuerda alabarle cuando haya obedecido a las órdenes y reglas correctamente.



ACTIVIDAD PARA PADRES:

- ▶ Piensa en 4 conductas que quieres que su hijo/a haga sin tener que repetírselo continuamente:

1.

2.

3.

4.

- ▶ Ahora escribe estas conductas en forma de regla teniendo en cuenta las pautas que acabamos de ver.

1.

2.

3.

4.

Anexo 22. *Cómo influyen las conductas de los padres* (Material de elaboración propia)

| CONDUTA DEL MENOR | RESPUESTA DE LOS PADRES | CONSECUENCIA PARA EL MENOR |
|---|---|---|
| <p>Conducta inapropiada o negativa (pegar, insultar, romper algo...)</p> | <p>Ceden a lo que pide su hijo/a a pesar de su mala conducta</p> | <p>Aumenta la probabilidad de que la conducta negativa reaparezca</p> |
| | <p>Ignoran totalmente la conducta de su hijo/a (ni refuerzan ni castigan)</p> | <p>Al principio aumenta la conducta negativa pero en el tiempo disminuye</p> |
| | <p>Castigan</p> | <p>Disminuye la probabilidad de que la conducta negativa reaparezca</p> |
| <p>Conducta positiva (hacer caso a la primera, pedir por favor, decir gracias...)</p> | <p>Premian, alaban, etc.</p> | <p>Aumenta la probabilidad de que la conducta positiva reaparezca</p> |
| | <p>Muestran indiferencia</p> | <p>Disminuye la probabilidad de que la conducta positiva reaparezca y aumenta la probabilidad de aparición de la negativa</p> |

REGULACIÓN EMOCIONAL

El terapeuta pregunta a los padres si han utilizado algunas de las estrategias de regulación emocional que vieron en la sesión anterior. Se pueden hacer preguntas como las siguientes:

- *¿Cómo se sienten después de esta semana?*
- *¿Habéis utilizado algún tipo de estrategia que vimos en la anterior sesión?*
- *¿Cuál o cuáles? ¿os han servido?*
- *¿Habéis utilizado alguna nueva que os haya servido?*

Posteriormente, el terapeuta les explica lo siguiente:

La técnica de extinción que acaban de aprender requiere de mucho autocontrol emocional por parte de los padres. Por este motivo, el terapeuta debe poner ejemplos en el que los padres se pueden ver en una situación estresante, cómo podrían abordarla y la importancia de que usen estrategias de regulación emocional. Ejemplo: *el niño tiene una rabieta aún más fuerte ya que le están haciendo extinción, en ese momento, el padre o la madre puede hacer reevaluación de la situación, es decir, darle una explicación al por qué mi hijo está teniendo el berrinche y además, como me han enseñado a que no debo hacer caso ya que es la única forma en la que podré lograr que desaparezcan sus rabietas, pues no me importa que la gente me esté mirando.*

ENTRENAMIENTO EN AUTOBSERVACIÓN, AUTOINSTRUCCIONES Y AUTOEVALUACIÓN

En primer lugar, se empezará la sesión explicando la técnica de auto-observación:

A. AUTO-OBSERVACIÓN: Se les explica que existe una técnica la cual les ayudará a ser conscientes de si están haciendo lo que toca o no en cada momento. En este caso, el terapeuta les informará que durante la sesión sonará un pitido en el que, cada vez que lo escuchen, deberán registrar en un papel si están prestando atención y si se sienten tranquilos en ese momento.

Con esta técnica se pretende que el niño sea capaz de hacer auto-observaciones de forma independiente, es decir, sin nada que se lo tenga que recordar. Para ello, se recomienda que los padres utilicen también esta técnica en casa para tratar de acostumbrar al niño y que lo generalice a otros contextos como, por ejemplo, en clase.

Un ejemplo de registro sería:

| Nombre: | Fecha: |
|--|--------|
| Escribe SÍ o NO estás prestando atención tranquilamente a la tarea que estás haciendo: | |
| 1. _____ | |
| 2. _____ | |
| 3. _____ | |
| 4. _____ | |
| 5. _____ | |

En segundo lugar, se pasa a explicar la técnica en autoinstrucciones:

B. AUTOINSTRUCCIONES: Primero se les explica que la técnica en autoinstrucciones les ayudará a comprender las situaciones diarias y a generar estrategias que les ayudará a controlar su comportamiento.

Dado que el aprendizaje de esta técnica es algo complicado, el terapeuta deberá seguir las siguientes pautas:

1. En primer lugar, el terapeuta expone una situación que requiera el planteamiento de soluciones. A continuación, se irá planteando y respondiendo las siguientes preguntas en voz alta con la ayuda de las siguientes imágenes:

Autoinstrucciones para la realización de tareas:



Autoinstrucciones para situaciones interpersonales problemáticas:



Se recomienda que el terapeuta diga en voz alta todo aquello que hace hasta llegar a la solución final: dudas, posibilidades, estrategias...

2. Se plantea otra situación y el terapeuta vuelve a dar las autoinstrucciones en voz alta pero es ahora el niño/a quien contesta a las distintas preguntas. Al estar trabajando en grupo, cada uno puede aportar una idea distinta de forma que puedan participar todos a la vez.
3. Se plantea otra situación distinta a las anteriores y es ahora el niño/a quien realiza la tarea y va verbalizando cada paso con ayuda de la mano. Antes de empezar este punto se les puede dejar unos minutos de descanso donde pueden decorar la mano a su gusto.

4. El último paso es volver a presentar una situación (que sea común en los niños de esas edades) pero ahora cada uno por su cuenta deberán hacer las autoinstrucciones en voz baja y cuando terminen comentar cómo han llegado a la solución final.

En último lugar, se pasa a trabajar la autoevaluación con los menores:

C. AUTOEVALUACIÓN: En esta técnica se les puede explicar que la autoevaluación les ayudará a saber si han realizado las autoinstrucciones correctamente, o si no, entender el por qué para poder hacerse de nuevo las preguntas y buscar mejores soluciones. En este caso, pueden ampliar la mano de autoayuda de la siguiente forma:



Para realizar la autoevaluación, pueden incluir en el proceso de autoinstrucciones esta última pregunta: ¿Cómo han sido los resultados? Ante esta pregunta, podrían puntuarse de la siguiente manera: 1= malos, 2= regulares y 3= buenos. Si la respuesta ha sido 1 o 2, deberían pensar por qué no han conseguido lo que han querido de forma que pueden volver a empezar el proceso de autoinstrucciones para conseguir el resultado esperado.

Anexo 25. Manejo de conductas (Material de elaboración propia)

| SOBRECORRECCIÓN | |
|----------------------------|---|
| ¿EN QUÉ CONSISTE? | Consiste en exigir al niño/a que ha realizado la conducta problemática que restituya o repare el daño ocasionado y sobrecorrija o mejore el estado original de las cosas. Esta técnica es muy eficaz ya que entrena al menor en realizar una respuesta más adecuada. |
| ¿CUÁNDO UTILIZARLA? | Cuando su hijo/a haya causado un daño a causa de una conducta inapropiada como tirar comida al suelo, pintar las paredes o agredir a alguien. Antes de utilizar la sobrecorrección, se le explicará a su hijo/a que cuando haga alguna de estas conductas indeseables (especificar o poner ejemplos), se aplicará esta técnica. |
| ¿CÓMO UTILIZARLA? | <p>Esta técnica se puede aplicar de dos formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Restitución: Consiste en pedir que el menor repare el daño causado dejando la situación igual o incluso mejor que antes. <i>Ejemplos:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Si su hijo/a ha pintado una parte de la pared, le pedimos que limpie totalmente. - Si ha desastrado su habitación, que la recoja y la deje aún mejor que al principio. Práctica positiva o repetición: Pedir a su hijo que repita varias veces una conducta alternativa y positiva a la que ha realizado. <i>Ejemplos:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Si su hijo corre por el pasillo, le pides que recorra el pasillo 5 veces andando normal. - Si su hijo/a ha pegado a su hermano/a, le pides que le de 10 besos. <p>Consideraciones a tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe aplicarse inmediatamente después de la conducta inapropiada. - Obligar con tranquilidad y firmeza a su hijo/a a corregir el daño. - No alabar mientras su hijo/a esté haciendo la sobrecorrección. - No se aconseja utilizar esta técnica en los deberes, ya que puede que su hijo/a los asocie como algo desagradable y aversivo. |

| COSTE DE RESPUESTA | |
|----------------------------|---|
| ¿EN QUÉ CONSISTE? | Consiste en retirar un reforzador positivo (juguete, tablet...) o premio cuando se lleva a cabo una conducta inadecuada. |
| ¿CUÁNDO UTILIZARLA? | Cuando su hijo haya realizado una conducta inadecuada (pegar, chillar...) o se oponga a sus obligaciones (no hacer los deberes, no poner la mesa...). |
| ¿CÓMO UTILIZARLA? | <ol style="list-style-type: none"> 1. No aplicar el costo de respuesta a nuevas formas de mala conducta. Ante estas nuevas conductas inapropiadas, se le avisa de las consecuencias que pueden acarrear en un futuro. 2. Usar el costo de respuesta en conjunto con la técnica de reforzamiento positivo de la conducta deseada. 3. Asegurarse de que el refuerzo que se le va a quitar es muy importante para su hijo/a. 4. Tras la realización de la conducta inapropiada, advertir de su hijo/a de las consecuencias que le espera si no rectifica. 5. El costo de respuesta debe aplicarse inmediatamente tras la emisión de la conducta inapropiada. 6. Hay que asegurarse de que la retirada de un objeto no puede ser reemplazado por otro fácilmente que también sea un refuerzo para el menor. Ejemplo: le retiro la tablet pero tiene la opción de jugar con el ordenador. 7. Ir disminuyendo de forma gradual las contingencias del costo de respuesta en el momento en el que las conductas deseables se van haciendo habituales. 8. La retirada del reforzador debe ser proporcional al mal comportamiento y tener un final claramente establecido. <p><i>Ejemplo: retirada de la consola durante todo el día por no haber hecho los deberes. No sirve de nada retirar la consola durante un mes o de forma indefinida ya que en ese tiempo su hijo/a se habrá olvidado el motivo del castigo y, además, si ya no puede perder lo que más le gusta, se seguirá portando mal.</i></p> |

| TIEMPO FUERA | |
|----------------------------|--|
| ¿EN QUÉ CONSISTE? | Consiste en llevar a su hijo/a, tras la conducta inadecuada, a un lugar donde no encuentre ningún tipo de distracción ni premio. |
| ¿CUÁNDO UTILIZARLA? | Cuando su hijo/a haya presentado conductas de desobediencia, agresividad y/o oposición. |
| ¿CÓMO UTILIZARLA? | <p>Los pasos para su aplicación son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar a su hijo/a qué conductas se espera de él con una serie de normas y si no las cumple se le aplicará el tiempo fuera. <i>Ejemplo: antes de irse a jugar con sus amigos, se le recuerda que, si no recoge los juguetes al terminar, se irá al aseo (momento de tiempo fuera).</i> 2. Si incumple la norma aún, se le vuelve a avisar de las consecuencias de forma breve y específica. <i>Ejemplo: te recuerdo que si no recoges los juguetes, te irás al tiempo fuera.</i> 3. Si aún así ignora el aviso, se inicia el tiempo fuera. <p>Principales características para su aplicación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El lugar del tiempo fuera debe ser poco atractivo y no peligroso. 2. La duración del tiempo fuera varía según las edades. De los 8 a los 12-13 años: de 15 a 20 minutos. 3. Los padres deben presentar una actitud tranquila, sin gritar y sin necesidad de llegar a utilizar la fuerza física. 4. En cuanto al comportamiento del menor dentro del tiempo fuera: <ul style="list-style-type: none"> - Si permanece tranquilo, el tiempo fuera se terminará cuando estaba previsto. - Si empieza a llorar, gritar o insultar o se escapa, primero se aplicará la extinción. Si continúa con cualquiera de esos comportamientos durante un tiempo prolongado, se le da un aviso: como sigas insultando, por cada insulto te quedarás ahí un minuto más. Si sigue insultado, se cuenta en voz |

| | |
|--|---|
| | <p>alta de manera que os oiga: 1, 2, 3..., hasta que pare y se le suman todos esos minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intentar evitar reforzamientos a la ida, vuelta o durante la estancia en el área de tiempo fuera. Ejemplo: “Venga que yo sé que lo harás muy bien” o “Ves como has conseguido estar tranquilo durante los 15 minutos” - No se recomienda aplicar esta técnica en los casos en los que le sirva para escapar de situaciones aversivas. Ejemplo: Su hijo/a no quiere hacer los deberes, pues lo mando al tiempo fuera. - Una vez terminado el tiempo fuera, debe volver a la situación estimulante y realizar lo que no ha hecho o ha hecho mal. Si lo hace, se le refuerza, si no, vuelve al tiempo fuera. |
|--|---|

Se recomienda hacer rol-playing en sesión para que los padres tengan claro cómo y cuándo utilizar cada una de estas técnicas correctamente. Los menores deben conocer las consecuencias de una conducta inapropiada antes de aplicar dichas técnicas.

Anexo 26. *Contratos de conducta* (Material de elaboración propia)

CONTRATO DE CONDUCTA ENTRE PADRES E HIJOS

Este contrato entre _____ y _____
inicia el _____. Hicimos juntos este contrato y lo revisaremos el _____
para ver si necesitamos cambiar algo.

METAS

Meta:

Estrategias:

1. _____

2. _____

3. _____

Meta:

Estrategias:

1. _____

2. _____

3. _____

RECOMPENSAS Y CONSECUENCIAS

Recompensas (por haber usado las estrategias):

Consecuencias (por no haber usado las estrategias):

FIRMAS:

EJEMPLO DE CONTRATO DE CONDUCTA ENTRE PADRES E HIJOS

Este contrato entre _____ Juan _____ y _____ Papá _____
inicia el 6 de mayo. Hicimos juntos este contrato y lo revisaremos el 20 de mayo para
ver si necesitamos cambiar algo.

METAS

Meta:

Juan usará las palabras en lugar de tirar cosas cuando se enfade.

Estrategias:

1. Cuando Juan intente explicar por qué está enfadado, papá le prestará atención.
2. Cuando papá levante 5 dedos como señal, Juan contará hasta 5 para calmarse y pensar antes de actuar.

Meta:

Juan terminará sus deberes antes de ponerse a jugar.

Estrategias:

1. Juan pedirá un descanso cuando se frustre.
2. Juan comenzará los deberes nada más volver del colegio para tener más tiempo para jugar.

RECOMPENSAS Y CONSECUENCIAS

Recompensas (por haber usado las estrategias):

Papá pondrá una marca adicional en la economía de fichas y cuando consiga las suficientes, tendrá su recompensa.

Consecuencias (por no haber usado las estrategias):

Papá podrá retirar algún privilegio durante un tiempo o enviarlo al tiempo fuera.

FIRMAS:

TÉCNICA DE LA TORTUGA

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

A niños que tienen entre 3 y 7 años. Dado que el presente programa es para niños de 8 a 12 años, se ha hecho una adaptación de la técnica de la tortuga para dichas edades.

¿EN QUÉ CONSISTE?

- En primer lugar, visualizarán el siguiente vídeo:
<https://www.youtube.com/watch?v=riwGSIUkXR8>
- En segundo lugar, se les explicará que la tortuga ha utilizado una técnica muy útil para cuando siente que se va a enfadar y va a tener una conducta inapropiada y por eso ellos también podrían intentar aprender a utilizar esa técnica. Para ello, el terapeuta hará una demostración paso por paso de cómo aplicar la técnica y luego son los menos quienes tienen que practicarla.

- En tercer lugar, el terapeuta explica por pasos cómo realizarla:
 1. El terapeuta cuenta una situación que podría provocar enfado en todos los menores: “Estamos en el recreo y todos mis compañeros de clase están jugando a fútbol y yo también quiero jugar, pero no me dejan. Me estoy enfadando mucho, ¿qué hago?”.
 2. El terapeuta realiza la técnica y va verbalizando los pasos para que los menores observen cómo hacerlo. Ejemplo: *“Cierro los ojos, pego los brazos al cuerpo, bajo la cabeza e intento meterla entre los hombros y me imagino un enorme caparazón sobre mí que me hace ser invisible. Una vez dentro del caparazón, tenso todos los músculos diez segundos y luego los relajo todos a la vez. Una vez me siento más relajado, puedo utilizar las autoinstrucciones para llegar a una solución adecuada”*
 3. Ahora el terapeuta guía los pasos, pero son los menores quienes realizan la técnica.
- Una vez hayan practicado la técnica, se les avisará de que durante la sesión el terapeuta podrá decir la palabra “tortuga” en cualquier momento y ellos tendrán que aplicar lo aprendido.

RUEDA DE LAS SOLUCIONES

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

Menores de 8 a 13 años.

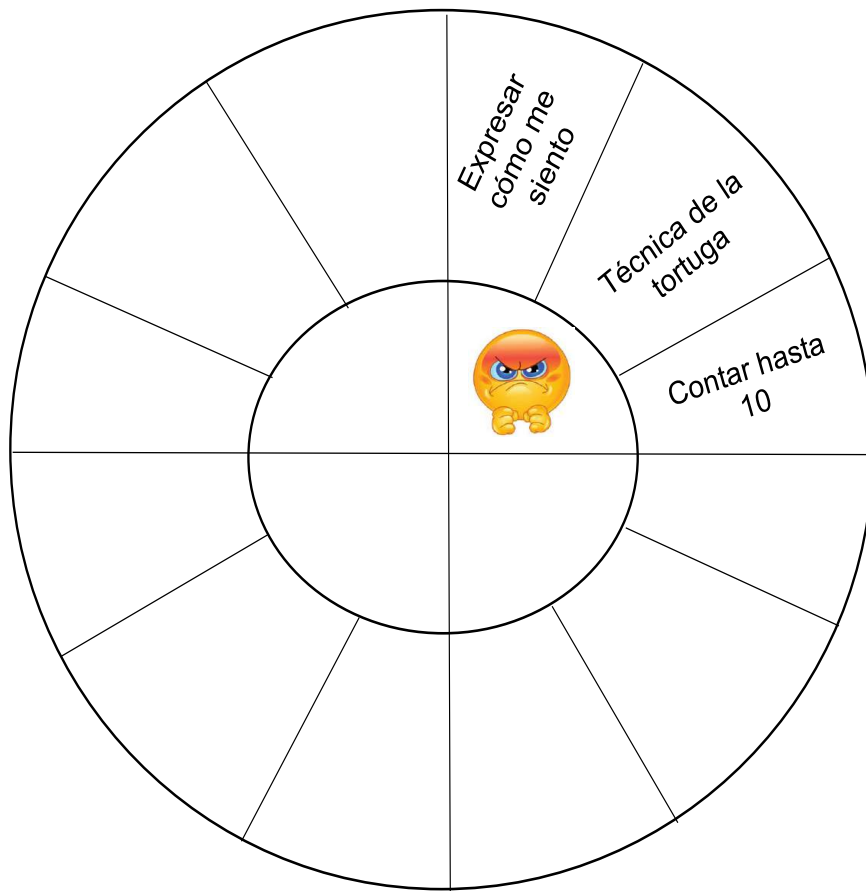
¿EN QUÉ CONSISTE?

El juego consistirá en rellenar una rueda con posibles alternativas de soluciones para cuando sientan algunas de las siguientes emociones: enfado, miedo, tristeza y asco.

¿CÓMO SE JUEGA?

- El terapeuta irá describiendo situaciones que les puedan producir distintas emociones. En total serán unas 4 situaciones que corresponden a las 4 emociones que se van a trabajar.
- Los menores deberán reconocer qué emoción le produce cada situación y plantear posibles soluciones que les ayuden a expresarlas adecuadamente. Para ello, irán completando la siguiente rueda de forma que en el medio estén las distintas emociones en forma de emojis y alrededor de la rueda las posibles soluciones propuestas.

EJEMPLO:



Tristeza



Enfado



Miedo



Asco

MATERIALES: Rueda, emojis, pegamento para pegar los emojis sobre la rueda y colores por si quieren decorarla.

TÉCNICA DEL SEMÁFORO

¿A QUIÉN VA DIRIDIGO?

A menores de 8 a 13 años.

¿EN QUÉ CONSISTE?

El juego consistirá en asociar cada color del semáforo a varias emociones y posteriormente plantear técnicas que ayuden a regular dichas emociones.

¿CÓMO SE JUEGA?

- Primero los niños se sentarán en círculo en el suelo y se les entregará a cada uno tres globos: uno rojo, otro amarillo y otro verde.
- Posteriormente, el terapeuta empezará a preguntarles cómo reaccionan cuando se enfadan y por qué. Tras esta charla, el terapeuta propondrá una serie de situaciones que puedan provocarles enfado como, por ejemplo, que quieran chuches para merendar y no se las compren. Un niño deberá responder qué haría él en ese caso y por qué. El resto de los niños deberán valorar la respuesta en función de si se ha parado a pensar e intentar razonar (levantar globo verde), si dice algo que dé la sensación de que se está empezando a enfadar (levantar globo amarillo) o si grita o patalea se debe

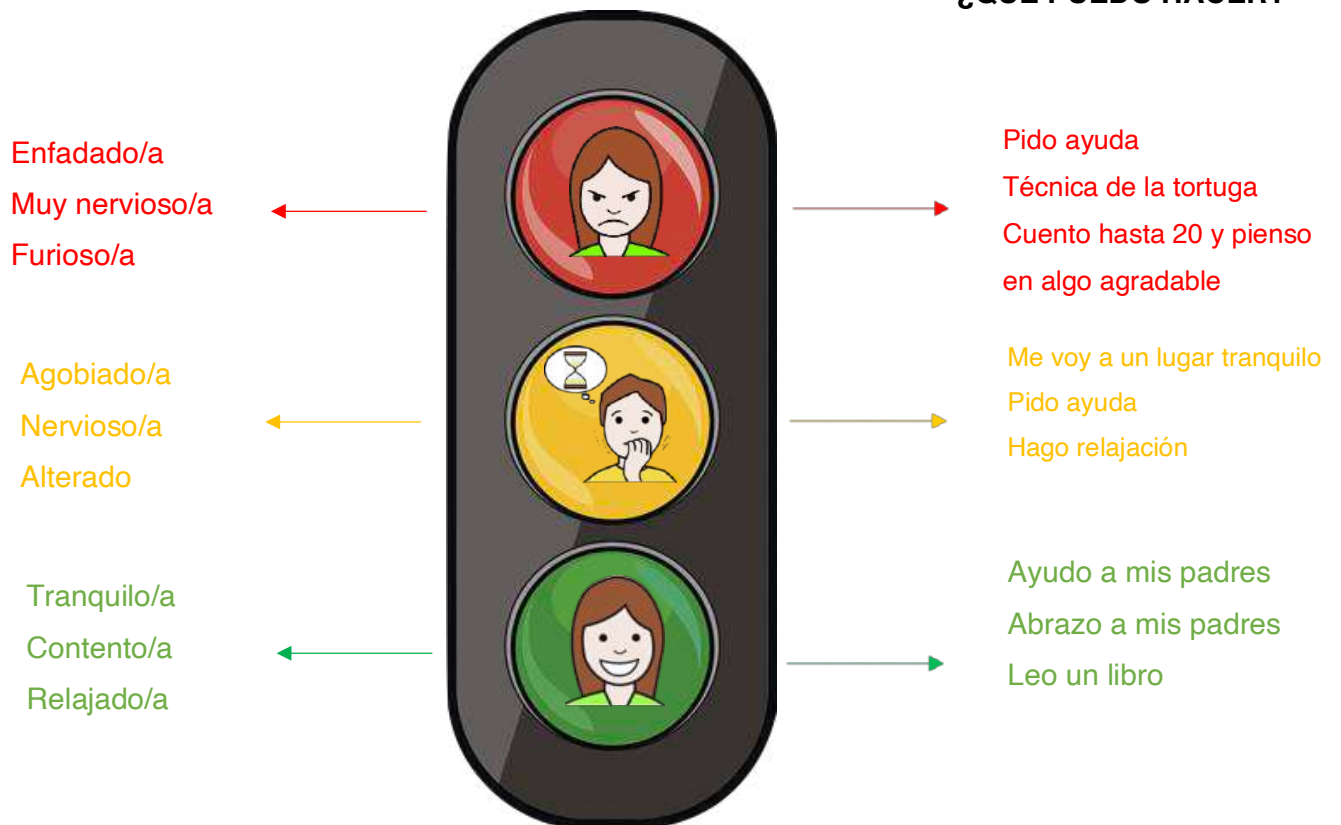
levantar el globo rojo el cual indica "STOP". A continuación, el resto también deberá aportar ideas de cómo se podría reaccionar correctamente ante esos casos.

- Dado que cada situación les provocará una emoción distinta, se utilizará el semáforo para poner al lado del color correspondiente de la emoción las técnicas propuestas. Utilizando el ejemplo de las chuches: Es una situación que hace que los niños se enfaden, entonces como el color rojo del semáforo está asociado al enfado, pondré al lado de dicho color las técnicas que se han estado comentando.

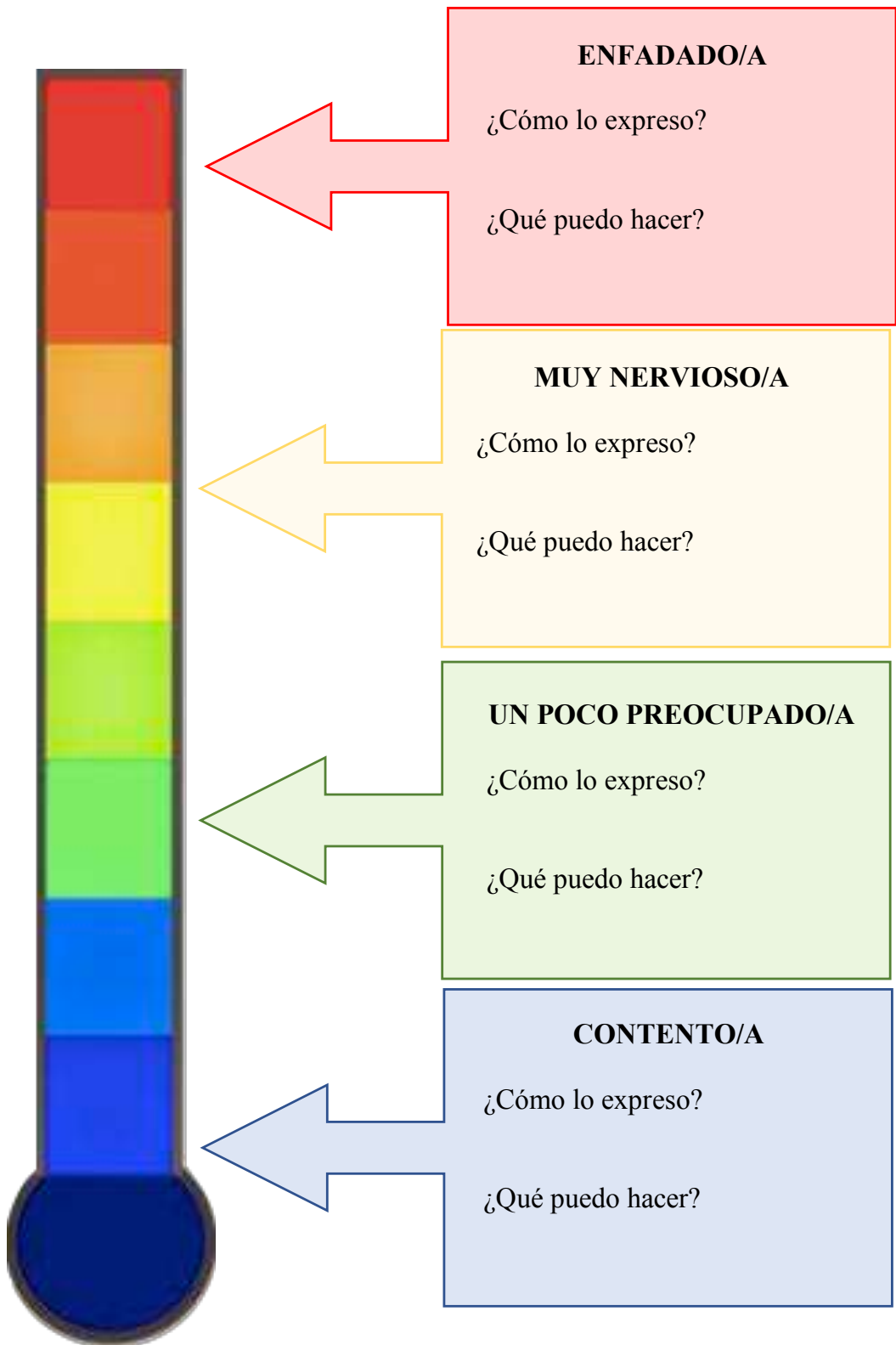
Ejemplo:

¿CÓMO ME SIENTO?

¿QUÉ PUEDO HACER?



Se puede utilizar este mismo juego del semáforo, pero con un termómetro:



MATERIALES: semáforo, termómetro y colores.

¿CÓMO COMUNICARME CON EL PROFESOR DE MI HIJO/A?

Se recomienda a los padres que traten de tener una tutoría con el profesor de su hijo/a donde puedan hablar acerca de las dificultades del menor. Los padres informarán acerca de los problemas que presenta su hijo/a en casa en relación con su comportamiento y para hacer los deberes y de la misma forma, pedir que el profesor explique qué dificultades encuentra en el menor. De esta forma, se les puede comentar a los profesores que tanto ellos como sus hijos están asistiendo a sesiones de psicología con la finalidad de manejar las conductas de su hijo/a y a que aprenda a regular sus emociones y que una forma de ayudarlo aún más es trabajando con él desde el colegio.

Puede ocurrir que el profesor de su hijo/a esté bien preparado para tratar casos de TDAH en clase, pero también puede ocurrir lo contrario. Por ese motivo, si el profesor estuviera interesado, se le puede ofrecer una siguiente hoja con una serie de las estrategias básicas para mejorar el funcionamiento del niño en clase. Incluso se puede ofrecer la opción de ponerse en contacto con el terapeuta de su hijo/a para cualquier duda.

MANEJAR EL TDAH EN CLASE

Ambiente estructurado:

- Establece en el aula un espacio para colocar el horario semanal de forma que el alumno pueda consultarlo siempre que lo necesite.
- Ofrece un listado de aquellos materiales necesarios para poder hacer los deberes ya que le ayudará a organizarse y le facilitará el poder revisar que tiene lo necesario para realizarlos.
- Reserva un mismo espacio en la pizarra para escribir las fechas de entrega de deberes o de exámenes.

Ambiente predecible:

- Explica las cosas de forma segmentada y con pasos muy concretos para que los alumnos sepan lo que se espera de ellos y las consecuencias que puede conllevar si no hacen lo que se les pide.
- Deja claro cómo deben comportarse los alumnos mientras realizan una actividad o se les explica una lección.
- Resulta útil avisar con 5-10 minutos de antelación el tiempo que queda para terminar un tema, de forma que se pueden ir preparando para el siguiente

Ambiente adecuado para el aprendizaje:

Sienta al niño/a con TDAH a primera fila ya que tendrá menos distracciones y el profesor/a podrá tenerlo más controlado.

Trata de no hacer diferencias entre estudiantes con TDAH y sin él ya que esto podría causar rechazo por parte de los compañeros.

Es importante controlar las agendas para asegurarse de que han apuntado los deberes. En el caso de adolescentes, hacer el control de una forma más sutil.

Limitar el tiempo de los exámenes para aquellos alumnos con TDAH puede conllevar efectos negativos. Es mejor que dispongan de más tiempo o adaptar el formato de evaluación.

Comunicación:

Es muy importante mantener el contacto ocular con el niño/a cuando se le quiera comunicar algo.

Se recomienda que las instrucciones sean: de una en una, claras, concretas y cortas. Una vez cumplida la instrucción, se debe elogiar inmediatamente.

Manejo del comportamiento:

- No prestar demasiada atención a las conductas inapropiadas y reforzar continuamente las apropiadas.

- Establecer con el resto de los profesores las normas de clase y comunicarlas de forma clara para que los alumnos no tengan dudas al respecto. Se recomienda que las normas estén formuladas en positivo (hablar bajito, caminar despacio por los pasillos...)

- Hacer uso de economía de fichas para favorecer los comportamientos adecuados.



**TRATAR DE MANTENER
REUNIONES CON LOS PADRES
A MENUDO. EVITAR REUNIRSE
ÚNICAMENTE EN MOMENTOS
DE PROBLEMAS O CRISIS.**

MI KIT DE REGULACIÓN EMOCIONAL



Ejemplo:

✓ *Salir a pasear una hora antes de ir a recoger a mi hijo/a del colegio.*

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

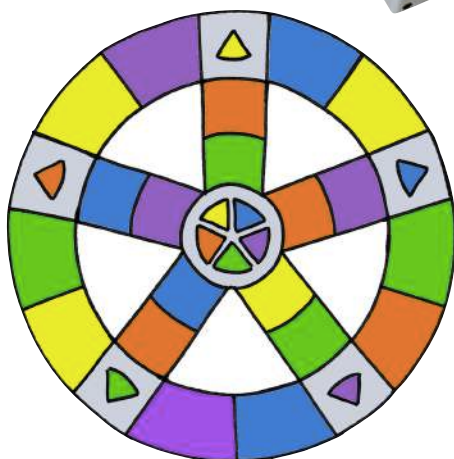
✓

Anexo 30. Resolución de problemas y habilidades sociales (Material de elaboración propia)

| TRIVIAL DE LAS EMOCIONES | |
|---------------------------------|---|
| EDAD | 8 a 12 años |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> - Tablero - Dados - Tarjetas de dos tipos: unas en las que se describe la situación problemática y hay 3 opciones de respuesta siendo 1 la más correcta y otras en las que son los niños quienes tienen que proponer tres opciones. |
| ¿CÓMO SE JUEGA? | <p>Cada uno lanzará el dado y quien saque más alto empezará la partida. Posteriormente, el niño/a que más alto haya sacado deberá coger una tarjeta y dependiendo del tipo que le haya tocado se deberá hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarjeta con las tres opciones de respuesta: si no acierta la opción correcta, sus compañeros podrán ayudarle. - Tarjeta en la que el niño debe decir 3 opciones de respuesta: sus compañeros deben valorar del 1 (muy malas) al 5 (muy buenas) si son buenas opciones o no y en el caso de que no, deben proponer otras tres entre todos. <p>En el caso de acertar, se sigue jugando y si cae en en alguna casilla donde hay un quesito y se acierta la pregunta, se dan 2 puntos. En el caso de equivocarse, pierde el turno y tira el compañero.</p> |
| OBJETIVOS | - Resolución de problemas |

Parte del material:

TABLERO



TARJETAS DE 2 TIPOS

Mi compañero de clase no me ha invitado a dormir en su casa:

- a) Me pongo a llorar
- b) No le vuelvo a hablar nunca más
- c) **Pienso por qué no me ha invitado, ¿será porque no cabe más gente en su casa?. También le puedo preguntar el motivo.**

Mi amiga me ha dicho que está enfadada y ya no quiere ir al cine conmigo:

- a)
- b)
- c)

| ¿QUIÉN ES MÁS RÁPIDO? | |
|------------------------------|---|
| EDAD | 8 a 12 años |
| MATERIALES | - Pulsador o tótem |
| ¿CÓMO SE JUEGA? | <p>Los niños estarán sentados en el suelo formando un círculo y en el medio estará un pulsador, un tótem o cualquier objeto que sea fácil de coger (se puede utilizar cualquiera de estos tres, depende de los recursos de los que disponga el terapeuta).</p> <p>El terapeuta irá lanzando preguntas o situaciones y los menores deberán estar atentos a lo que dice el terapeuta para pensar una respuesta y pulsar o coger el tótem lo antes posible. El resto de compañeros deberán valorar las respuestas del 1 al 5 en función de lo correcta que haya sido. Las preguntas o situaciones que el terapeuta dirá en voz alta deben estar relacionadas con trabajar las habilidades sociales. Pueden ser del siguiente tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo le pedirías a un compañero que te deje jugar? - ¿Qué hay que hacer cuando alguien se siente mal por algo que le hemos hecho? - Decid una situación en la que se tenga que pedir perdón. - ¿Cuándo se dice gracias? |
| OBJETIVOS | - Habilidades sociales |

Parte del material:

PULSADOR



La única luz que se encienda será de quien pulse primero

TÓTEM



REPASAMOS LO APRENDIDO

ÍNDICE

1. Refuerzo positivo
2. Mantenimiento de conductas
3. Economía de fichas
4. Estrategias de regulación emocional
5. Escucha activa y comunicación
6. Manejo de conductas: extinción, sobrecorrección, coste de respuesta y tiempo fuera

Anexo 32. Repaso de lo aprendido con los menores (Material de elaboración propia)

| ¡ATRÉVETE A ADIVINAR! | |
|------------------------------|--|
| EDAD | 8 a 12 años |
| MATERIALES | - No se necesita material |
| ¿CÓMO SE JUEGA? | <p>El terapeuta irá contando de manera individual a cada niño una historia o situación y este deberá escenificarla de modo que el resto de sus compañeros tienen que adivinar qué ha ocurrido. La persona que esté recreando la escena no podrá hablar y tendrá 5 minutos para que sus compañeros la adivinen.</p> <p>Si consigue que sus compañeros adivinen la historia en menos de 5 minutos se llevará 2 puntos.</p> <p>Si no consiguen adivinar, el niño o niña que estaba recreando la situación podrá pedir ayuda a un compañero y volverán a tener 5 minutos para que el resto adivinen. Si de esta forma el resto consigue adivinar, ambos jugadores se llevarán un punto cada uno pero si de lo contrario no se consigue adivinar, se pasará el turno a otro compañero/a y se interpretará una nueva escena.</p> |
| OBJETIVOS | - Conciencia emocional, estrategias de regulación emocional, resolución de problemas y habilidades sociales. |

El tipo de historias o situaciones tienen que estar relacionadas con problemas cotidianos de los niños e incluir estrategias que se han visto en sesión.

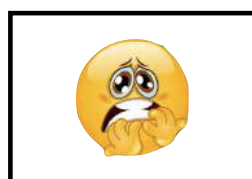
Ejemplos:

- *Una niña quería comer chuches pero le han dicho que no y entonces se ha puesto triste.*
- *Un niño está haciendo los deberes y su compañero le quita el lápiz que tenía en las manos sin pedir permiso y para no ponerse nervioso usa las técnicas de relajación.*
- *Un niño quería ir en bicicleta pero como le han dicho que no, para no enfadarse ha hecho la técnica de la tortuga.*

| LOS GLOBOS SORPRESA | |
|------------------------|---|
| EDAD | 8 a 12 años |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> - Globos - Tarjetas con emojis de emociones - Tarjetas con historias - Post-its |
| ¿CÓMO SE JUEGA? | <p>Dentro de cada globo hinchado podrá haber distintas tarjetas con distintos contenidos o un post-it con una frase. Los niños deberán explotar cada vez un globo y dependiendo de lo que les toque deberán hacer una cosa u otra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si te toca una tarjeta con un emoji: decir qué emoción representa y contar una situación en la que aparezca dicha emoción. Este tipo de tarjetas valen 2 puntos si se contestan correctamente. - Si te toca una tarjeta con una historia: hay que proponer una solución a dicha historia y decir qué emociones ha podido identificar. Este tipo de tarjetas valen 2 puntos si se contestan correctamente. - Si te toca una tarjeta en la que te pida hacer una técnica de regulación emocional: vale por 1 punto si se realiza correctamente. - Si te toca un post-it: deberás decir dos cosas positivas del compañero/a que tengas sentado a la derecha o a la izquierda o una cosa positiva de cada uno de los compañeros del juego. Vale por 3 puntos. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Conciencia emocional, estrategias de regulación emocional, resolución de problemas y habilidades sociales. |

Parte del material:

TARJETAS:

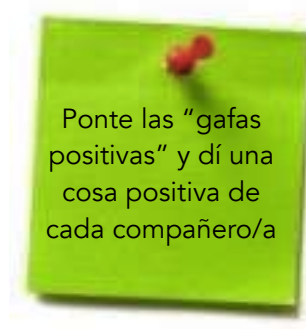


Hoy quería ir al cine pero mis padres me han dicho que no va a poder ser

Recuerda los pasos de cómo realizar autoinstrucciones

Haz la técnica de la tortuga

Pídele ayuda a un compañero/a para realizar una mímica y que el resto la adivine



Anexo 33. Escalas cuestionario SENA (extraído del manual del cuestionario)

Tabla 1.2. Puntuaciones que ofrecen los ejemplares de familia y escuela del SENA

| | Infantil-Familia | Primaria-Familia | Secundaria-Familia | Infantil-Escuela | Primaria-Escuela | Secundaria-Escuela |
|---|------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Escalas de control | | | | | | |
| INC. Inconsistencia | * | * | * | * | * | * |
| NEG. Impresión negativa | * | * | * | * | * | * |
| POS. Impresión positiva | * | * | * | * | * | * |
| Índices globales | | | | | | |
| GLO. Índice global de problemas | * | * | * | * | * | * |
| EMO. Índice de problemas emocionales | * | * | * | * | * | * |
| CON. Índice de problemas conductuales | * | * | * | * | * | * |
| EJE. Índ. problemas en las funciones ejecutivas | * | * | * | * | * | * |
| REC. Índice de recursos personales | * | * | * | * | * | * |
| Escalas de problemas | | | | | | |
| Problemas interiorizados | | | | | | |
| DEP. Depresión | * | * | * | * | * | * |
| ANS. Ansiedad | * | * | * | * | * | * |
| ASC. Ansiedad social | * | * | * | * | * | * |
| SOM. Quejas somáticas | * | * | * | * | * | * |
| Problemas exteriorizados | | | | | | |
| ATE. Problemas de atención | * | * | * | * | * | * |
| HIP. Hiperactividad-impulsividad | * | * | * | * | * | * |
| IRA. Problemas de control de la ira | * | * | * | * | * | * |
| AGR. Agresión | * | * | * | * | * | * |
| DES. Conducta desafiante | * | * | * | * | * | * |
| ANT. Conducta antisocial | | | * | | | * |
| Otros problemas | | | | | | |
| SUS. Consumo de sustancias | | | * | | | * |
| ALI. Problemas de la conducta alimentaria | | | * | | | * |
| APR. Problemas de aprendizaje | | | | | * | * |
| RET. Retraso en el desarrollo | * | | | * | | * |
| INU. Comportamiento inusual | * | * | * | * | * | * |
| Escalas de vulnerabilidades | | | | | | |
| REG. Problemas de regulación emocional | * | * | * | * | * | * |
| RIG. Rigidez | * | * | * | * | * | * |
| AIS. Aislamiento | * | * | * | * | * | * |
| APE. Dificultades de apego | * | | | | | |
| Escalas de recursos personales | | | | | | |
| SOC. Integración y competencia social | * | * | * | * | * | * |
| IEM. Inteligencia emocional | * | * | * | * | * | * |
| EST. Disposición al estudio | | * | * | | * | * |

Tabla 1.3. Puntuaciones que ofrecen los ejemplares de autoinforme del SENA

| | Primaria- Autoinforme (6 a 8 años) | Primaria- Autoinforme (8 a 12 años) | Secundaria- Autoinforme |
|--|--|---|----------------------------|
| Escalas de control | | | |
| INC. Inconsistencia | | * | * |
| NEG. Impresión negativa | | * | * |
| POS. Impresión positiva | | * | * |
| Índices globales | | | |
| GLO. Índice global de problemas | * | * | * |
| EMO. Índice de problemas emocionales | * | * | * |
| CON. Índice de problemas conductuales | * | * | * |
| EJE. Índice de problemas en las funciones ejecutivas | | * | * |
| CTX. Índice de problemas contextuales | * | * | * |
| REC. Índice de recursos personales | | * | * |
| Escalas de problemas | | | |
| Problemas interiorizados | | | |
| DEP. Depresión | * | * | * |
| ANS. Ansiedad | * | * | * |
| ASC. Ansiedad social | | * | * |
| SOM. Quejas somáticas | | * | * |
| PST. Sintomatología postraumática | | * | * |
| OBS. Obsesión-compulsión | | | * |
| Problemas exteriorizados | | | |
| ATE. Problemas de atención | * | * | * |
| HIP. Hiperactividad-impulsividad | * | * | * |
| IRA. Problemas de control de la ira | * | * | * |
| PCO. Problemas de conducta | * | | |
| AGR. Agresión | | * | * |
| DES. Conducta desafiante | | * | * |
| ANT. Conducta antisocial | | | * |
| Otros problemas | | | |
| SUS. Consumo de sustancias | | | * |
| ESQ. Esquizotipia | | | * |
| ALI. Problemas de la conducta alimentaria | | | * |
| Problemas contextuales | | | |
| FAM. Problemas familiares | * | * | * |
| ESC. Problemas con la escuela | | * | * |
| COM. Problemas con los compañeros | * | * | * |
| Escalas de vulnerabilidades | | | |
| REG. Problemas de regulación emocional | | * | * |
| BUS. Búsqueda de sensaciones | | | * |
| Escalas de recursos personales | | | |
| AUT. Autoestima | * | * | * |
| SOC. Integración y competencia social | | * | * |
| CNC. Conciencia de los problemas | | | * |

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEMANAL

Nº sesión:

Fecha:

El contenido de la sesión me ha parecido:

Nada útil Poco útil Bastante útil Muy útil

Las explicaciones que ha dado el terapeuta me han parecido:

Nada útil Poco útil Bastante útil Muy útil

Los rol-playing o los vídeos me han parecido:

Nada útil Poco útil Bastante útil Muy útil

En general la sesión me ha parecido:

Nada útil Poco útil Bastante útil Muy útil

Comentarios adicionales sobre la sesión: