

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

**“CONTROL EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE
IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD DE
LA FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE
QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención de Título de Psicólogo
General de Universidad Tecnológica Indoamérica, Modalidad Proyecto de
Investigación.**

Autor

Echeverría Espín Samantha Dennis

Tutor

Dra. Pozo Rueda Aura María, M.Sc.

Quito - Ecuador

2018

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Aura María Pozo Rueda con C.C. 040079156-2 en mi calidad de tutor del Trabajo de Titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación “CONTROL EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”, desarrollado por Echeverría Espín Samantha Dennis, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Psicólogo general ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, 16 de Febrero del 2018

Dra. Aura María Pozo Rueda, M.Sc.

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Samantha Dennis Echeverría Espín, declaro ser autora del Proyecto de Tesis titulado **“CONTROL EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”**, como requisito para optar el grado de Psicóloga General, autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del (RDI-UTI) podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los diecinueve días del mes de febrero del 2018, firmo conforme:

Autora: Samantha Dennis Echeverría Espín

Firma

C.C. 100366610-2

Dirección: Machala y José Herboso

E-mail: sammylupd@gmail.com

Telf. 0996266828

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, Febrero 2018

Samantha Dennis Echeverría Espín
C.C. 100366610-2

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “CONTROL EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017” previo a la obtención del Título de Licenciada en Psicología General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

Presidenta

.....

Vocal 1

.....

Vocal 2

Quito,.....2018

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme salud, a mis padres Daniela y Rodrigo, a mi hermana Karla pilares fundamentales de mi vida, pero sobre todo al niño de mis ojos, mi hermano, mi ángel, mi luz, mi vida entera, por ti Martín.

Samantha Dennis

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero a mis padres Daniela y Rodrigo; por su amor y apoyo incondicional, a mis hermanos Karla y Martín porque su amor ha sido mi motor en este transitar académico.

A la doctora Aura María Pozo, tutora de tesis, por ser una guía fundamental en este proceso y motivarme constantemente para no decaer ante los obstáculos que se presentaron en la investigación.

A mis maestros, por compartir sus conocimientos y sobre todo por ser amigos, guías de vida y crecimiento personal especialmente al Dr. Andrés Subía, a la Dra. Jacqueline Gordón, a la M.Sc. Paulina Guerra y al M.Sc. Francisco Dillon, a todos mis respetos, cariño y admiración.

A mis abuelos maternos Luis y Clemencia, a mis tíos Percybal, Vanesa, Pedro, Doris y Sofía, por su apoyo y entusiasmo a lo largo de la vida, desde que nací recuerdo que me enseñaron a luchar con fuerza y conocer el verdadero sentido de familia en las buenas y en las malas, juntos por siempre.

Samantha Dennis

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
PRELIMINARES	
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN EJECUTIVO	xv
EXECUTIVE SUMMARY	xvi
CAPÍTULO I	1
MARCO REFERENCIAL	1
1.1. Introducción	1
1.2. Problema	3
1.3. Contextualización	4
1.3.1. Macro	4
1.3.2. Meso	6
1.3.3. Micro	8
1.4. Antecedentes	9
1.5. Indicadores	11
1.6. Efectos	11
1.7. Contribución del trabajo de investigación	12
1.7.1. Teórico	12
1.7.2. Económica	12
1.7.3. Social	13

CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	14
2.1.1. Definición de trastorno	14
2.1.2. Definición de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	14
2.1.3. Etiología.....	15
2.1.4. Prevalencia.....	17
2.1.5. Sintomatología del TDAH.....	17
2.1.6. Subtipos de TDAH.....	17
2.1.6.1. Predominante Inatento.....	19
2.1.6.1.1. ¿Cómo se puede identificar y diagnosticar a una persona con TDA/H de tipo inatento?	19
2.1.6.2. Predominante hiperactivo- impulsivo	20
2.1.6.3. Combinado.....	20
2.1.7. Dificultades de atención y concentración con y sin hiperactividad.	21
2.1.7.1. Conductas frecuentes.....	23
2.1.7.2. Fortalezas y dificultades de los niños/as con déficit atencional. Ámbito cognitivo.....	23
2.2. Comorbilidad del TDAH.....	25
2.3. Trastornos del neurodesarrollo	26
2.3.1. Neurodesarrollo.....	26
2.3.2. Tipos de trastornos del neurodesarrollo	27
2.3.3. Etiología.....	28
2.4. Neurodesarrollo en el TDAH.....	30
2.5. Neuropsicología del TDAH.....	32
2.6. ¿Cómo afecta el TDAH al cerebro?.....	33
2.7. ¿Cómo afecta el TDAH en los neurotransmisores?	33
2.8. ¿Cómo funciona el cerebro de las personas con TDAH?.....	34
2.9. Control Emocional	35
2.9.1. Alteraciones emocionales en el TDAH	37
2.9.2. Reconocimiento emocional en el TDAH	37

2.10. Impulsividad	40
2.10.1. Modelo neuropsicológico de Barkley para el TDAH.....	42
2.11. Justificación	44
2.12. Objetivos.....	46
2.12.1. Objetivo General	46
2.12.2. Objetivos Específicos	46
CAPÍTULO III	47
METODOLOGÍA	47
3.1. Diseño de trabajo	47
3.2. Área de estudio	47
3.3. Enfoque	48
3.4. Población y muestra	48
3.4.1. Cálculo de muestra de poblaciones finitas	49
3.4.2. Gráficos de la descripción de la muestra.....	50
3.5. Instrumentos de investigación	51
3.5.1. El sistema de clasificación integrado de Salkind y Wrigth basado en los índices de impulsividad (PI) y eficiencia (PE).....	54
3.5.2. Procedimientos para obtención y análisis de datos	57
3.5.2.1. Actividades	57
CAPÍTULO IV	59
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	59
4.1. Diagnóstico de la situación actual.....	59
4.2. Análisis e Interpretación.....	61
4.3. Comprobación de las Hipótesis	63
CAPÍTULO V	64
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y DISCUSIÓN	64
5.1. Conclusiones.....	64

5.2. Recomendaciones.....	65
5.3. Discusión	66
CAPÍTULO VI.....	70
PROPUESTA	70
6.1. Tema.....	70
6.2. Justificación	70
6.3. Objetivos.....	71
6.3.1. Objetivo General	71
6.3.2. Objetivos Específicos	71
6.4. Estructura Técnica de la Propuesta	72
6.4.1. Argumentación Teórica	72
6.5. Diseño Técnico de la Propuesta.....	73
6.6. Fundamento Pedagógico	75
6.7. Estructura Técnica de la propuesta	75
6.7.1. Desarrollo del Taller 1.....	80
6.7.2. Desarrollo del Taller 2.....	82
6.7.3. Desarrollo del Taller 3.....	84
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	91
Anexo N° 1: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	91
Anexo N° 2: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	91
Anexo N° 3: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	92
Anexo N° 4: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	92
Anexo N° 5: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	93

Anexo N° 6: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	93
Anexo N° 7: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	94
Anexo N° 8: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)	94
Anexo N° 9: Ficha de validación de instrumento 1	95
Anexo N° 10: Ficha de validación de instrumento 2	96
Anexo N° 11: Ficha de validación de instrumento 3	97
Anexo N° 12: Registro de Observación – Control Emocional.....	98
Anexo N° 13: Validación de Abstract	99

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Subtipos neuropsicológicos de TDAH en el DSM IV-TR (2002).....	18
Tabla N° 2: Descripción de la muestra de estudio.....	50
Tabla N° 3: Propuesta del Cuestionario EFECO en versión auto- reporte	55
Tabla N° 4: Estadísticos descriptivos	60
Tabla N° 5: Tabla de correlación de Pearson	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Tabla con el tiempo de concentración de los niños según su edad.	23
Gráfico N° 2: Cuadro posible dinámica de relaciones entre modelos teóricos actuales del TDAH. (Capilla Gonzales, y otros, 2004).....	30
Gráfico N° 3: Heterogeneidad del TDAH en todos los niveles.	40
Gráfico N° 4: Fórmula para cálculo de muestra de poblaciones finitas	49
Gráfico N° 5: Descripción de la muestra “género”	50
Gráfico N° 6: Descripción de la muestra “edades”	51
Gráfico N° 7: El sistema de clasificación integrado de Salkind y Wrigth basado en los índices de impulsividad (PI) y eficiencia (PE).	54

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

RESUMEN EJECUTIVO

TEMA: “CONTROL EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”

AUTOR:

Echeverría Espín Samantha Dennis

TUTOR:

Dra. Pozo Rueda Aura María, M.Sc.

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación, se abordarán variables como el control emocional y su incidencia con el nivel de impulsividad en niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de 6 a 11 años. Este trastorno se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad – impulsividad, que se presenta con una mayor incidencia en niños/as en edades comprendidas en etapas escolares iniciales y medias. El objetivo de esta investigación fue determinar si el control emocional tiene incidencia con los niveles de impulsividad en los niños/as con TDAH, subtipos y factores de riesgo asociados a este trastorno; para ello, se seleccionó una muestra de 272 niños/as de la Fundación Educativa Alfaguara, de la Provincia de Pichincha, Ciudad de Quito, Ecuador; en donde se aplicaron dos instrumentos de investigación para así obtener resultados que permitan determinar conclusiones y recomendaciones, con el propósito de realizar un programa de recuperación psicopedagógica y sensibilización, para mejorar la atención de los niños con este trastorno y dar a conocer a padres y maestros de escuelas primarias, estrategias metodológicas y conductuales para el adecuado tratamiento e intervención del TDAH y el mejoramiento de la calidad de vida de los niños/as afectados con este trastorno.

PALABRAS CLAVES: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, impulsividad, control emocional, trastorno del neurodesarrollo.

INDOAMERICA TECHNOLOGICAL UNIVERSITY

**FACULTY OF HUMAN SCIENCES AND HEALTH CAREER OF
PSYCHOLOGY**

EXECUTIVE SUMMARY

THEME: “EMOTIONAL CONTROL AND ITS INCIDENCE WITH THE LEVEL OF IMPULSIVITY IN CHILDREN WITH ADHD FROM 6 TO 11 YEARS OF AGE OF THE EDUCATIONAL FOUNDATION ALFAGUARA, OF THE CITY OF QUITO, DURING THE YEAR 2017”

AUTHOR:

Echeverría Espín Samantha Dennis

TUTOR:

Dra. Pozo Rueda Aura María, M.Sc.

ABSTRACT

In this research, variables such as emotional control and its incidence will be addressed with the level of impulsivity in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from 6 to 11 years. This disorder is characterized by a persistent pattern of inattention and / or hyperactivity - impulsivity, which occurs with a greater incidence in children of primary and secondary school ages. The objective of this research was to determine if emotional control has an incidence with levels of impulsivity in children with ADHD, subtypes and risk factors associated with this disorder; For this purpose, a sample of 272 children from the Alfaguara Educational Foundation of the Province of Pichincha, Quito city, Ecuador, was selected, where two research instruments were applied in order to obtain results that allow conclusions and recommendations to be determined, with the purpose to carry out a program of psycho-pedagogical recovery and sensitization, to improve the attention of children with this disorder and to inform parents and teachers of primary schools, methodological and behavioral strategies for the adequate treatment and intervention of ADHD and the improvement of quality of life of children affected with this same.

KEYWORDS: Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, emotional control, neurodevelopmental disorder.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. Introducción

La presente investigación está dirigida a los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la misma que muestra de manera particular dos áreas de abordaje, el control emocional y los niveles de impulsividad de niños de 6 a 11 años, que poseen este trastorno.

El objetivo de este estudio es saber la incidencia que tiene la impulsividad sobre el control emocional de los niños con TDAH, y a su vez, orientar y sensibilizar tanto a padres como a docentes, sobre diversos factores que pueden contribuir al desarrollo y buen manejo, factores importantes como: cuidado familiar, cuidado en escuelas, conocimiento general sobre lo que es el trastorno, para de esta manera aportar con factores positivos.

Dentro de la contextualización realizada en esta investigación se plantea el objetivo de revisar la investigación reportada y el sustento teórico desarrollado en torno al control emocional y los niveles de impulsividad en la población que presenta diagnóstico de TDAH.

Esta condición psicopatológica afecta a diferentes aspectos tanto en el desempeño académico, comportamental, así como también en lo cognitivo, social y familiar.

Manuales como el DSM V y CIE-10 consideran al trastorno como una alteración del neurodesarrollo en la infancia. Caracterizado por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad impulsividad que se presenta con

una mayor gravedad de lo esperado para el nivel de desarrollo. En el primer capítulo muestra un análisis conceptual sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), criterios taxonómicos y filosóficos; por otro lado, desarrollo de variables tanto dependiente como independiente, las cuales se denominan control emocional e impulsividad, así como también, los objetivos planteados para la investigación.

Actualmente las diferentes bibliografías consideran al TDAH, según predominen los síntomas de hiperactividad-impulsividad, de desatención o ambos, puede diagnosticarse uno de los tres subtipos: predominantemente hiperactivo-impulsivo, predominantemente desatento o combinado. Trastorno con un cuadro neurobiológico en el que está comprometido el funcionamiento del lóbulo frontal.

También citan otros autores que la sintomatología del TDAH podrían ser producto de alteraciones de la función ejecutiva, la cual está relacionada con el control de impulsos.

Aspectos teóricos sobre el control inhibitorio mencionan que depende del funcionamiento ejecutivo global, es decir, cuando este se encuentra deficitario se produciría la alteración en la autorregulación del comportamiento característico de los niños con TDAH.

(Pallares, Miriam, & Elisabeth., 2013):

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se encuentra en el grupo de trastornos del neurodesarrollo sin causa específica identificada y es muy común que se encuentre acompañado de trastornos del aprendizaje; dentro de las variantes genéticas respecto a la impulsividad de los niños con TDAH, se menciona que se trata de la reproducción mediante un mecanismo de promiscuidad irreflexiva, que se da de forma esporádica y se mantienen a merced de mutaciones novo.

El capítulo 2 expone la metodología, diseño de trabajo, área de estudio, enfoque y muestra usada en este proceso, así como también procesamiento para la obtención y análisis de datos.

Numerosos estudios han reportado que los niños con TDAH que reciben apoyo externo al habla autodirigida mejoran en habilidades atencionales, flexibilidad cognitiva, comportamiento en el medio educativo, impulsividad y control inhibitorio. Por tanto, en el capítulo 3 muestra el análisis de resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

La metodología utilizada se basa en la revisión de artículos, libros, estudios en general sobre el TDAH, pero exclusivamente sobre características, sobre el control emocional y los niveles de impulsividad que caracteriza a la población sometida al estudio, con un diseño cuantitativo, descriptivo- exploratorio, de enfoque transversal.

En el capítulo 4 establece una comparación de estudios preliminares en relación a este nuevo aporte.

Finalmente, en el capítulo 5 ofrece una propuesta técnica con argumentación teórica y un diseño viable cuyo objetivo es ayudar a familias, docentes y la sociedad en general con el compromiso de favorecer la integración del sujeto a su medio y entorno cotidiano, y, como parte de un equipo interdisciplinario, precisar técnicas y conocimientos que contribuyan a la integración del sujeto a su sistema intra e interindividual.

1.2. Problema

¿El Control emocional tiene incidencia con el nivel de impulsividad de los niños con TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) de 6 a 11 años de la ciudad de Quito, de la fundación educativa alfaguara durante el año 2017?

Muchas veces por el desconocimiento y la falta de información sobre el trastorno, por parte de los padres, docentes e incluso los mismos compañeros de aula o escuela, agravan la condición del niño. Es así que la inquietud de los niños se transforma en un torbellino que arrastra al niño y a su entorno, a una serie de conflictos.

En principio el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se manifiesta en niveles de actividad exacerbados, impulsividad, intolerancia, frustración, dificultades de concentración, inatención y en la mayoría de niños problemas de comportamiento e irritabilidad. Ciertos estudios sobre TDAH mencionan que hasta dos tercios de los niños que padecen este cuadro clínico trascenderá hasta la vida adulta, pero como en todas las investigaciones, los criterios de autores varían, ya que mencionan que este trastorno es propio de la niñez.

1.3. Contextualización

1.3.1. Macro

Estudios a nivel de latinoamericano.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud revelan que existe un 5% de prevalencia de TDAH alrededor de todo el mundo. En México existen aproximadamente 600 mil niñas y niños que tienen TDAH, de los cuales sólo el 8% está diagnosticado y tratado. En algunos casos la falta de diagnóstico y tratamiento adecuado traen como consecuencias la violencia intrafamiliar, el abuso de sustancias, la deserción y repelencia escolar. En el Hospital J. N Navarro, único Hospital Psiquiátrico Infantil en México la primera causa de atención es el TDAH. Según la Encuesta Nacional Mexicana de Epidemiología Psiquiátrica entre el 5% y el 6% de la población entre 6 y 16 años padecen TDAH, cifras alarmantes que colocan al TDAH como un problema de salud pública. Además, una investigación efectuada por SERSAME, Programa Específico de

Trastornos por Déficit de Atención, corrobora que el sistema nacional mexicano es insuficiente para atender debidamente a este volumen de niños y sus familias.

En países como Estados Unidos se reportan cifras entre el 2% y el 18% de niños/as con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, mientras que en países como Colombia y España se han registrado la presencia de un 14% a 18%.

(Rivas y de Dios, 2016):

En América Latina la prevalencia de niños y niñas diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es del 2,2 % y un 17,8% de edades de seis a ocho años, trastorno que podría perdurar hasta la edad adulta.

(Barragán Eduardo, 2007):

Por otro lado en el Consenso Latinoamericano de TDAH celebrado los días 17 y 18 de junio de 2007, en la Ciudad de México, convocado por el Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH (GENPETDAH, A.C.) y donde participaron 130 especialistas pertenecientes a neurociencias de 19 países latinoamericanos; mencionan que este Trastorno neuropsiquiátrico es el más común a nivel mundial, el mismo que afecta aproximadamente entre el 3% y 7% de la población infantil en Latinoamérica, teniendo una prevalencia estimada de 5.29 % asociada a una variabilidad significativa de -0.001.

(López y Masana, 2012):

En algunos casos los niños no solo presentan un trastorno, sino que pueden ser acompañados o combinados con otros como el Trastorno negativo desafiante que tiene una prevalencia del 65% que es un porcentaje mayor con el 23% de niños que tiene trastornos de ansiedad.

(Téllez y Valencia, 2011): “Estudios realizados en España y México revelan que existe una mayor prevalencia del 14.6% de niños mexicanos diagnosticados con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad a diferencia de niños españoles con un 6,8% con edades de 6 a 12 años”.

1.3.2. Meso

Estudios a nivel de Ecuador.

Estudios del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil la Doctora Victoria Silva, psiquiatra infantil, ha indicado que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un problema de incidencia patológica que afecta más niños que a niñas. De acuerdo a datos recopilados en el año 2016 se ha detectado 592 nuevos casos, equivale a un 66.7 % de los niños y un 33.3% de niñas, Silva menciona que las causas del TDAH son multifactoriales y principalmente atribuye a factores que produzcan cualquier grado de hipoxia en el feto o altere la concepción en el embarazo o durante el parto.

Según la OMS, entre el 1.2% y 7.3% de la población sufre este trastorno, que está catalogado como un trastorno mental, por lo que Victoria Silva ha sugerido que para realizar una evaluación completa y un buen diagnóstico se debe trabajar con un equipo multidisciplinario, conformado por psiquiatra infantil (principalmente), pediatra, neurólogo, fonoaudiólogo, otorrino, terapeutas del lenguaje, psicopedagogo, psicólogo clínico, entre otros especialistas (dependiendo el caso).

Según la psiquiatra, a pesar que el diagnóstico para esta patología no es muy difícil, ha visto que en el país existe un sobre diagnóstico debido que “aún se confunden los síntomas de la enfermedad. Por ende, es fundamental que los profesionales de la salud aprendan a diagnosticar este trastorno, porque si no se trata a tiempo se pueden dar problemas en la adolescencia, como baja autoestima, depresión, ansiedad, consumo de drogas.

Además, hay que tener y consideración que sólo en casos necesarios se debe hacer uso de medicación, pues el tratamiento farmacológico debería ser considerado como la última opción; el tratamiento psicológico representa el 60 y 70% en la recuperación del niño y el mismo debe estar enfocado en la parte conductual, mejorando su comportamiento, rendimiento, atención, concentración y sobre todo el entorno familiar.

Según resultados de encuestas realizadas por la División Nacional de Educación Especial del Ecuador y la Fundación General Ecuatoriana Leonard Cheshire Internacional dirigidas a Maestros de Apoyo y Maestros de Aula Regular sobre estudiantes con NEE integrados a Instituciones de Educación Regular se obtienen como datos que las instituciones de educación especial no apoyan a los programas de integración, así lo afirma el 73% de los maestros y maestras de apoyo encuestados.

En las encuestas efectuadas por la Fundación General Ecuatoriana Leonard Cheshire, dirigidas a maestros regulares, el 86%, afirma que el Proyecto Educativo de la Institución donde labora sí contempla la integración de estudiantes con NEE. El 27% de maestros y maestras asevera tener material específico para atender a los niños y las niñas integrados. El 73% restante no cuenta con material específico y utiliza el mismo para todos los alumnos y alumnas.

Por otro lado, el 61% de los/as docentes considera que las acciones que cumple si satisfacen las necesidades de estudiantes con, el 21% considera que se satisfacen de manera parcial y el resto piensa que sus acciones no satisfacen las necesidades especiales de sus alumnos y alumnas. Los/as educadores atienden un promedio de 2 estudiantes de integración en su aula.

El 89% de los/as docentes responde que los/as estudiantes tuvieron una evaluación previa a la integración dentro de las aulas. En la mayoría de estos casos, 71%, la evaluación la realizó el maestro o maestra de apoyo y en menor

porcentaje, 25% el CEDOPS. Pocos casos, 11% son evaluados por otros profesionales o instituciones.

1.3.3. Micro

Estudios a nivel de Quito.

En Ecuador son escasos los estudios dirigidos a especificar un porcentaje de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, los autores Ramos y Bolaños, (2015) indican que en la ciudad de Quito se realizó un estudio con una muestra de 246 estudiantes la cual se realizó dos grupos el primero con 228 estudiantes evaluados, teniendo como resultados un 92,7% que no cumple Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad combinados, que demuestran un bajo rendimiento académico y un abajo nivel de atención tanto en clases como en el hogar, y el 7,3% que cumplen con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad combinado, en cuanto al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de subtipo desatento se encontró que 16 estudiantes cumplieron con los criterios clínicos obteniendo como resultado un 93,5% que no cumple Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Desatento y el 6,5% cumple Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Desatento.

En conclusión, los datos estadísticos recogidos tanto a nivel internacional como nacional demuestran que el TDAH es un problema de salud pública, y que lamentablemente no todas las personas reciben un adecuado diagnóstico y tratamiento tanto médico, pedagógico, pero sobre todo el acompañamiento psicológico, como instancia fundamental para lograr un desempeño adecuado.

En virtud a los datos recopilados, el problema tiene como factor la falta de capacitación de los/as docentes, el mismo que se muestra como impedimento para ejecutar su trabajo adecuadamente con niños/as que tienen Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, obstaculizando una verdadera educación inclusiva, así como el desarrollo de sus potencialidades y destrezas.

1.4. Antecedentes

Este trabajo se llevó a cabo con una metodología de enfoque transversal con un diseño cuantitativo; descriptivo- exploratorio, en el cual se aplicaron dos reactivos psicológicos el primero para medir el nivel de impulsividad denominado EMIC (escala Magallanes de impulsividad computarizada) y el segundo instrumento es una ficha de observación que permiten evaluar control emocional.

En el Consenso Latinoamericano de TDAH mencionan que este Trastorno neuropsiquiátrico es el más común a nivel mundial, mismo que afecta aproximadamente entre el 3% y 7% de la población infantil en Latinoamérica.

Investigaciones afirman que las funciones ejecutivas una de ellas el control emocional, y los niveles de impulsividad se encuentra relacionados con el control inhibitorio que se ponen de modelos explicativos de la sintomatología del TDAH en donde se presente una interacción entre las mismas, lo cual aportaría en la comprensión de este trastorno y en su tratamiento.

El aporte de representantes de importantes sectores sociales del Ecuador, en conjunto con aportes internacionales, no gubernamentales y el Consejo Nacional de Educación formularon la Propuesta de Reforma Curricular para la Educación Básica, tomando como base las necesidades de la nación ecuatoriana. Esta Reforma debe ser utilizada y conocida por todos los maestros y maestras, por ello el Ministerio de Educación y Cultura puso a disposición el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Educación Ecuatoriana, con el compromiso de asumir esta responsabilidad de manera colectiva.

El fundamento de la Reforma Curricular para la Educación Básica se sustenta en la formación de valores actitudinales, el desarrollo de instrumentos cognoscitivos, del pensamiento, la creatividad, y la preparación constante para las personas sean capaces de enfrentarse a la realidad del mundo que los rodea.

El objetivo primordial del Plan Estratégico de Desarrollo de la Educación Ecuatoriana, se efectuó con el objetivo de lograr que el Sistema Educativo Ecuatoriano responda a exigencias nacionales e internacionales, ajustadas a la realidad económica, social y cultural.

Los/as estudiantes con necesidades educativas especiales presentan mayores dificultades que el resto de sus compañeros/as de aula para aprender los contenidos que se establecen en el currículo, ya sea por causas internas, fisiológicas, por una historia de aprendizaje desajustada, por dificultades o carencias en el entorno socio familiar.

Tales necesidades especiales sólo podrán determinarse tras un proceso de evaluación amplio al niño/a, su contexto escolar y socio familiar, este estudio llevado a cabo únicamente por profesionales.

El criterio fundamental que se debe manejar para comprobar cuando un escolar presenta mayores dificultades de aprendizaje que sus compañeros de la misma edad, debe basarse, en que una vez agotados los recursos ordinarios, cambios metodológicos y materiales distintos, los docentes, individual y colectivamente, considerar que a pesar de ello, el alumno/a necesita ayuda extra para resolver sus dificultades y continuar con regularidad su proceso académico.

Las causas de las dificultades del aprendizaje no sólo están en los/as escolares con necesidades educativas especiales, sino también en las deficiencias del entorno educativo, en razón de que los problemas que surgen dentro del proceso de enseñanza tienen un carácter interactivo, es por esto que no puede establecerse un esquema definitivo determinante, ya que los resultados variarán en función de las condiciones y oportunidades que se le proporciona al niño, pilares fundamentales como el entorno familiar, en concordancia al entorno educativo y social, es así que se verán resultados positivos cumpliendo funciones en conjunto.

1.5. Indicadores

- Ineficacia del Gobierno del Estado Ecuatoriano y de los organismos especializados en la elaboración y aplicación de programas para la prevención y atención.
- Falta de comprensión por parte del docente frente a la situación de los niños/as con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- No existe cursos enfocados hacia el TDAH, es decir no hay seminarios, cursos, donde se faculten y aprendan estrategias educativas eficientes para tratar a niños con este diagnóstico, la poca oferta en varios casos es inaccesible económicamente.
- En varios casos el poco interés por parte de los docentes e incluso la intransigencia de querer capacitarse a tratar con niños con TDAH, todo esto por el gran esfuerzo que implica, ya que gran porcentaje de docentes se encuentran acostumbrados a trabajar con grupos homogéneos y les resulta complicado trabajar individualmente con adaptaciones curriculares.

1.6. Efectos

- Bajo rendimiento escolar, por falta de comprensión docente que obvia las dificultades cognitivas que obstaculizan el normal aprendizaje de los/las estudiantes.
- Baja autoestima en los niños/as con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad debido a la falta de motivación positiva del profesor /a, no tienen autoconfianza los cual conllevan a consecutivos fracasos escolares.
- Los niños tienen dificultades para mantener la atención por no encontrarse en un contexto estimulante y dinámico.
- Frustración y angustia de los padres porque sus hijos/as no cumplen con las expectativas deseadas en el ámbito escolar y en la vida diaria de las familias.
- Deserción estudiantil y repetición de grados escolares, específicamente en la etapa de la adolescencia.

- Si no se da atención pedagógica y personalizada a los estudiantes con TDAH, es posible que en la adolescencia en forma de insubordinación como producto del maltrato psicológico que han sufrido en el transcurso de los años, se busquen evasivas, pudiendo incidir en el consumo de sustancias como alcohol, drogas en general y a su vez con comportamientos nocivos para ellos y para el medio que los rodea.
- Los niños/as con TDAH sin una apropiada guía docente y familiar pasan de proactivos a conflictivos como consecuencia de la falta de estrategias beneficiosas para el niños/as.

En conclusión, datos estadísticos recogidos tanto a nivel internacional como nacional demuestran que el TDAH es un problema de salud pública, y que lamentablemente no todas las personas reciben un adecuado diagnóstico y tratamiento tanto médico como pedagógico.

1.7. Contribución del trabajo de investigación

1.7.1. Teórico

El aporte teórico de la investigación se manifiesta en el conocimiento utilizado para el análisis de los problemas psicosociales y cognitivos, asociados al tratamiento efectivo de las dificultades del aprendizaje, surgidas como resultado del TDAH y su relación con el control emocional y los niveles de impulsividad. El aporte teórico de la investigación podrá ser contrastada a través de las conclusiones y recomendaciones de esta, esto permitirá la generación de nuevas hipótesis de trabajo para futuras investigaciones, las que podrán ser ejecutadas con fundamentos teóricos válidos aplicadas en contextos distintos.

1.7.2. Económica

La contribución económica del trabajo de investigación se evidenciará en la aplicación de un plan de intervención y sensibilización para TDAH, mismo que

contará con la diagramación informática de casi todo el proceso de evaluación, seguimiento y recuperación. Esto permitirá optimizar los costos de operativización del proceso y del plan de intervención en la institución educativa en la que se aplicará la propuesta, permitiendo invertir o reinvertir esos recursos de manera más eficiente.

1.7.3. Social

La contribución social del trabajo de investigación se evidenciará con la aplicación de un plan de intervención y sensibilización para TDAH. Este plan, se encuentra dividido específicamente para 3 grupos objetivos (padres, docentes y psicólogos). En el primer grupo, se sensibilizará a los padres referentes al TDAH, sus causas, consecuencias y posible tratamiento, así como estrategias que se trabajarán en casa y que permitirán coadyuvar el trabajo de docentes y psicólogos en la institución educativa. El segundo grupo, recibirá información referente al diagnóstico, causas y consecuencias del TDAH y la manera más efectiva y eficiente de realizar un plan de intervención o adaptación curricular desde un punto de vista psicopedagógico, y el último grupo, enfocado en actualizar los conocimientos de los psicólogos del DECE, para el adecuado diagnóstico, tratamiento y recuperación psicopedagógica del niño/a que se encuentre diagnosticado con TDAH, sin dejar de lado el trabajo interdisciplinario orientado desde un punto de vista inclusivo, sin discriminaciones de género y con el apoyo del núcleo familiar en el que el/la niño/a se desenvuelve.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

2.1.1. Definición de trastorno

Síndrome clínicamente significativo asociado al deterioro de una o más áreas de funcionamiento.

2.1.2. Definición de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Manuales como el DSM V y CIE-10 consideran al trastorno como una alteración del neurodesarrollo en la infancia. Caracterizado por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad impulsividad que se presenta con una mayor gravedad de lo esperado para el nivel de desarrollo.

(Pascual-Castroviejo, 2009):

El TDA-H es un trastorno neurobiológico, con un diagnóstico básicamente clínico y con un cuadro complejo en la patología infantil y juvenil, que se extiende hasta la vida adulta. La repercusión que tiene este trastorno en cada persona se muestra en los diferentes ámbitos de su vida. Teniendo en cuenta que nuestra realidad globalizada está generando niños extremadamente inmediatistas y con bajos niveles de manejo tanto con las frustraciones como responsabilidades y límites.

(Barkley, 2008):

El TDAH es un trastorno de inhibición que interrumpe el sistema ejecutivo del cerebro, provocando una pérdida de las habilidades que tienen normalmente los alumnos para la autorregulación. No permite organizar el comportamiento a través del tiempo y hacia el futuro.

Es decir que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo propio de la infancia con trascendencia a la adolescencia e incluso hasta la edad adulta, considerando que la sintomatología variará según la edad.

2.1.3. Etiología

Según García Castaño (2001) para la mayoría de investigadores, el principio del trastorno por Déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tiene origen en el funcionamiento deficiente de la química cerebral y de ciertas zonas del cerebro, que se ven manifiestas en el comportamiento del individuo como por ejemplo en problemas de atención, impulsividad e hiperactividad. Los descubrimientos transcendentales sobre la naturaleza de este trastorno se encuentran alrededor de estudios neurológicos y genéticos que se pueden resumir en aspectos relevantes que se mencionan a continuación:

- El flujo sanguíneo en la región pre-frontal del cerebro y en el núcleo caudado que forma parte de la conexión con el sistema límbico, se encuentra disminuido.
- El metabolismo de la glucosa en la misma región pre-frontal es bajo. Estos datos fueron obtenidos al examinar personas de diferentes edades por medio de la técnica TEP (Tomografía de Emisión de Positrones).
- Los estudios hechos con Resonancia Magnética han mostrado algunas diferencias anatómicas donde el tamaño del lado izquierdo del núcleo caudado es inferior a lo común. También se ha identificado que el cuerpo

calloso, que une a los dos hemisferios del cerebro, tiende igualmente a tener un volumen inferior al promedio.

- Actualmente, existe un consenso en la comunidad científica de que el TDAH tiene como fuente un factor genético. Se ha encontrado que un 32%, aproximadamente, de los hermanos de niños que también tienen TDAH, pueden presentarlo también. Si es uno de los padres quien lo sufre, el riesgo de que sus hijos lo manifiesten es de un 57 %.
- Los neurotransmisores permiten estimular a neuronas cercanas, las mismas que permiten que los impulsos o mensajes se trasmitan por el cerebro, los neurotransmisores que se ven asociados a este trastorno son la dopamina y la norepinefrina, las cuales operan de manera diferente en las personas que tengan TDAH, lo cual indica que un fuerte factor viene de transmisión genética, en el que están implicados tanto procedimientos químicos como diversas estructuras cerebrales, especialmente en la región prefrontal.

En cuanto a varios estudios la etiología del TDAH se ha descrito de origen multicausal y hasta la actualidad no se determina un factor específico determinante.

(Barragán Eduardo, 2007): “El TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos que presenta formas de herencia compleja, con múltiples genes de efecto menor, conjugada con factores ambientales, determinan la expresión del trastorno. La heredabilidad estimada para este trastorno es del 75 %”.

Dentro de la anatomía cerebral en el consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad se dice que existe disfunción en el sistema dopaminérgico (tamaño menor en regiones dopaminérgicas específicas) y genotípicas (presencia de genes para alelos específicos de dopamina). Se describen causas genéticas, factores ambientales y la aproximación a la búsqueda de endofenotipos a través de estudios de neuroimagen, relacionado con cambios a nivel fronto- estriar, prefrontal y cerebeloso.

El TDAH es un desorden primariamente poligénico, mismo que involucra al menos a 50 genes (dopaminérgicos, serotoninérgicos, adrenérgicos) son sólo una parte, es por la razón que este trastorno viene acompañado de varios problemas de tipo conductual.

2.1.4. Prevalencia

Para (Valero, 2014): “los trastornos por Déficit de Atención con hiperactividad se presentan en la infancia y se identifican con una fuerte actividad motora, desatención, impulsividad causando problemas de aprendizaje y problemas emocionales”.

En cuanto a prevalencia del TDAH en la población general, la Asociación de Psiquiatría y diversas investigaciones afirman que aproximadamente, entre el 3 y 7% de la población presentan este trastorno. Es así que dentro de lo descrito surge la necesidad de investigar la prevalencia en niños ecuatorianos de 6 a 11 años, de la ciudad de Quito para conocer el control emocional y la incidencia de los niveles de impulsividad.

2.1.5. Sintomatología del TDAH

Los síntomas pueden manifestarse con una intensidad diferente en cada paciente o pueden presentarse de manera independiente. Por tanto, el perfil sintomatológico de los afectados variará en intensidad y presentación. En muchas ocasiones los niños con TDAH suelen mostrar conductas disruptivas las mismas que pueden ser consecuencia de la frustración.

2.1.6. Subtipos de TDAH

Actualmente las diferentes bibliografías consideran al TDAH, según predominen los síntomas de hiperactividad-impulsividad, de desatención o ambos, puede diagnosticarse uno de los tres subtipos:

- Tipo predominantemente inatento.
- Tipo predominantemente hiperactivo –impulsivo.
- Combinado.

Tabla N° 1: Subtipos neuropsicológicos de TDAH en el DSM IV-TR (2002)

Inatención	Hiperactividad	Impulsividad
No presta suficiente atención a los detalles.	Mueve en exceso manos y pies.	Responde de forma precipitada a las preguntas.
Tiene dificultades en la atención sostenida.	Abandona su intento en la clase.	
Parece no escuchar cuando se le habla directamente.	Corre o da saltos en situaciones inapropiadas.	Tiene dificultades para guardar el turno en una fila.
Dificultad para finalizar las tareas.	Tiene dificultad para realizar actividades tranquilas.	Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros.
Dificultad para organizar sus actividades o tareas.	Habla en exceso.	
Rechaza cualquier esfuerzo mental sostenido.	Actúa como si estuviese impulsado “por un motor.”	
Se distrae por estímulos irrelevantes.		
Es olvidadizo.		

Elaborado por: Investigadora

2.1.6.1. Predominante Inatento

En este subtipo presenta dificultades tanto en la organización y planificación, como en atención sostenida. En el DSM-IV, el manual de diagnóstico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, menciona nueve síntomas propios en el subtipo predominante inatento. Esto significa una alteración significativa del funcionamiento diario en dos o más ámbitos como la escuela, el trabajo, la interacción familiar o social, cuando presente al menos seis de estos nueve síntomas.

- Con frecuencia no prestan atención a los detalles o cometen errores por descuido en la tarea escolar, el trabajo u otras actividades.
- A menudo tienen dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
- Con frecuencia no parecen escuchar cuando se les habla directamente.
- De manera frecuente no siguen instrucciones hasta el final y no finalizan las tareas escolares, tareas, o deberes en el lugar de trabajo (que no es debido a conductas de oposición o a falta de comprensión de las instrucciones).
- A menudo tienen dificultad para organizar tareas y actividades.
- De manera frecuente evitan, les disgusta o se muestran reacios a hacer tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como tareas escolares o para el hogar).
- A menudo extravían cosas necesarias para las tareas o actividades (por ej.: juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distraen fácilmente con estímulos externos.
- A menudo se muestran olvidadizos para las tareas diarias.(Elena, S.F)

2.1.6.1.1. ¿Cómo se puede identificar y diagnosticar a una persona con TDA/H de tipo inatento?

Los niños que presentan Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de tipo inatento, suelen ser identificados y diagnosticados en la etapa preescolar o

escolar en los primeros años, comúnmente cuando manifiestan conductas perturbadoras y las mismas son difíciles de controlar. En el subtipo inatento, se ve reflejado cuando los niños/as tienen dificultad para concentrarse en las tareas tanto escolares, como dentro del hogar; en este subtipo es posible no ser notado hasta la etapa de la adolescencia.

2.1.6.2. Predominante hiperactivo- impulsivo

El subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, cuya característica neuropsicológica básica sería la dificultad significativa en autorregular su comportamiento, debido a una disfunción en el control inhibitorio. Los problemas de hiperactividad se aprecian porque estos niños constantemente pasan en movimiento, por ejemplo, presentan dificultades para estar sentados, corren, o saltan. Presentan mayor grado de hiperkinesia a comparación del resto de niños de su salón escolar o edad.

Las conductas impulsivas se detectan porque estos niños hablan considerablemente, responden las preguntas sin que terminen las mismas, interrumpen con frecuencia a los demás y tienen mucha dificultad para esperar con tranquilidad su turno en juegos u otras actividades.

2.1.6.3. Combinado

En este sub tipo presentan una sintomatología tanto de inatención, y de exceso de actividad e impulsividad, siendo de los tres subtipos el que aparece con más frecuencia.

Los problemas que se presenta en este subtipo es problemas de atención, concentración, interrumpen actividades de clase, no acatan órdenes, no terminan tareas u obligaciones, tanto en casa como en la escuela, no siguen instrucciones. También es frecuente que tengan problemas porque no siguen normas o reglas de los juegos, se interponen en actividades de las demás personas y los incomodan,

razones por las cuales se enfrentan a un rechazo por parte de compañeros e incrementan los problemas de interacción social.

2.1.7. Dificultades de atención y concentración con y sin hiperactividad.

(Gobierno de Chile Ministerio de Educación, 2008):

Con frecuencia en las instituciones educativas se escucha por parte de docentes indicar que tener un niño “inquieto/a” en el aula de clase, y conjugado a esto referir las distintas dificultades que él o ella presentan para adaptarse y participar en diversas situaciones educativas - aprendizaje y sociales y de lo difícil que resulta para el personal docente adaptarse y organizarse para solventar las necesidades de apoyo tanto individuales como colectivas, asociadas a sus dificultades para prestar atención, organizar su conducta y actuar de manera reflexiva y menos impulsiva.

Gran parte del comportamiento es justamente aquel con el que niños y niñas con bajo nivel de atención, impulsividad e hiperactividad presentan más dificultades en la adaptación a normas explícitas como implícitas, a un determinado ritmo de trabajo, pero sobre todo a la adaptación a una gran cantidad de “reglas de comportamiento” que requieren un nivel de comprensión adecuado para el nivel de autocontrol tanto motor como cognitivo.

Reconocer oportunamente estas dificultades es fundamental, ya que permitirá planificar la respuesta educativa para el grupo, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada niño o niña en particular y, a partir de ello, proporcionar los apoyos, los tiempos, los espacios, etc., que aseguren el aprendizaje y participación de todos y todas, previniendo posibles dificultades emocionales, conductuales y de aprendizaje posteriores.

Es importante señalar, que un número importante de niños/as que presentan dificultades significativas para concentrarse, seguir instrucciones, perseverar en su

trabajo y cumplir las normas establecidas en niveles de educación parvularia, quizá en lo posterior serán identificados y diagnosticados, pero esto únicamente, en niveles de escolaridad primaria es decir dentro de su experiencia de educación formal, puesto que en estos niveles requieren un comportamiento más estructurado y períodos de atención y concentración cada vez más acelerados.

Es frecuente que en los niños que padecen de TDAH, este acompañado de problemas de lectura o aprendizaje, normalmente éstas características persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos casos se produce una mejoría gradual con el paso de los años.

Las características del déficit atencional sin hiperactividad son menos evidentes y por tanto resulta más complejo percibirlas.

Generalmente las conductas hiperactivas son las que más llaman la atención en este trastorno. A pesar que los niños presenten dificultades de atención, sin conductas de hiperactividad asociadas a la impulsividad, no se observan a nivel corporal, pero sí se puede dar a nivel cognitivo y emocional.

Con frecuencia se trata de niños/as que no interrumpen la actividad de grupo, ni demandan la atención del adulto; pareciera más bien que no están escuchando, o que están pensando algo distinto o lejano a la actividad, estos niños se distraen con facilidad.

Si bien las dificultades varían de un niño a otro, dependen de factores sociodemográficos como género, edad o características personales y ambientales.

CONCENTRACIÓN DE LOS NIÑOS POR EDADES	
EDAD	PROMEDIO DE CONCENTRACIÓN
0 A 1 AÑO	2 A 3 MINUTOS
1 A 2 AÑOS	7 A 8 MINUTOS
2 A 3 AÑOS	HASTA 10 MINUTOS
3 A 4 AÑOS	HASTA 15 MINUTOS
4 A 5 AÑOS	HASTA 20 MINUTOS
5 A 6 AÑOS	HASTA 25 MINUTOS
6 A 8 AÑOS	HASTA 30 MINUTOS
8 A 10 AÑOS	HASTA 45 MINUTOS
10 A 12 AÑOS	HASTA 55 MINUTOS
12 AÑOS EN ADELANTE	HASTA 1 HORA



Gráfico N° 1: Tabla con el tiempo de concentración de los niños según su edad. Orientación Andújar (S.F)

2.1.7.1. Conductas frecuentes

- Corto tiempo de atención a un determinado estímulo, situación o tarea, con mucha susceptibilidad a distraerse frente a cualquier otro estímulo que se encuentre a su alrededor.
- Hiperactividad, inquietud manifestada por un alto nivel de energía, dificultad para permanecer tranquilos y, cuando son más grandes, por una verbalización excesiva, en tono de voz muy alto.
- Dificultad para seguir instrucciones.
- Acciones precipitadas para alcanzar algo, sin evaluar las consecuencias.
- Conductas impulsivas tanto en lo corporal, como emocional.

2.1.7.2. Fortalezas y dificultades de los niños/as con déficit atencional. Ámbito cognitivo

Una de las variables cognitivas que suelen dificultar el aprendizaje de estos niños/as, es la forma específica en que perciben y procesan la información, generalmente los niños con TDAH cuentan con un estilo denominado cognitivo impulsivo, que se caracteriza por:

- La rapidez de sus procesos de percepción de la información.
- El análisis superficial de la información.
- Las dificultades para distinguir la información central y relevante de la información secundaria y periférica.
- La dificultad para “frenar” o inhibir una respuesta que está activada y por tanto, generar respuestas alternativas.
- La tendencia a actuar por ensayo y error y a dar repuestas con pobreza de contenidos y falta de precisión.
- La tendencia a repetir las mismas respuestas, aun cuando éstas no sean exitosas.

Es importante recordar que su desarrollo intelectual es normal e incluso superior, sin embargo, su rendimiento académico se ve muchas veces disminuido por variables cognitivas, conductuales y afectivas. Por otra parte, una de las grandes fortalezas de los niños con TDAH es su capacidad creativa, misma que se debe reconocer y potenciar, al servicio de su desarrollo cognitivo, como afectivo y social.

(Gobierno de Chile Ministerio de Educación, 2008):

Cuando los niños cuentan con una mejor tolerancia, pueden estar atentos a una serie de estímulos al mismo tiempo, sin que los mismos les generen inestabilidad o rechazo. También, como tienen una mayor capacidad para activar una serie de ideas a partir de un estímulo, suelen ser más rápidos e ingeniosos con sus respuestas.

Todas estas características conductuales como cognitivas conllevan a la adquisición de hábitos de trabajo en los niños/as, mismos que se reflejarán a causa de una buena motivación por parte del entorno.

Ámbito Socio- conductual

Los niños con TDAH, suelen poseer cualidades como: presentar ideas innovadoras, son cooperadores e ingeniosos. El desafío tiene que ver esencialmente con en el poder manejar su comportamiento (autorregulación) acorde a normas y reglas propias de una interacción social, como por ejemplo al respetar turnos, espacios de otros y resolviendo situaciones de conflicto de acuerdo a los principios determinados; todo este trabajo debe forjarse con el apoyo del adulto y de sus compañeros para que logren comprender las dificultades que tienen los niños con TDAH.

Ámbito Afectivo

En general el desarrollo socio afectivo está influenciado por los mismos factores que el resto de niños/as, no obstante, las dificultades de adaptación que presentan los niños con TDAH inciden en que se observan mayores indicadores de estrés y de ansiedad, estos indicadores se encuentran asociados a la sobre exigencia que perciben del donde se encuentren.

2.2. Comorbilidad del TDAH

(Barkley R. , 1998):

Durante la adolescencia se producen varios cambios en la sintomatología. Existe una depreciación de la hiperactividad, aunque persisten los problemas de desatención e impulsividad, en la adolescencia las personas que presentan este trastorno presentan escasa tolerancia a la frustración, son poco perseverantes, varios de ellos exigen la gratificación o el cumplimiento inmediato de sus demandas, son irritables y presentan dificultad para adaptarse a los cambios. En varios casos se da el abandono escolar, consumo de alcohol u otras drogas.

También se aprecian simultáneamente con el TDAH, trastornos de humor, síntomas depresivos, baja autoestima, autoconcepto pobre, escasa competencia social y desconfianza. Un porcentaje significativo de niños con TDAH continúan presentando síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad durante la edad adulta.(Amador J, 2001). Los adultos con frecuencia, son desorganizados y descuidados, tienen dificultad para para mantener un trabajo estable y cambian de actividades frecuentemente y mantienen la tendencia de posponerlas. Características como consumo de alcohol, drogas, la irritabilidad y la baja tolerancia a la frustración son muy frecuentes y se mantienen desde la adolescencia y adultez o en otros casos suelen atenuarse.

(Murphy y Barkley, 1996) describen que:

Este trastorno es más frecuente en hombres que en mujeres, y se estiman que entre el 4% y el 5% de la población adulta pueden presentar TDAH, sabiendo que los síntomas varían según la edad y el desarrollo del sujeto.

El TDAH muestra además una elevada comorbilidad con trastornos psiquiátricos, como los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, el trastorno negativista desafiante o los trastornos de aprendizaje, siendo habitual que las personas diagnosticadas de TDAH presenten al menos uno de ellos. Por lo cual es importante delimitar qué trastornos aparecen de forma comórbida, y los mismos puedan tener una intervención tanto psicopedagógica como farmacológica más ajustada a las necesidades del paciente.

2.3. Trastornos del neurodesarrollo

2.3.1. Neurodesarrollo

(Artigas Pallares J, 2013): “El neurodesarrollo es un proceso cuyo correlato evolutivo es la adaptación al medio y la contribución, mediante pautas

conductuales, al mantenimiento de una tasa reproductiva capaz de sostenerla supervivencia de la especie”.

El cerebro es una estructura sumamente compleja y en constante desarrollo, esencial para comprender la conducta animal, como la de orden superior que son los seres humanos. Muchos aspectos de la conducta son características diversas individuales en las que el concepto de normalidad es contextual y mediatizado por un modelo social empírico.

(Artigas Pallares J, 2013): “Los genes cumplen su función a merced a la codificación de proteínas cuya acción a nivel molecular controla influencias altamente inespecíficas y generalistas”. Los resultados finales de la influencia genética son muy complejas y heterogéneas. Los genes son factores modelados que cumplen funciones como la memoria, la autoconciencia, la cognición, las emociones y la conducta; para Artigas, Guitart y Gabau los genes influyen y modulan de modo interactivo cualquier emoción o sensación que conforma la experiencia subjetiva de los individuos.

Kraepelin, siguiendo el modelo de medicina en su época, trabajó para la identificación de patrones sintomáticos. Mediante el conocimiento de síntomas y ayuda de pruebas complementarias se llegaba a un diagnóstico y la clasificación por grupos a los pacientes, lo cual permitía la investigación de causas específicas para cada enfermedad. De modo genético, un trastorno se describe como un patrón cognitivo conductual, presente en varios individuos, identificable mediante la observación y cuyo efecto resulta disfuncional como se contemplan actualmente en el DSM y el CIE.

2.3.2. Tipos de trastornos del neurodesarrollo

(Artigas Pallares J, 2013): “Los TND se caracterizan por una alteración o variación en el crecimiento y desarrollo del cerebro, asociadas a una disfunción cognitiva, neurológica o psiquiátrica”.

Entre los trastornos mentales complejos se incluyen a la discapacidad intelectual, autismo, TDAH, esquizofrenia, trastorno bipolar, dislexia, etc.

- **TDN sindrómicos:** se identifican clínicamente por unos síntomas muy típicos, están bien diferenciados de los otros trastornos y se ajustan a un patrón hereditario de tipo mendeliano. Suelen presentar un fenotipo dismórfico, manifestaciones sistemáticas, síntomas neurológicos y un fenotipo conductual bastante específico.
- **TDN vinculados a una causa ambiental conocida:** el más significativo, efectos fetales de alcohol, pero no se excluye una multifactorialidad con intervención de efectos genéticos.
- **TDN sin causa específica identificada:** características que se encuentran recopiladas de forma dispersa en el DSM-I, CIE -10 Y DSM V.

2.3.3. Etiología

(Fejerman., 2015):

La etiología propia de los trastornos del neurodesarrollo en general existe diversas causas como: hipoxia pre o perinatal, desnutrición prenatal o postnatal temprana, bajo peso para la edad gestacional, exposición prenatal a enfermedades, radiaciones, drogas, alcohol, tabaco, hipotiroidismo y factores genéticos

Pero principalmente para el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se encuentra relacionada a factores genéticos y hormonales que predisponen una mayor vulnerabilidad del cerebro de estos niños.

(Pallares, Miriam, & Elisabeth., 2013):

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se encuentra en el grupo de trastornos del neurodesarrollo sin causa específica identificada y es

muy común que se encuentre acompañado de trastornos del aprendizaje; dentro de las variantes genéticas respecto a la impulsividad de los niños con TDAH, se menciona que se trata de la reproducción mediante un mecanismo de promiscuidad irreflexiva, que se da de forma esporádica y se mantienen a merced de mutaciones novo.

Los trastornos del neurodesarrollo en general comprenden un grupo heterogéneo de trastornos, que se manifiestan en etapas tempranas de la niñez, en general antes de iniciar sus estudios en la primaria, comparten alteraciones en las habilidades cognitivas, motoras, del lenguaje y/o sociales que impactan significativamente en el funcionamiento personal, social y académico.

El neurodesarrollo en general es considerado como un proceso evolutivo de adaptación al medio y contribución, mediante pautas conductuales, es así como se describe a un trastorno como un patrón cognitivo conductual, presente en muchos individuos, identificable mediante la observación y cuyo efecto resulta disfuncional.

(Meichenbaum, 1974; Orjales, 2007; Palkes, Stewart & Freedman, 1972; Ramalho et al., 2011):

Como estrategia compensatoria al déficit del proceso de autorregulación comportamental en población infantil con TDAH se han utilizado técnicas basadas en el papel directivo del lenguaje para apoyar la regulación del pensamiento y la acción de los niños con esta sintomatología.

Numerosos estudios han reportado que los niños con TDAH que reciben apoyo externo al habla autodirigida mejoran en habilidades atencionales, flexibilidad cognitiva, comportamiento en el medio educativo, impulsividad y control inhibitorio.

2.4. Neurodesarrollo en el TDAH

El estudio del lóbulo frontal y, en particular, de la corteza prefrontal se ha convertido en uno de los grandes desafíos de la neurociencia cognitivo.

La corteza prefrontal sigue un prolongado curso de desarrollo, que no se completa hasta el final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Esta amplia ventana de desarrollo hace que la corteza prefrontal sea especialmente vulnerable a sufrir una disfunción durante la infancia, lo que se refleja en el elevado número de trastornos del neurodesarrollo que presentan algún tipo de disfunción frontal, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el autismo o el síndrome de la Tourette.

(Artigas Pallares, Rigau Ratera, & García Nonell, 2007):

En el TDAH se acepta que los mecanismos cognitivos básicos disfuncionales son la memoria de trabajo, posiblemente vinculado al centro ejecutivo y al déficit de inhibición de respuesta. La capacidad para inhibir información irrelevante es capital para agilizar los procesos mentales del razonamiento. Por tanto, también desempeña un papel importante en la estructura de la inteligencia.

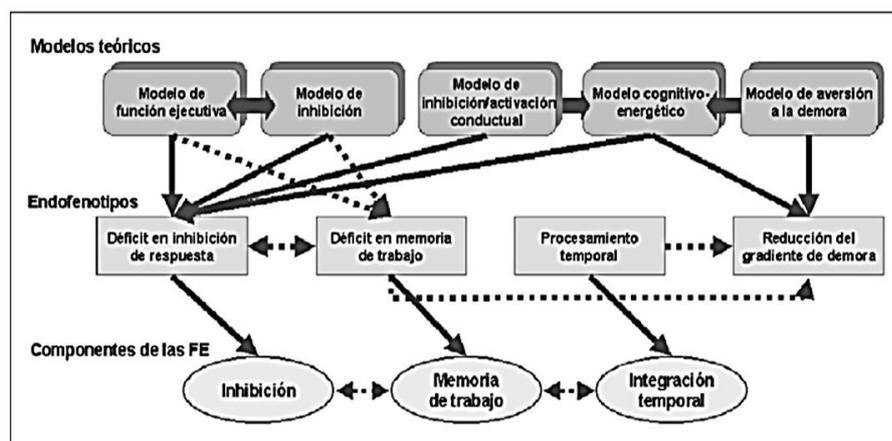


Gráfico N° 2: Cuadro posible dinámica de relaciones entre modelos teóricos actuales del TDAH. (Capilla Gonzales, y otros, 2004)

(Capilla Gonzales, y otros, 2004), Disfunción frontal en la infancia:

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia, esto hace referencia a un conjunto de síntomas de hiperactividad-impulsividad y/o inatención, que tienen una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño.

Modelos técnicos de la disfunción en un circuito frontoestriatal en el TDAH, déficits cognitivos primarios:

- Modelo de función ejecutiva.
- Modelo de inhibición.
- Modelo de inhibición / activación conductual.
- Modelo cognitivo – energético.
- Modelo de aversión a la demora.

En el TDAH se acepta que los mecanismos cognitivos básicos disfuncionales son la memoria de trabajo, posiblemente vinculado al centro ejecutivo y al déficit de inhibición de respuesta. La capacidad para inhibir información irrelevante es capital para agilizar los procesos mentales del razonamiento. Por tanto, también desempeña un papel importante en la estructura de la inteligencia.

(Ramírez Benítez, Díaz Bringas, Vega Castillo, & Martínez Rodríguez, 2013):

En el estudio de Cárdenas reportó que varias de las dificultades en el desarrollo motor primario (coordinación, fuerza y precisión del acto), mientras el que el niño con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad se correlaciona con las alteraciones ejecutivas (trastorno de la atención, inhibición conductual e hiperactividad).

En el TDAH como trastorno del neurodesarrollo se ve afectado principalmente el lóbulo frontal, mismo que se encarga de regular conductas.

2.5. Neuropsicología del TDAH

Para la neuropsicología investigaciones de Stevens (1999), Hallowell y Ratey (2001), hablan de las dificultades de concentración, de su negativa atención, impulsividad exagerada y ciertos grados de agresividad es por ello que se explicará en las siguientes características:

- Funciones ejecutivas alteradas (atención, autorregulación, planificación).
- El “Sistema Supervisor Atencional” no se encuentra maduro.
- No controlan sus reacciones emocionales.
- Excesiva actividad en algunas tareas que no son relevantes (hablar excesivamente, distracciones constantes).
- Impulsividad cognitiva, motora y conductual.
- Exceso de ansiedad.
- Cierta incapacidad para no recibir mensajes que para dejar de recibirlos.
- Cambios constantes de actividad.
- Incapacidad para aprender de sus errores.
- Por los niveles de impulsividad, en ocasiones le pueden llevar a enfrentamientos “físicos con otros compañeros” mismo de los cuales suelen “arrepentirse” instantes después.
- No saben cómo planificar su tiempo a la hora de realizar tareas escolares.
- En muchos casos los niños con TDAH suelen convertirse en burla de sus demás compañeros, por falta de conocimiento del trastorno.
- Siendo consciente de todas las características antes mencionadas, siguen cometiendo una y otra vez varios errores.

Estas características ayudarán a identificar pautas relacionadas al TDAH, para que mediante esto se puedan explicar las dificultades de su inatención,

hiperactividad - impulsividad sabiendo que varias de las dificultades provienen de una alteración en las funciones ejecutivas.

2.6. ¿Cómo afecta el TDAH al cerebro?

Varios estudios de TDAH han demostrado que existen varias regiones del cerebro que se encuentran afectadas, todo esto se ha podido observar, gracias a estudios de neuroimagen. Alteraciones en las cuales se han visto inmersas las siguientes estructuras:

La corteza prefrontal: encargada de la función ejecutiva, como planificar acciones, iniciarlas, darse cuenta de los errores y corregir los mismos y a su vez encargada de evitar distracciones por estímulos irrelevantes, ser flexible si las circunstancias cambian.

Cuerpo calloso: sirve de comunicación entre los dos hemisferios cerebrales, para asegurar un trabajo conjunto y complementario.

Ganglios basales: implicados en el control de los impulsos al coordinar o filtrar la información que llega de otras regiones del cerebro e inhibir las respuestas automáticas.

Circuito anterior: se encarga de la gestión afectiva y del manejo de las emociones.

2.7. ¿Cómo afecta el TDAH en los neurotransmisores?

(Sautullo & Diez Suárez, 2007):

Investigaciones manifiestan que en el TDAH se producen problemas en los circuitos reguladores que comunican dos zonas cerebrales importantes, una de ellas es el córtex prefrontal y los ganglios basales; dichas áreas se comunican a través de la dopamina y la noradrenalina y al tener una

liberación desequilibrada o baja de estos neurotransmisores y el alto nivel de recaptación de los mismos; afectando la atención, el estado de alerta, la memoria de trabajo y el control ejecutivo.

Es así que la disminución del metabolismo sináptico de los neurotransmisores produce consecuencias como:

- Disminuye la atención.
- Disminuye la capacidad de iniciar y continuar actividades.
- Dificulta la memoria de trabajo (o memoria a corto plazo).
- Dificulta la neutralización de estímulos irrelevantes.
- Dificulta la capacidad para bloquear respuestas inadecuadas.
- Dificulta la planificación de actividades complejas.
- Dificulta la organización.
- Incrementa la actividad física.
- Incrementa la impulsividad.

2.8. ¿Cómo funciona el cerebro de las personas con TDAH?

(Cortese & Catellanos, 2010):

Evidencia obtenida en estudios funcionales de IRM muestran varias regiones de la corteza (cíngulo anterior, dorsolateral prefrontal, inferior prefrontal, y corteza orbitofrontal), así como otras regiones (tales como porciones del ganglio basal, tálamo y corteza parietal) afectadas por hipoactividad.

Estudios cuantitativos de EEG mostró un incremento de energía theta y disminución de energía beta en individuos con TDAH comparados con individuos control. El resultado más consistente obtenido en estudios de potencial relacionado a eventos consiste en P3 posterior disminuida en una tarea oddball auditiva. En conjunto los resultados estructurales y funcionales sugieren extensas anomalías incluyendo estructuras cerebrales múltiples.

Actualmente investigadores del área están centrados en el estudio de la disfunción en redes distribuidas, este enfoque nuevo tiene como objetivo evaluar la conectividad funcional en condiciones de reposo y esfuerzo vinculadas a el TDAH de acuerdo a las cuales la modulación deficiente de redes de fluctuaciones defectuosas interfiere con el óptimo funcionamiento de circuitos neuronales relacionados con el desarrollo de tareas específicas.

2.9. Control Emocional

La regulación emocional también desempeña un papel importante en los modelos ejecutivos de Barkley y de Brown. El primero sostiene que las dificultades para modular las emociones observadas en las personas con TDAH están generadas por una disfunción primaria en los procesos de control inhibitorio y que únicamente deben estar presentes en los subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo.

La autorregulación emocional es entendida por Barkley como un conjunto de procesos ejecutivos que nos permiten modular las emociones y que, en el caso de presentar una disfunción, pueden provocar una serie de problemas como, por ejemplo, un aumento de la respuesta emocional ante determinadas situaciones, una menor empatía, una menor capacidad de regular estados emocionales o una mayor dificultad para crear y mantener la motivación y la activación.

Por otra parte, Brown describe el TDAH como un trastorno complejo en el que se encuentran “deterioradas distintas funciones ejecutivas: activación, concentración, esfuerzo, memoria, acción y emoción”. Brown, afirma que muchos niños y adultos con TDAH tienen una baja tolerancia a la frustración y una dificultad crónica para regular sus emociones, características que los llevan a reaccionar de manera desproporcionada ante distintas situaciones o eventos.

Distintos estudios anatómicos y funcionales señalan a distintas regiones cerebrales del circuito frontoestriado-cerebelar (corteza prefrontal lateral, corteza

cingulada anterior, caudado, putamen y vermis) como las principales responsables de la patofisiología del TDAH.(Albet J, 2008).

También las personas con TDAH frecuentemente sufren otras dificultades que pueden estar relacionadas con el desarrollo motor retraso en la coordinación motora, el lenguaje retraso en la internalización del habla, el rendimiento escolar repetición de cursos académicos, la motivación necesidad de actuar con refuerzos inmediatos o la emoción excesiva reactividad emocional. Las dificultades, relacionadas con el afecto, son consideradas en la actualidad en el DSM-IV, visto que estaría relacionada con los síntomas diagnósticos del trastorno como: inatención, hiperactividad e impulsividad.

Dentro del control emocional, en particular, se ve alteraciones emocionales en el TDAH sobre el funcionamiento de las habilidades relacionadas con la competencia emocional (reconocimiento, regulación y expresión de las emociones) en niños y adultos con TDAH.

(López Martín, Albert, Fernández, & Carretié, 2009):

Las principales teorías sobre el TDAH sostienen que el reconocimiento emocional no debe estar afectado en estas personas, ya que no involucra a proceso ejecutivo alguno. Sin embargo, ciertos síntomas característicos del trastorno, como la inatención y la impulsividad, pueden dificultar el reconocimiento de distintos estímulos emocionales como las expresiones faciales y la prosodia. Respecto a la regulación y expresión de las emociones, sobre el TDAH mencionan que las personas presentan importantes dificultades para modular sus estados afectivos, ya que en este caso están implicados distintos procesos de control ejecutivo. Según estas teorías, las disfunciones ejecutivas, especialmente las vinculadas con el control emocional y de impulsos, son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración observados en algunos niños y adultos con TDAH.

2.9.1. Alteraciones emocionales en el TDAH

Reconocer correctamente las emociones que están experimentando otros y regular de forma efectiva nuestras propias emociones son importantes habilidades que facilitan las interacciones sociales. Los estados emocionales y las intenciones se hacen visibles a través de señales afectivas como las expresiones faciales y la prosodia. Por tanto, la habilidad para interpretar y responder apropiadamente a estas señales constituye un componente fundamental para desarrollar relaciones interpersonales adecuadas. De hecho, las dificultades en el reconocimiento emocional están relacionadas con las importantes deficiencias sociales que presentan tanto las personas con trastornos del espectro autista (p.e., Critchley et al., 2000) como las personas con esquizofrenia. (Marsh y Williams, 2006).

Por otro lado, la habilidad para regular las emociones es decisiva no sólo para un buen funcionamiento social sino también para el bienestar general. En este sentido, un pobre control emocional parece estar en la base de la depresión y la ansiedad (Gross, 1998), así como de los trastornos asociados con el abuso de sustancias. (Goldstein y Volkow, 2002).

La teoría integradora de (Nigg y Casey, 2005), sostiene que: “el TDAH es el resultado de un mal funcionamiento de tres circuitos neurales entre los que se incluye uno que está implicado en la evaluación del significado emocional de los acontecimientos. (circuito prefrontal-amigdalario)”.

En investigaciones sobre la aversión de la demora de (Sonuga-Barke, 2002, 2003): “predice una hiperactivación de estructuras asociadas con la evaluación emocional, cuando las personas con TDAH tienen que esperar la recompensa, ya que perciben la demora como algo negativo o desagradable”.

2.9.2. Reconocimiento emocional en el TDAH

(Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié, 2008): “Estudios conductuales indican que tanto los niños como los adultos con TDAH muestran

importantes dificultades para reconocer y comprender la información afectiva”. En este sentido, diversos investigadores han observado que los niños y adultos con TDAH obtienen peores resultados que los controles en múltiples tareas de reconocimiento emocional que requieren la identificación de emociones básicas a partir de la expresión facial.

(Da Fonseca, Seguíer, Santos, Poinso y Deruelle, 2009):

Un estudio reciente ha mostrado además que los niños y adolescentes con TDAH son menos precisos que los controles no sólo cuando tienen que reconocer una emoción a partir de su expresión facial sino también cuando tienen que utilizar la información contextual para comprender la emoción que está experimentando una persona.

Por tanto, estos datos sugieren la presencia de un déficit general en el procesamiento emocional en el TDAH, en el cual además parece estar relacionado con los problemas interpersonales y las escasas habilidades sociales observadas en muchos niños y adultos con el trastorno.

Conociendo que los niños con TDAH presentan disfunciones en el procesamiento emocional, es entonces importante el buscar las causas que lo producen. No cabe duda de que algunos de los síntomas más característicos del TDAH, como la falta de atención o la impulsividad, pueden dificultar el reconocimiento de señales afectivas que además son a menudo sutiles (una mirada o un gesto). En este caso, el déficit en el procesamiento emocional no constituiría una disfunción del TDAH sino un problema secundario originado por uno o varios de su déficit cognitivo.

(Shapiro et al., 1993): “En este sentido, datos de algunos estudios apuntan que las deficiencias cognitivas características del TDAH, radican en la falta de atención misma que dificulta el reconocimiento de las expresiones faciales emocionales”.

(Da Fonseca et al., 2009): “Los niños y adultos con TDAH cuando tienen que identificar distintas emociones en caras humanas y cuando deben deducir las emociones que experimentaba una persona a través de la información contextual”. Es así que resultados indican que los problemas en el reconocimiento emocional, no pueden explicarse únicamente por la impulsividad, la falta de atención o cualquier otra deficiencia cognitiva o perceptiva.

Williams (2008) fue el primero en utilizar medidas conductuales como medidas de actividad cerebral para evaluar el procesamiento emocional en personas con TDAH.

Descubrieron que, a nivel conductual, los niños y adolescentes con TDAH cometían más errores, cuando tenían que identificar emociones negativas, como el miedo o el enfado, en caras humanas. A nivel neural, la anomalía más relevante consistió en una reducción, en regiones occipitales, del componente P120 de los potenciales evento-relacionados (PER) o potenciales evocados en los pacientes con TDAH en comparación con las personas sanas, también ante las caras de enfado y miedo. Además, investigadores sugieren que estas alteraciones tempranas en el procesamiento emocional de los niños y adolescentes con TDAH podrían estar relacionadas con una disfunción de la amígdala, ya que ésta modula la actividad de las áreas sensoriales a través de sus proyecciones a las cortezas sensoriales, tanto visual como auditiva.

La posible implicación de la amígdala podría explicar las correlaciones observadas por estos autores entre la amplitud de este componente y los niveles de ansiedad, depresión y labilidad emocional mostrados por los pacientes con TDAH. Finalmente, Williams observó que el tratamiento farmacológico con metilfenidato normalizaba la amplitud del componente P120 de los niños y adolescentes con TDAH. Por tanto, estos resultados sugieren que el medicamento no sólo normaliza el funcionamiento de diversos procesos cognitivos, como la atención y el control inhibitorio, sino también de otros procesos afectivos.

(Schupp, Junghöfer, Weike y Hamm, 2003): “La NTP refleja una facilitación del procesamiento de los estímulos emocionales, tanto positivos como negativos, posiblemente debida a una mayor activación de los mecanismos neurales asociados con la atención selectiva”. Estos hallazgos coinciden con los datos preliminares obtenidos por López-Martín et al. (2008) con niños con TDAH utilizando estímulos visuales emocionales. Estos últimos también observaron una reducida activación de los mecanismos neurales asociados con la atención selectiva en los niños con TDAH en comparación con los niños sanos ante estímulos visuales positivos (no observándose diferencias ante las imágenes negativas y neutras).

Es importante entonces investigar sobre si, el procesamiento de la recompensa y el procesamiento emocional constituyen disfunciones independientes o si, por el contrario, son expresiones de un mismo déficit afectivo.



Gráfico N° 3: Heterogeneidad del TDAH en todos los niveles.
Sonuga- Barke, (2002/2003)

2.10. Impulsividad

Autores citan que la sintomatología del TDAH podrían ser producto de alteraciones de la función ejecutiva, la cual está relacionada con el control de impulsos.

Aspectos teóricos sobre el control inhibitorio mencionan que depende del funcionamiento ejecutivo global, es decir, cuando este se encuentra deficitario se produciría la alteración en la autorregulación del comportamiento característico de los niños con TDAH.

La impulsividad en relación a los niños con TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad), hace referencia a la dificultad que presentan los niños para inhibir ciertos comportamientos o conductas: demorar respuestas, esperar turnos, inhibir comportamientos o comentarios inapropiados, etc.

(Rocio, 2012):

Los niños por naturaleza son impulsivos, o más impulsivos que los adultos, se puede mencionar que la impulsividad es un rasgo más o menos natural que se modifica con el entorno. El autocontrol, hace referencia a la capacidad que tienen las personas de gestionar de una manera voluntaria y consciente sus actos, producciones verbales o su comportamiento en general. Es en este punto donde queremos pararnos y plantearnos el porqué de ciertas conductas que se dan en casa y en el colegio, averiguar de qué manera podemos ayudar a su extinción y por ende, mejorar aspectos importantes que alumnos con TDAH suelen tener alterados. En ciertas ocasiones, a los niños hiperactivos se les considera espontáneos, lanzados o directamente maleducados, y la mayoría de las veces es debido a la falta de inhibición de su conducta. Ante esto, podemos plantearnos dos explicaciones: La impulsividad puede ser causa del incumplimiento de normas debido a una pobre inhibición de la conducta.

Debido a la falta para emplear el lenguaje como autoguía, aparece la impulsividad como consecuencia directa.

Por su parte, los problemas de autocontrol pueden ser consecuencia de multitud de factores, como, por ejemplo:

- Falta de control de los impulsos.
- Excesivo movimiento.
- Baja atención, etc.

Los estudios de Scheres (2007) y Ströhle (2008) con resonancia magnética funcional dan un paso más al observar un funcionamiento anómalo del sistema de recompensa en adolescentes y adultos con TDAH, respectivamente. En ambas investigaciones se encontró en las personas con TDAH una activación reducida del estriado ventral durante la anticipación de la recompensa. En otras palabras, los participantes con TDAH no lograron activar tan intensamente como los controles las regiones ventrales del estriado cuando una señal les anticipaba que posteriormente iban a ganar dinero.

Sin embargo, ninguno de los dos estudios observó diferencias en la actividad cerebral entre ambos grupos cuando la señal anticipaba una pérdida económica en lugar de una ganancia. En este sentido, estos datos sugieren que las alteraciones motivacionales en el TDAH se asocian fundamentalmente con el procesamiento de la recompensa, sin implicar a otros procesos motivacionales como el castigo. Por otro lado, estudios observaron que la activación del estriado ventral correlacionaba con la hiperactividad y la impulsividad: una menor activación de esta región durante la espera de la recompensa se asociaba con mayores niveles de hiperactividad e impulsividad. Además de la hipoactivación del estriado ventral durante la anticipación de la recompensa, Ströhle et al. (2008).

2.10.1. Modelo neuropsicológico de Barkley para el TDAH

(Barkley, 1997) enfoca el TDAH como un trastorno en el desarrollo de la inhibición conductual, este autor, entiende por autocontrol o autorregulación: “la capacidad del individuo para inhibir o frenar las respuestas motoras y, tal vez, las emocionales, que se producen de forma inmediata a un estímulo, suceso o evento, con el fin de sustituirlas por otras más adecuadas”.

En ese proceso de inhibición conductual, el individuo debe, de forma simultánea, inhibir, por un lado, la ejecución de una respuesta inmediata, y evitar por otro, los estímulos internos o externos que puedan interferir en dicho proceso (resistencia a la distracción).

Para Barkley existen cuatro funciones ejecutivas que parecen tener un claro correlato neurofisiológico y que estarían alteradas en los niños con TDAH:

- La acción de la memoria de trabajo (o memoria de trabajo no verbal) que posibilita la retención de la información para su utilización una vez desaparecido el estímulo que la originó y que permite la percepción retrospectiva, la capacidad de previsión, la conciencia y dominio del tiempo, y la capacidad de imitación de un comportamiento nuevo y complejo a partir de la observación de otras personas.
- El habla auto dirigida o encubierta (o memoria de trabajo verbal) que permite, de forma autónoma, regular el comportamiento, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de un problema y construir “metas-reglas”.
- El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta, al que le debemos el entender y contener reacciones emocionales, alterarías si nos distraen de nuestro objetivo final, o generar emociones o motivaciones nuevas (autorregulación de impulsos y emociones).
- El proceso de reconstitución. Este proceso consta de dos subprocesos distintos: la fragmentación de las conductas observadas y la recombinación de sus partes para el diseño de nuevas acciones. Su utilización nos permite la flexibilidad cognitiva necesarias para generar nuevos comportamientos y resolver problemas.

Los niños con TDAH mantienen dificultades para inhibir las respuestas inmediatas a un determinado estímulo o evento (impulsividad), interrumpir la respuesta activada ante una orden o ante el feedback de sus errores (sensibilidad a los errores) y como tercer punto proteger ese tiempo de latencia y el periodo de

autorregulación (control ejecutivo) de fuentes de interferencia denominados por Barkley como control de interferencia o resistencia a la distracción.

El TDAH es, según este modelo, un trastorno del desarrollo de la inhibición conductual, cuyo déficit genera, de forma secundaria, un déficit en el funcionamiento de las funciones ejecutivas que dependen de la inhibición y que se reflejan en el individuo en una deficiencia en la capacidad de autorregulación, en el control o guía de la conducta por medio de la información representada internamente y en la dirección de esa conducta en el futuro. (Orjales Villar, 2000)

2.11. Justificación

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) se ha definido en el Manual de Diagnósticos y Estadística de los Trastornos Mentales DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) como: “una alteración del desarrollo en la infancia. Se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad impulsividad que se presenta con una mayor gravedad de lo esperado para el nivel de desarrollo”. (Barkley, 1998): “Se considera este trastorno como un cuadro neurobiológico en el que está comprometido el funcionamiento del lóbulo frontal, estructura cerebral esta que desempeña un rol central en la atención”.

La inquietud es un síntoma pleno de significados y su presencia requiere de un especial análisis y consideración pues podría representar una disfunción o alteración cerebral, o ser una manifestación representativa de una amplia gama de dificultades psicosociales a las que se ve evocado el niño. La inquietud que tienen los niños con este trastorno constituye un medio por el cual ellos buscan conseguir su estabilidad, encontrar sus límites o disparar su angustia; siendo así como él consigue aliviarse.

El tema de esta investigación busca medir el control emocional y su incidencia con el nivel de impulsividad de los niños con TDAH de 6 a 11 años,

uno de los trastornos más comunes en la niñez que puede continuar hasta la adolescencia y trascender incluso en la edad adulta.

Existen tres tipos de TDAH: hiperactivo-impulsivo, inatento y la combinación hiperactivo-impulsivo e inatento.

Es así que esta investigación busca proporcionar un programa de recuperación psicopedagógica para mejorar la atención en los niños que poseen este trastorno a su vez brindar estrategias de orientación y sensibilización a padres y docentes de primaria respecto al TDAH, existen varios estudios sobre muchos trastornos, a diferencia de este, el cuál socialmente aún no se encuentra comprendido como un trastorno que necesita igual o mayor atención que otros conocidos como por ejemplo discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, etc.; este trastorno, es uno de los más frecuente de un amplio grupo de los desórdenes del desarrollo y constituye un serio riesgo para la salud mental, por lo que su detección y tratamiento temprano, son prioritarios.

En Ecuador se vive una grave problemática en el ámbito educativo, ya que en las instituciones se usan metodologías convencionales para todos los niños/ as, sin tomar en consideración las necesidades individuales; en la actualidad de hablan de adaptaciones curriculares, que no son efectuadas a cabalidad es así que muchas instituciones educativas y el desconocimiento de docentes discrimina a estudiantes con necesidades educativas especiales, no respondiendo a las obligaciones legales que se estipulan en la legislación ecuatoriana, misma que por falta de sensibilización imposibilita el entendimiento de la diversidad de una cultura mandato legal que exige la educación inclusiva.

En la práctica docente se ha encontrado alto índice de niños y niñas con TDAH, insertados en escuelas regulares, que lastimosamente ni siquiera son detectados y peor aún atendidos en sus necesidades educativas, muchos niños que poseen este trastorno no se encuentran diagnosticados y es lamentable ya que la

sintomatología agudiza y en muchos casos trasciende en trastornos propios de la adultez.

Es probable que un niño hiperactivo desconozca sus dificultades y además de ello no sepa el porqué de muchas acciones, que toman sus padres o maestros, frente a conductas que no pueden controlar por su condición, estos niños se preguntaran, porque son constantemente castigados, rechazados, avergonzados, llamados la atención e incluso muchas veces injuriados; causas por las que sus síntomas podrían agudizar y aflorar en depresión, ansiedad, baja autoestima, insociabilidad, miedo, culpa e inadaptación escolar, condiciones no favorables para su vida misma.

2.12. Objetivos

2.12.1. Objetivo General

Investigar sobre el control emocional y su incidencia con el nivel de impulsividad que tienen los niños con TDAH de 6 a 11 años, realizar un programa de recuperación psicopedagógica para mejorar la atención y planificar talleres metodológicos con estrategias de orientación y sensibilización para padres y maestros de escuelas de primaria.

2.12.2. Objetivos Específicos

- Conocer sobre el control emocional que poseen los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Identificarla incidencia de los niveles de impulsividad que tienen niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Crear una guía metodológica- talleres de acompañamiento con estrategias de orientación y sensibilización para tratar efectivamente el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; dirigida para padres y maestros de escuelas de primaria, para difundir dentro de la comunidad educativa.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño de trabajo

En este trabajo de investigación se utilizó un diseño cuantitativo-exploratorio- descriptivo, que consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. (Bligoo, 2014). De acuerdo a la temporalidad del estudio fue un enfoque transversal, puesto que los datos fueron recopilados en una misma línea de tiempo.

La metodología bibliográfica utilizada se basa en la revisión de artículos, libros, ponencias, sitios web, documentos de sitios web, medios electrónicos y estudios en general sobre el TDAH, pero exclusivamente sobre características, sobre el control emocional y los niveles de impulsividad que caracteriza a la población sometida al estudio.

Dentro de la contextualización realizada en esta investigación se plantea el objetivo de revisar la investigación reportada y el sustento teórico desarrollado en torno al control emocional y los niveles de impulsividad en la población que presenta diagnóstico de TDAH.

3.2. Área de estudio

La investigación fue en ejecutada en el campo de la psicología educativa y clínica, en la “Fundación Educativa Alfaguara”.

3.3. Enfoque

El enfoque aplicado en el estudio fue cuantitativo, cuyo propósito fue identificar el control emocional y la incidencia de los niveles de impulsividad de los niños con TDAH de 6 a 11 años de la “Fundación Educativa Alfaguara”.

La investigación fue cuantitativa porque los datos que se obtuvieron de la medición de las dos variables fueron sometidas a análisis estadísticos, a través de pruebas de correlación.

3.4. Población y muestra

La población evaluada en la investigación fueron 271 niños de 6 a 11 años diagnosticados con TDAH y niños que formaron parte del grupo de control, en la Ciudad de Quito, Capital del Ecuador a estudiantes de la “Fundación Educativa Alfaguara”, ubicado en la Calle José Manuel Abascal 170135.

La selección de la población fue intencional y la muestra no es probabilísticas. Datos recopilados en el Censo del 2010 donde la población de la Ciudad de Quito es de 2 millones 216 mil 778 habitantes, de los cuáles la población de niños de entre 6 a 11 años es el 9.5 % que equivale a 21.059 niños/as.

Se utilizó la fórmula para realizar el cálculo de la muestra al considerar el cálculo de muestra finita.

En el gráfico #1 se evidencia la fórmula para el cálculo de muestra de poblaciones finitas con la que se realizó el trabajo.

La muestra general fueron 271 niños donde 222 han sido hombres y mujeres 49; de 6 a 7 años tenemos 111,8 a 9 años 87,de 10 a 11 años 74 niños/as.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Gráfico N° 4: Fórmula para cálculo de muestra de poblaciones finitas

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Dr. Mario Herrera Castellanos

3.4.1. Cálculo de muestra de poblaciones finitas

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{14741 \cdot 1.64^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 (14740) + 1.64^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{14741 \cdot 2.6896 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot 14740 + 0.6724}$$

$$n = \frac{9911.85}{37.52}$$

$$n = 264.17 // \quad \rightarrow \quad 264$$

Tabla N° 2: Descripción de la muestra de estudio

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	222	82%
Mujer	49	18%
Total	271	100,00
RANGO DE EDAD		
6--7	110	40,8
8--9	87	31,99
10--11	74	27,21
Total	271	100,00

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Samantha Dennis Echeverría Espín

3.4.2. Gráficos de la descripción de la muestra

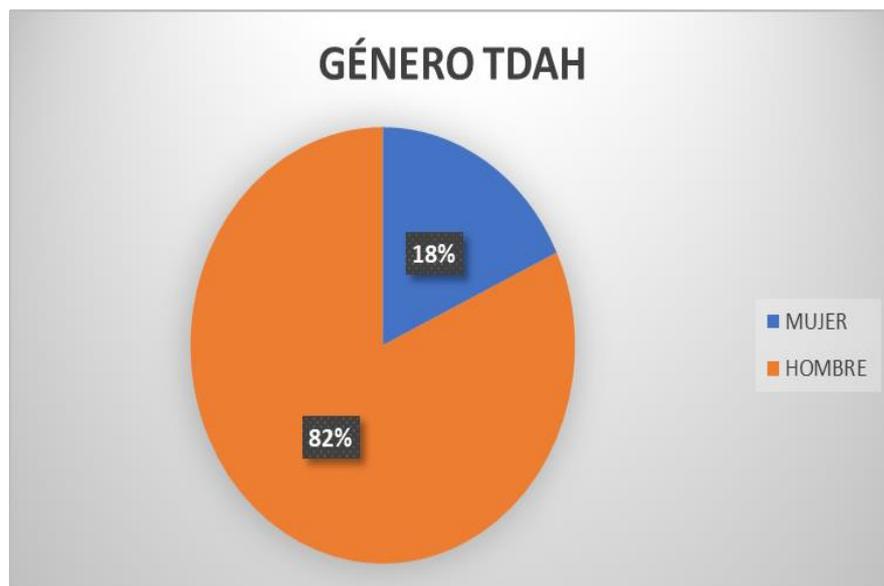


Gráfico N° 5: Descripción de la muestra "género"

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Samantha Dennis Echeverría Espín

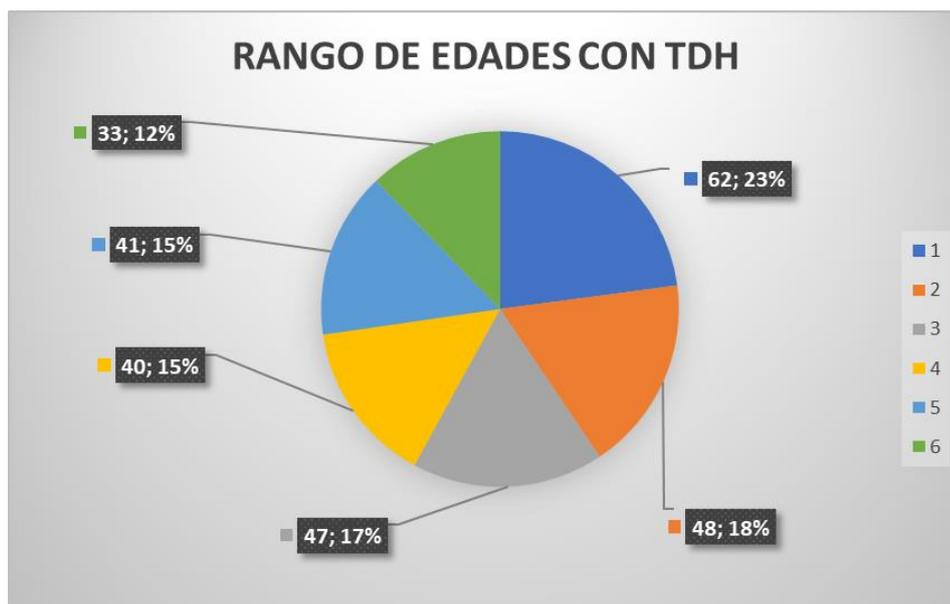


Gráfico N° 6: Descripción de la muestra “edades”

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Samantha Dennis Echeverría Espín

3.5. Instrumentos de investigación

Los instrumentos utilizados en la investigación han sido dos; uno de ellos denominado EMIC Escala Magallanes de impulsividad computarizada, sus autores Mateu Servera Barceló, es una versión totalmente renovada, y aplicada mediante PC, del conocido Matching Familiar Figures Test (MFF) (Kagan, 1965) desarrollado para la evolución del estilo cognitivo Reflexividad – Impulsividad. El desarrollo de la EMIC forma parte del proyecto IMAT, puesto en marcha por los autores en el Departamento de Psicología de la Universidad de las Islas Baleares. Este proyecto pretende, fundamentalmente, desarrollar pruebas objetivas para la evaluación de los déficits de reflexividad y atención en la infancia.

Las investigaciones de Jerome Kagan a principios de los años sesenta en el Centro de Estudios Cognitivos de la Universidad de Harvard sobre los estilos de conceptualización, llevaron al autor y sus colaboradores a la introducción de una dimensión cognitiva llamada Reflexividad-Impulsividad (R-I) o "tempo conceptual" (veáanse las revisiones de Kagan y Kogan, 1970; Palacios, 1982; Bornas y Servera, 1996). Aunque en un principio la dimensión se centraba sólo en

la variable "latencia de respuesta", la cual se vinculó a un estilo de actuación analítico cuando era larga, muy pronto también se relacionó con el nivel de ejecución: una latencia larga no implica reflexividad; además, debe existir una ejecución adecuada que demuestre que durante el tiempo transcurrido se ha generado una estrategia acertada de afrontamiento del problema.

La Utilización del EMIC se restringe a la evaluación de la impulsividad cognitiva. El principal campo de acción son las dificultades de aprendizaje y los problemas de rendimiento académico, y de modo complementario puede servir otros trastornos como la hiperactividad infantil.

Nombre: Escala Magallanes de impulsividad Computarizad (EMIC)

Autores: Mateu Servera Barceló

Jordi Llabrés Bordoy

Facultad de Psicología de la Universidad de las Islas Baleares.

Administración: Individual, mediante PC.

Duración: variable: entre 15 y 20 minutos.

Niveles de aplicación: niños de 6 a 11 años de edad.

Finalidad: Identificar el estilo cognitivo Reflexivo- Impulsivo.

Variables que evalúa: Proporciona dos puntuaciones directas: errores y latencia media a la primera respuesta.

Ambas puntuaciones se combinan, según el modelo de clasificación integrada, para obtener puntuaciones continuas en un **Índice estilístico: PI**, y en un **Índice de Eficacia: P**. A partir de estos índices se ofrecen distintos sistemas de clasificación de los sujetos.

Esta prueba perceptivo - motora para niños de 6- 11 años consta de 16 elementos de idéntica estructura: donde el sujeto observa una figura modelo y otras seis figuras alternativas muy parecidas, de entre las cuales debe encontrar la que es idéntica al modelo. La tarea consiste en mover el cursor de la pantalla con el ratón del PC registra de manera interna para cada elemento el número total de errores y la latencia de la primera respuesta (en milisegundos). Si la primera respuesta es acertada, aparece una cara sonriente en la pantalla, y automáticamente se avanza hacia el siguiente elemento. Si no es así, aparece una cara triste en la pantalla y vuelve al mismo elemento; esta vez, cuando el cursor pase por encima de la alternativa marcada anteriormente aparecerá la palabra “NO”, de esta manera da un aviso para no cometer nuevamente el error.

Antes de los elementos de evaluación aparecen cuatro elementos de prueba, los cuales sirven para que el evaluador explique y este seguro de que el niño/a ha entendido las instrucciones y de que controla perfectamente el mouse.

Aproximadamente las dos mil evaluaciones realizadas hasta llegar a la versión definitiva sólo en casos muy excepcionales, incluyendo a los niños entre 6 y 7 años.

La interpretación que se hace:

- Cuanto mayor es la PI mayor es la tendencia a la impulsividad del sujeto, mientras cuanto menor sea mayor en la tendencia a la reflexividad. Todos los sujetos impulsivos tienen una puntuación de errores por encima de la media de referencia y una puntuación de errores por encima de la media de referencia y una puntuación de latencias por debajo, justo al revés que los sujetos.
- Cuanto mayor es la PE mayor es la tendencia a la ineficacia del sujeto, mientras cuanto menor sea mayor es la tendencia a la eficacia. Todos los sujetos ineficaces tienen una puntuación de errores y latencias por encima de la media de referencia, justo al revés que los sujetos eficaces.

3.5.1. El sistema de clasificación integrado de Salkind y Wrigth basado en los índices de impulsividad (PI) y eficiencia (PE)

De este modo se obtienen dos puntuaciones continuas e independientes, donde

	Puntuaciones Positivas (por encima del cero)	Puntuaciones Negativas (por debajo del cero)
PI = Zerrores - Zlatencias	IMPULSIVIDAD (rápido-exacto)	REFLEXIVIDAD (lento-exacto)
PE = Zerrores + Zlatencias	INEFICACIA (lento-inexacto)	EFICACIA (rápido-exacto)

Gráfico N° 7: El sistema de clasificación integrado de Salkind y Wrigth basado en los índices de impulsividad (PI) y eficiencia (PE).

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Mateu Servera Barceló y Jordi Llabrés Bordoy

La escala Magallanes de Impulsividad Computarizada permite la evaluación del estilo cognitivo Reflexividad – Impulsividad, la prueba permite obtener las puntuaciones directas tipificadas de los errores y la latencia de respuesta, además de los índices de impulsividad (PI) y de eficacia (PE). El evaluador puede utilizar los baremos que se facilitan, o a su vez pueden tomar puntuaciones de referencia de que disponga para ubicar a cada sujeto en los continuos de impulsividad y eficacia.

Por otro lado el segundo instrumento para control emocional utilizado en la investigación, es una ficha de observación denominada “ESCALA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN”, misma que consta de diez preguntas y que tienen como opción de respuestas: nunca (0), casi siempre (1), siempre (2), a veces (3). Esta escala de registro tiene como base, un estudio realizado por el PhD. Carlos Ramos Galarza, PhD Janio Jadán Guerrero y el PhD. Andrés García Gómez en su investigación denominada “PROPUESTA DE ESCALA EFECO

PARA EVALUAR LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN FORMATO DE AUTO REPORTE”, el artículo buscó adaptar el contenido de la escala de valoración de las funciones ejecutivas desarrollada por García-Gómez (2015) para padres y profesores, en un formato de auto-reporte para adolescentes del contexto educativo de Ecuador, en el proceso se realizó una revisión lingüística de cada ítem propuesto, al contexto lingüístico de Ecuador, revisión por parte de juicio de expertos en la evaluación de las funciones ejecutivas, estudio piloto con un grupo de estudiantes adolescentes que emitieron su criterio en cuanto al contenido y la elaboración de la propuesta final del instrumento en la versión deseada. El cuestionario de la investigación constó de 67 preguntas, de las cuales únicamente los numerales 7,19,48,50,55,63 y 67 hacen referencia a control emocional.

Tabla N° 3: Propuesta del Cuestionario EFECO en versión auto- reporte

1	Tengo dificultades para recoger y dejar ordenadas mis cosas cuando se me pide que lo haga.
2	Necesito tener alguien cerca para que me ayude a terminar una tarea cuando es muy larga.
3	Actúo sin pensar, haciendo lo primero que pasa por mi mente.
4	Tengo dificultad para admitir mis errores.
5	Me cuesta atender a las instrucciones que se me indican.
6	Cometo errores por descuido.
7	Me enfado por cosas insignificantes.
8	Tengo dificultades para tomar decisiones en forma independiente.
9	Dejo tiradas mis cosas por todas partes.
10	Tengo dificultades para encontrar rápidamente mis materiales al buscarlos en mi cuarto o escritorio.
11	Me cuesta realizar las tareas sin ayuda de los demás.
12	Soy lento/a en la realización de mis tareas educativas y del hogar.
13	Me cuesta concentrarme.
14	Tengo dificultades para esperar tranquilamente a que llegue mi turno.
15	Estoy moviéndome constantemente, no puedo estar quieto/a.
16	Hago mal mis tareas porque no sigo las instrucciones que se me dan.
17	Me cuesta hacer buenas propuestas para resolver problemas.
18	Tengo dificultad para escuchar atentamente.
19	Cuando me enfado tengo dificultad para calmarme con facilidad.
20	Parece que tengo ganas de hacer cosas pero enseguida me olvida de ellas.
21	Interfiero o interrumpo las actividades de los demás.
22	Me resulta difícil pensar o planificar las cosas con antelación.
23	Me cuesta cambiar de una tarea a otra.
24	Me cuesta mantener la atención en una actividad.
25	Necesito de alguien que me supervise para realizar mis trabajos.
26	Tengo dificultades para cuidar mis pertenencias.
27	Me perturban los cambios de planes.
28	Hago mis tareas de forma apresurada.
29	Tengo dificultad para hacer todos mis deberes sin detenerme.
30	Me cuesta trabajo encontrar mis cosas cuando las necesito.
31	Me resulta difícil comportarme adecuadamente en las reuniones sociales.
32	Me resulta difícil dejar de hacer algo cuando se me pide que no lo haga más.
33	Interrumpo a los demás cuando están hablando.
34	Me cuesta anticipar las consecuencias de mis actos.

35	Necesito de la ayuda de un adulto para terminar las tareas.
36	Necesito que me animen constantemente para comenzar a hacer mis tareas educativas y del hogar.
37	Protesto cuando no se me deja hacer lo que quiero.
38	Me resulta difícil concentrarme en el desarrollo de todo tipo de juegos (p. ej. Juegos de mesa).
39	Olvido revisar las tareas después de terminarlas.
40	Tengo dificultades para tomar decisiones, incluso ante las cosas más sencillas.
41	Me resulta difícil centrarme en algo.
42	Puedo llegar a decir cosas inadecuadas a otras personas.
43	Tengo dificultades para realizar apropiadamente actividades o tareas que tienen más de un paso.
44	Me es difícil regresar a una tarea después de tomar un descanso.
45	Olvido revisar mi cartera o mochila antes de ir al colegio.
46	Me levanto de la silla o abandono mi lugar cuando no debo hacerlo.
47	Necesito que se me diga que comience una tarea aunque tenga ganas de hacerla.
48	Me altero o pierdo el control cuando extravío algo.
49	Tengo dificultades para adaptarme a los cambios en mis rutinas, a nuevos profesores o a cambios en los planes familiares.
50	Me decepciono fácilmente.
51	Parece que voy dejando todo desordenado por donde paso.
52	Me distraigo fácilmente.
53	Debo esforzarme incluso en las asignaturas que me gustan.
54	Olvido llevar a casa las tareas, avisos o asignaciones educativas.
55	Me molesto fácilmente.
56	Me cuesta estar dispuesto/a a iniciar las tareas con sólo proponérmelas.
57	Tengo problemas para concentrarme en la realización de tareas educativas y del hogar.
58	Me quedo en los detalles de la tarea y pierdo el objetivo principal.
59	Me resisto a resolver de forma diferente tareas educativas, juegos con amigos, tareas del hogar, etc.
60	Mi desorden tiene que ser recogido por otros.
61	Tengo dificultad para terminar mis deberes a tiempo.
62	Me cuesta tener buenos hábitos de estudio.
63	Tengo cambios de ánimo de forma sorpresiva.
64	Me cuesta tener iniciativa para comenzar actividades, juegos o tareas educativas.
65	Me cuesta tener muchas ideas.
66	Me olvido de las cosas.
67	Pierdo el control de mis emociones (hago rabietas).

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Carlos Ramos Galarza, PhD Janio Jadán Guerrero y el PhD. Andrés García Gómez.

Es así que, el instrumento realizado para la variable “CONTROL EMOCIONAL” tiene bases científicas de investigación, y a su vez fue valorado por un juicio de expertos como son: el MSc. Andrés Subía, la MSc. Jacqueline Gordón y el MSc. Francisco Dillon, para la validez correspondiente de dicho instrumento. Los indicadores evaluados en el instrumento fueron baja tolerancia, irritabilidad y labilidad emocional. Con el objetivo de registrar de manera cuali-cuantitativa las acciones o actitudes de los estudiantes, en función del tema de investigación.

3.5.2. Procedimientos para obtención y análisis de datos

En este trabajo se utilizó una investigación correlacional de Spearman y Person puesto que, mediante el cálculo de un coeficiente de correlación, determinó el grado de relación entre variables.

(Bligoo, 2014): “El diseño es de tipo cuantitativo- descriptivo, exploratorio, que consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores”. De acuerdo a la temporalidad del estudio fue un enfoque transversal, puesto que los datos fueron recopilados en una misma línea de tiempo.

Se utilizó la fórmula para realizar el cálculo de la muestra al considerar el cálculo de muestra finita donde se determina con un nivel de confianza del 90 % y un nivel de error del 5% para el Universo de 21059 de la población de estudio.

Se realizó estadísticas de descripción de muestra por género y rango de edades.

3.5.2.1. Actividades

Dentro de la planificación establecida en la Universidad y con la coordinación de la Facultad de Ciencias Humana y de la Salud de la carrera de Psicología, se cumplió con un cronograma establecido con la misma.

Las actividades realizadas fueron:

- Elaboración del plan de tesis, actividad que fue ejecutada en el mes de octubre del 2016, misma que tenía como objetivo realizar el esqueleto de la investigación, para conocer si la propuesta de proyecto es viable, confiable y así poder constituir el tema que se va a indagar a profundidad. Por disposición de la comisión académica en sesión ordinaria, aprueban como

resolución N° UTI-CA-SO-03-2017 el tema de investigación denominado “Control emocional y su incidencia con el nivel de impulsividad en niños con TDAH de 6 a 11 años de edad de la Fundación Educativa Alfaguara, de la Ciudad de Quito, durante el año 2017”.

- Construcción del marco teórico de las variables, búsqueda de instrumentos que se va a utilizar en la investigación.
- Validación de instrumento por parte de un trío de expertos para medir la variable “control emocional”.
- Aplicación de instrumentos: ficha de observación para control emocional, misma que fue llenada por el docente tutor de aula y la Escala de Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC) juego que fue realizado por los niños de 6 a 11 años en un tiempo estimado de 20 minutos.
- Tabulación de resultados e ingreso de datos a Microsoft Excel y posterior a ello para realizar la correlación de variables se utilizó el SPSS. Consecutivamente se realizó el análisis de resultados.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- Elaboración de la propuesta técnica como aporte de la investigación a la sociedad.
- Revisión de la investigación por parte del tutor, misma que tiene como objetivo corregir errores que se van dando a lo largo del proceso.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Diagnóstico de la situación actual

En la investigación, los resultados obtenidos dentro de la tabulación final de datos, las medidas de tendencia central de las variables control emocional e impulsividad son las siguientes:

- En la variable sexo la media es de 0.18 con una desviación estándar de 0.38 para 271 casos.
- En la variable edad la media es de 8.18 con una desviación estándar de 1.70 para 271 casos.
- En la variable control emocional la media es de 16.04 con una desviación estándar de 10.42 para 271 casos.
- En la variable PIT la media es de 62.19 con una desviación estándar de 23.70 para 271 casos.
- En la variable PET la media es de 52.70 con una desviación estándar de 11.75 para 271 casos.

Estadísticos Descriptivos

Tabla N° 4: Estadísticos descriptivos

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL							
	\bar{X}	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	POBLACIÓN	PUNTUACIÓN MÍNIMA	PUNTUACIÓN MÁXIMA	MEDIANA	MODA
SEXO	0,18	0,38	271				
EDAD	8,18	1,7	271	6	11	8	6
CONTROL EMOCIONAL	16,04	10,42	271	0	30	18	30
PIT	62,19	23,7	271	-4	103	62	80
PET	52,7	11,96	271	5	99	51	49

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Samantha Dennis Echeverría Espín

Tabla N° 5: Tabla de correlación de Pearson

Correlaciones

		SEXO	EDAD	CONTROL EMOCIONAL	PIT	PET
SEXO	Pearson Correlation	1	,074	-,148**	-,170**	-,057
	Sig. (1-tailed)		,113	,007	,002	,173
	N	271	271	271	271	271
EDAD	Pearson Correlation	,074	1	-,030	-,152**	,037
	Sig. (1-tailed)	,113		,309	,006	,273
	N	271	271	271	271	271
CONTROL EMOCIONAL	Pearson Correlation	-,148**	-,030	1	,110*	-,108*
	Sig. (1-tailed)	,007	,309		,035	,039
	N	271	271	271	271	271
PIT	Pearson Correlation	-,170**	-,152**	,110*	1	-,003
	Sig. (1-tailed)	,002	,006	,035		,482
	N	271	271	271	271	271
PET	Pearson Correlation	-,057	,037	-,108*	-,003	1
	Sig. (1-tailed)	,173	,273	,039	,482	
	N	271	271	271	271	271

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (1 cola).

* . La correlación es significativa en el nivel de 0.05 (1 cola).

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Samantha Dennis Echeverría Espín

4.2. Análisis e Interpretación

Gráfico 4 Fórmula para cálculo de muestra de poblaciones finitas:

Datos recopilados en el Censo del 2010 donde la población de la Ciudad de Quito es de 2 millones 216 mil 778 habitantes, de los cuáles la población de niños de entre 6 a 11 años es el 9.5 % que equivale a 21.059 niños/as. Se utilizó la fórmula para realizar el cálculo de la muestra al considerar el cálculo de muestra finita donde se determina con un nivel de confianza del 90 % y un nivel de error del 5% para el Universo 21.059, es así que la muestra es de 264 participantes.

Tabla 2 Descripción de la muestra de estudio:

Con un total de 271 participantes en la investigación, muestra de hombres tiene una frecuencia de 222 y en mujeres 49.

Gráfico 5 Descripción de la muestra “género”:

Del total 271 participantes el 82 % son de género masculino que equivale a 222 y un 18 % femenino equivalente a 49.

Gráfico 6 Descripción de la muestra “rango de edades”:

Los rangos de edad se encuentran establecido de 6 a 11 años; de los cuales: niños de 6 años fueron 62 equivalente a un 62.23 %, de 7 años fueron 48 equivalente a 48.18%, de 8 años fueron 47 equivalente a 47.17%, de 9 años fueron 40 equivalente a 40.15%, de 10 años fueron 41 equivalente a 41.15% y de 11 años fueron 33 equivalente a 33.12%.

Tabla 3 Estadísticos descriptivos:

Los resultados obtenidos dentro de la tabulación final de datos, las medidas de tendencia central de las variables control emocional e impulsividad son las siguientes:

- En la variable sexo la media es de 0.18 con una desviación estándar de 0.38 para 271 casos.
- En la variable edad la media es de 8.18 con una desviación estándar de 1.70 para 271 casos.
- En la variable control emocional la media es de 16.04 con una desviación estándar de 10.42 para 271 casos.
- En la variable PIT la media es de 62.19 con una desviación estándar de 23.70 para 271 casos.
- En la variable PET la media es de 52.70 con una desviación estándar de 11.75 para 271 casos.

Es así que respecto a la edad la puntuación mínima es de 6 y la máxima 11, la media 8 y la moda 6. Respecto a la variable control emocional la puntuación mínima es de 0 y la máxima 30, la media 18 y la moda 30. Finalmente, para la variable impulsividad el PIT la puntuación mínima es de -4 y la máxima 103, la media 62 y la moda 80; y el PET la puntuación mínima es de 5 y la máxima 99, la media 51 y la moda 49.

Tabla 4 Correlación de Pearson:

Al final de la investigación los resultados por otra parte, en el análisis de correlación con el test de Person analizando cada una de las variables estudiadas tanto control emocional y su incidencia con el nivel de impulsividad: los resultados de la correlación unilateral de Pearson a una cola, refleja la significancia entre variables con un 0.01; menor a 0.05 lo que quiere decir que es estadísticamente significativo.

4.3. Comprobación de las Hipótesis

Los datos estadísticos que se procesaron en SPSS manifestaron, que existe un nivel significativo entre la variable control emocional e impulsividad, variables que fueron objetos de estudio en la investigación, resultado de la correlación unilateral de Pearson a una cola, refleja la significancia entre variables con un 0.01; menor a 0.05 lo que quiere decir que es estadísticamente significativo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y DISCUSIÓN

5.1. Conclusiones

Datos recopilados en el Censo del 2010 donde la población de la Ciudad de Quito es de 2 millones 216 mil 778 habitantes, de los cuáles la población de niños de entre 6 a 11 años es el 9.5 % que equivale a 21.059 niños/as. Es así que, para la investigación sobre la población de estudio, se utilizó la fórmula de muestras finitas que determina la muestra, con un nivel de confianza del 90% y un nivel de error del 5% para el Universo 21.059.

En la investigación de las variables control emocional y su incidencia con los niveles de impulsividad se obtuvieron datos de correlación entre las mismas, es decir indican la fuerza y la dirección de una relación lineal y proporcionalidad entre dos variables estadísticas. Donde se considera que dos variables cuantitativas están correlacionadas cuando los valores de una de ellas varían sistemáticamente con respecto a los valores homónimos de la otra.

La presente revisión pone en manifiesto que el TDAH es un trastorno complejo y heterogéneo en el que están implicados no sólo procesos cognitivos sino también afectivos, muchas personas que tienen este trastorno muestran diversas alteraciones motivacionales, entre las que desatacan, la escasa habilidad para tolerar o manejar sus impulsos.

Estructuras como la corteza prefrontal ventromedial, el núcleo de accumbens y la amígdala fundamentalmente parecen estar comprometidos con las alteraciones motivacionales del TDAH, es decir presentan dificultades para

reconocer la información emocional y la incapacidad para regular sus propias emociones.

La impulsividad interfiere negativamente en la capacidad de previsión de las consecuencias, toma de decisiones y planificación. El efecto de la impulsividad es más negativo ante tareas que implican un procesamiento de la información analítico o secuencial que ante tareas que implican un procesamiento global o simultáneo de la información, los niños impulsivos aquejados de estos problemas de aprendizaje no tienen por qué presentar CI por debajo de la normalidad.

5.2. Recomendaciones

Es necesario establecer una comunicación permanente con la familia, ya sea escrita o bien oral, para coordinar los apoyos multidisciplinarios, para conocer el progreso de los niños/as. El diagnóstico de dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad de un hijo/a, puede generar distintas reacciones en la familia, todo esto en función a la intensidad del trastorno, de la estructura y sobre todo la dinámica familiar y de las expectativas hacia el niño/a.

Los niños con TDAH por lo general, no pueden manejar bien los cambios o sorpresas en la rutina de trabajo es por ello que necesitan sentirse con la capacidad de controlar situaciones y todo esto depende del trabajo que se realice en la institución educativa y en el hogar.

Dentro de la propuesta de trabajo considero que se debe mantener un compromiso realista y posible de cumplir. Cuando se acuerdan grandes apoyos se debe establecer tiempos y recursos accesibles para las familias e instituciones.

Es importante valorar el TDAH desde todas las dimensiones (social, cognitiva, comportamental, etc.) además de indagar sobre los posibles trastornos comórbidos que aparezcan, para así poder planificar una intervención más ajustada acorde a las necesidades de los niños/as.

5.3. Discusión

El estudio ha intentado explorar y analizar la relación que existe entre el control emocional y la incidencia de los niveles de impulsividad que tienen los niños con TDAH de 6 a 11 años de edad de la Ciudad de Quito. Los resultados han mostrado que existe una relación entre las variables de investigación. De hecho, el resultado encontrado respecto a la correlación de Pearson existe una correlación de 0.110 con un nivel de significancia 0.01, menor a 0.05 lo que quiere decir que es estadísticamente significativo. En la investigación, los resultados obtenidos sobre las medidas de tendencia central de las variables control emocional e impulsividad son las siguientes:

En la variable sexo la media es de 0.18 con una desviación estándar de 0.38 para 271 casos.

En la variable edad la media es de 8.18 con una desviación estándar de 1.70 para 271 casos.

En la variable control emocional la media es de 16.04 con una desviación estándar de 10.42 para 271 casos.

En la variable PIT la media es de 62.19 con una desviación estándar de 23.70 para 271 casos.

En la variable PET la media es de 52.70 con una desviación estándar de 11.75 para 271 casos.

Una vez que medimos control emocional y su incidencia con los niveles de impulsividad y no otro constructo introducido como extraño, debemos hablar de que variables como género de los participantes (222 hombres y 49 mujeres) lo que quiere decir que es un 82% corresponde al género masculino y el 18% al género femenino. Estudios del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en Ecuador la Doctora, Victoria Silva, Psiquiatra infantil, ha indicado que el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un problema de incidencia patológica que afecta más niños que a niñas. De acuerdo a datos recopilados en el año 2016 se ha detectado 592 nuevos casos, equivale a un 66.7%

de los niños y un 33.3% de niñas, Silva menciona que las causas del TDAH son multifactoriales y principalmente atribuye a factores que produzcan cualquier grado de hipoxia en el feto o altere la concepción en el embarazo o durante el parto.

Según la psiquiatra, a pesar que el diagnóstico para esta patología no es muy difícil, ha visto que en el país existe un sobre diagnóstico debido que “aún se confunden los síntomas de la enfermedad. Por ende, es fundamental que los profesionales de la salud aprendan a diagnosticar este trastorno, porque si no se trata a tiempo se pueden dar problemas en la adolescencia, como baja autoestima, depresión, ansiedad, consumo de drogas. Además, hay que tener y consideración que sólo en casos necesarios se debe hacer uso de medicación, pues el tratamiento farmacológico debería ser considerado como la última opción; el tratamiento psicológico representa el 60 y 70% en la recuperación del niño y el mismo debe estar enfocado en la parte conductual, mejorando su comportamiento, rendimiento, atención, concentración y sobre todo el entorno familiar.

Estudios sobre TDAH sobre el Seguimiento de efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de los niños con TDAH en el 2010, publicada en la Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (UAEM) en los resultados de estudio mencionan que la muestra de estudio fue delimitada para niños que cursan la educación primaria y tengan un diagnóstico de TDAH subtipo combinado, o bien que presentaran manifestaciones conductuales que hicieran sospechar la existencia de TDAH. El Diagnóstico definitivo se realizó en base a datos proporcionados por los padres y profesores y los niños en las entrevistas. Los criterios diagnósticos que siguieron fueron: a) presencia al menos de 6 síntomas de (inatención-desorganización e hiperactividad- impulsividad), b) duración superior a 1 año, c) aparición del problema antes de los 7 años; d) ausencia de psicosis o daño neurológico, déficits sensoriales o motores. Adicional a los requisitos mencionados era indispensable que los niños no estuvieran recibiendo ningún tratamiento y obtener un CI igual o mayor a 80 en el WISC-R. Finalmente, de los

niños que fueron remitidos para evaluación, sólo 29 cumplieron todos los requisitos; de este grupo tan solo 27 casos obtuvieron el consentimiento de los padres para participar en la investigación. El número de niños fue 23 (85.2 %) y el de niñas 4 (14.8 %), de edades de 7 y 10 años (media 8.26; desviación típica 1.10). Es así que, en este estudio, los niños tratados destacan las mejoras en conducta antisocial valorada por padres y profesores, en agresividad y en elecciones negativas, un aspecto este último especialmente valioso ya que las relaciones entre los compañeros no suelen mejorar con los tratamientos (Hoza et al., 2005). Los resultados coinciden con los aportados por Miranda et al. (2002) y Barkley et al. (2000). La diferencia podría explicarse por el mayor peso de la instrucción en estrategias cognitivas de afrontamiento de conflictos, que, por desgracia, la ausencia de información en la fase de seguimiento impide presentar una visión más completa de la situación social de estos niños.

A pesar de las limitaciones apuntadas, el trabajo tiene implicaciones para la práctica de la psicología escolar. A pesar de su complejidad, se pone de manifiesto que una intervención con estas características puede implementarse a través de la escuela, aunque requiere unos recursos económicos con los que, al menos por el momento, no cuenta el sistema educativo o a su vez los recursos destinados no están siendo ocupados de una forma correcta. Reivindicamos al psicólogo escolar como un profesional que se encuentra en una situación óptima para abordar los diferentes planos del funcionamiento en el tratamiento de niños con TDAH y potenciar la colaboración hogar-escuela. Por las características propias de sus funciones podrían superarse planteamientos de intervención reduccionistas y parciales y adoptar un enfoque contextualizado y multicomponente que ponga el énfasis en la prevención y en el papel activo de padres y profesores. Aún más, las condiciones del trabajo del psicólogo escolar le permitirían prolongar la intervención con estudiantes TDAH el tiempo necesario, un punto crucial dado que la cronicidad del TDAH exige mantener las intervenciones a lo largo de los años, tal y como subraya un reciente artículo de seguimiento del MTA (Molina et al., 2009).

Las conclusiones del estudio a la que se llegó, pudieron delimitar una significancia más no influencia del control emocional y el nivel de impulsividad en niños con TDAH de 6 a 11 años, obteniéndose asociaciones significativas en ambas variables.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Tema

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MEJORAR EL CONTROL EMOCIONAL EN NIÑOS CON TDAH “DESARROLLO MI FUTURO”.

6.2. Justificación

El TDAH, es un trastorno del desarrollo que puede (si se detecta de manera temprana), tener un tratamiento más efectivo. Muchas investigaciones apuntan al trabajo interdisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, mismo que debe contar con una adecuada planificación y establecimiento de estrategias dirigidas a niños/as, docentes y su familia. El definir de manera clara estas estrategias, permitirán a todos los involucrados en la recuperación del niño/a y de su familia, a insertarse adecuadamente a su entorno y mejorar sus habilidades cognitivas – emocionales.

Cualquier suceso, por simple que sea, despierta emociones muy diversas. Esto es debido a que una gran parte de nuestro cerebro, el Sistema Límbico, se encarga de ellas y hace que las emociones estén tan arraigadas a la naturaleza del ser humano que podemos considerar que forman parte de nosotros y nuestra forma de reaccionar en el entorno.

No podemos ni desconectar ni elegir nuestras emociones, pero podemos intentar conducir las mediante el control emocional, que no debe ser entendido como forma de represión de las emociones, sino como forma de regularlas, y poder así modificar nuestro estado anímico y sentimental, cuando es necesario. El

objetivo de las técnicas de control es evitar que cuando se dispara una emoción negativa, nos arrastre y la expresemos de una forma desbordante de la que luego nos podamos arrepentir. A continuación presento algunas técnicas para ayudarlos a controlar las emociones y sentimientos.

La propuesta aquí presentada, tiene como principal objetivo, sensibilizar, diagnosticar y tratar efectivamente el TDAH, a través del establecimiento de protocolos de intervención, diagnóstico y tratamiento dirigidos a docentes, DECE y pacientes con diagnóstico de este trastorno.

6.3. Objetivos

6.3.1. Objetivo General

Desarrollar estrategia cognitivo-emocionales a través del diseño de talleres dirigidos a docentes y la familia del /la estudiante con diagnóstico de TDAH, que permitan un adecuado control emocional.

6.3.2. Objetivos Específicos

- Mejorar las condiciones psicosociales y de educación dentro del aula y su familia.
- Definir roles y funciones de cada miembro de la familia para crear un ambiente saludable para el tratamiento efectivo interdisciplinario de TDAH.
- Aplicar talleres para padres, docentes y familia para mejorar el control emocional en niños con TDAH.

6.4. Estructura Técnica de la Propuesta

6.4.1. Argumentación Teórica

El comportamiento social de un niño es de vital importancia en su desarrollo. La forma en que se relaciona con los compañeros y con los adultos de su entorno va a determinar, en gran medida, el nivel de desarrollo social que va a tener en los diferentes ámbitos de su vida adolescente y adulta.

Las deficiencias que presentan los niños con TDAH respecto a la atención y en los procesos cognitivos, y afectivos en ocasiones impiden la correcta comprensión de las señales o indicadores claves para el correcto desarrollo de las interacciones sociales y el conocimiento de las reglas que regulan estas interacciones.

Considero que la elaboración de una propuesta es parte de mi formación como profesional de la salud mental, pero a su vez como ser humano, lo cual me permite relacionar mis conocimientos con la realidad de la población de estudio y así poder contribuir con una herramienta que pueda aportar al desarrollo y evolución positiva de los niños que están identificados y no identificados con TDAH. Esta propuesta consta de 3 talleres que duran aproximadamente una hora, los temas, los temas a tratar están basados en el cumplimiento de objetivos expuestos, cada taller consta de actividades lúdicas para que el conocimiento sea significativo y logara obtener resultados que sean aplicables en su vida diaria y a su vez socializables con el entorno familiar.

Al finalizar los talleres se realizará una retroalimentación de lo aprendido a través de preguntas y respuestas obtenidas por los participantes y a su vez se generara compromisos, para lograr que en los hogares se de una réplica de lo aprendido.

6.5. Diseño Técnico de la Propuesta

Las etapas para implementar una estrategia educativa son:

- **Construcción:** Relacionado con la formulación de estrategias para la reactivación del conocimiento previo y la resolución efectiva de problemas (a través de su identificación).
- **Permanencia:** Relacionado con la conservación de la estrategia, su implementación en el tiempo y su durabilidad (efectividad - eficacia) y;
- **Transferencia:** Relacionado con la aplicación de la estrategia a utilizarse en contextos distintos, generando iguales o mejores resultados.

Construcción de la estrategia

Se señalan las diferencias como una variable que influye, los métodos de enseñanza, las estrategias instruccionales y los procesos de aprendizaje de los estudiantes y señala su papel modulador en el efecto de las estrategias de enseñanza sobre el aprendizaje. En función de estas consideraciones, la construcción de la estrategia educativa a plantearse, deberá ajustarse (en principio) a la realidad de la institución o población en la que va a ser ejecutada. Esta debe ser analizada considerando todos los contextos de aplicación (educativo, profesional, docente, entre otros), así como los posibles efectos a producirse, una vez esta sea implementada.

Permanencia de la estrategia

La eficacia y eficiencia de la estrategia tanto educativa como familiar planteada, la misma que dependerá de la planificación del trabajo (metodología) a ejecutarse y de los objetivos que persigue la institución/ y familia para implementar la metodología de manera eficiente, siempre alineada a la

planificación estratégica. En contextos distintos ha sido analizado el papel (edad) en permanencia de las estrategias educativas y de aprendizaje o, dicho de otro modo, la evolución de éstas a lo largo de la formación académica de los estudiantes como en el desarrollo y evolución de su vida.

La permanencia de las estrategias educativas y familiares, se miden por el impacto generado a través del tiempo por las diferentes actividades planteadas, como alternativas de solución a problemas puntuales (consecución de objetivos estratégicos planteados) y su incidencia en la transformación de la realidad de sus beneficiarios (en última instancia). Estas estrategias deben ajustarse en este caso, a la consecución de dos grandes problemas de aprendizaje, y manejo emocional que presenta el niño con TDAH.

Transferencia

Transferencia de la estrategia en el sistema de tutorías, donde el docente es responsable de la cantidad (de trabajo instruccional) que el estudiante recibe en su formación académica dentro y fuera del aula, así como de la calidad (de ese contenido académico) en el que se forma el estudiante. Así mismo dependerá del entorno familiar de la formación dentro y fuera de casa.

La innovación en educación de esas estrategias, puede ser interpretada de múltiples maneras. Quizá una de las formas más comunes de entenderla es desde una perspectiva funcional que la concibe como la incorporación de una idea, práctica o artefacto novedoso dentro de un conjunto, con la convicción de que el todo cambiará a partir de las partes que lo constituyen. Desde esta concepción, "el cambio", es generado en determinadas esferas de poder y luego es "diseminado" al resto del sistema, cuyos actores deben "asimilarlo" para poder implementarlo, más allá de sus convicciones y prácticas personales dentro del hogar. Se destacan como características identificatorias de estos "cambios" la parcialidad, en tanto se elabora en un sector y no llega a modificar el conjunto, y la imposición como

proceso de dominación, en tanto los sujetos afectados no participan activamente en su generación.

Los procesos de acompañamiento, deben complementarse con un adecuado proceso de orientación y estrategias, mismo que permitiría al estudiante, centrar sus potencialidades (aptitudes/ actitudes e intereses).

Estas estrategias, podrán (una vez evaluadas y ajustadas a la realidad del entorno en las que se aplicarán) implementarse en distintos contextos y ser tomadas como referencia para la resolución de problemas relacionados con el manejo emocional y educativo de niños con TDAH.

6.6. Fundamento Pedagógico

El fundamento pedagógico utilizado en la construcción de talleres para padres y docentes es el constructivismo de orientación psicosocial. Este manifiesta la relación directa entre el planteamiento de los procesos cognitivos- afectivos inherentes al aprendizaje y su relación entre la construcción colectiva, e individual del aprendizaje basado en las experiencias de tipo sociocultural de los estudiantes, bajo acompañamiento tanto de padres, como docentes.

6.7. Estructura Técnica de la propuesta

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
LOGÍSTICA	Delimitar el espacio físico donde se van a impartir los talleres	Coordinar con las autoridades de la institución temas relacionados, fechas y espacio físico.	Potencial Humano	1-2 horas	Aceptación de temáticas, fechas y espacio de ejecución de talleres.	Terapeuta / Psicólogo
SOCIALIZACIÓN	Descripción de resultados a los padres y autoridades de la institución (previo consentimiento)	Brindar una explicación clara de los resultados obtenidos a través de los reactivos aplicados para generar interés de participación.	Infocus, computadora, parlantes, material impreso	1 hora	Aceptación de temáticas, fechas y espacio de ejecución de talleres.	Terapeuta / Psicólogo

TALLER 1 PADRES DE FAMILIA

TEMA: LA FAMILIA DEL NIÑO "INQUIETO"

OBJETIVO: Conocer la importancia de la familia para el desarrollo integral de los hijos/as con TDAH

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLE
Inicio	Saludo y Bienvenida Dinamica de presentacion "El guía"	Generar empatia y Rapport con los padres de familia, explicar la temática del taller y objetivos del mismo	Un pañuelo	15 min	Terapeuta / Psicólogo
Desarrollo	1. Qué es el TDAH, qué le ocurre a un niño con TDAH y cuáles son las causas? 2. Actitudes en el entorno de un niño con TDAH. 3. Qué podemos hacer después de ? Técnicas operantes y manejo de consecuencias. 4. Qué podemos hacer ANTES para.... ? Más vale prevenir. Técnicas de control de estímulos y manejo del ambiente.	Dar a conocer a los padres de familia participantes, los conceptos basicos del TDAH y como ayudar a su hijo.	infoccus, computadora, parlantes, papelotes, marcadores, material impreso	45 minutos	Terapeuta / Psicólogo
Cierre	Evaluación (retroalimentación) preguntas y respuestas	Organizar un espacio en donde los participantes aclaren dudas mediante preguntas.	lapices/ esferos, hojas de papel, musica de relajación.	10 minutos	Terapeuta / Psicólogo

TALLER 2 PADRES DE FAMILIA

TEMA: APRENDO A MANEJAR MIS EMOCIONES

OBJETIVO: Dar a conocer herramientas para que los padres, ayuden a sus niños/as a manejar sus emociones.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLE
Inicio	Saludo y Bienvenida Dinamica de presentacion "Sondeo de motivaciones"	Generar empatia y Rapport con los padres de familia, explicar la temática del taller y objetivos del mismo	Hojas de papel, esferos o lápices	15 minutos	Terapeuta / Psicólogo
Desarrollo	1. Mejora de la organización personal. 2. Modelo del buen funcionamiento cognitivo en casa. 3. Ayudándoles a hablar consigo mismo AUTOCONTROL. El terreno de JUEGO DE LA MENTE. 4. Ayudándoles a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. "El Corazón de la mente".	Dotar de estrategias cognitivo- emocionales, que favorezcan a los niños con TDAH y a su familia.	infocus, computadora, parlantes, papelotes, marcadores, material impreso	45 minutos	Terapeuta / Psicólogo
Cierre	Evaluación (retroalimentación) preguntas y respuestas	Organizar un espacio en donde los participantes aclaren dudas mediante preguntas.	lapices/ esferos, hojas de papel, musica de relajación.	10 minutos	Terapeuta / Psicólogo

TALLER 3 DOCENTES

TEMA: TENGO UN NIÑO HIPERACTIVO EN CLASE "GUÍA DEL TDAH PARA EL DOCENTE"

OBJETIVO: Aumentar las probabilidades de éxito en la interacción social del niño/a y mejorar las estrategias cognitivo-emocionales.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLE
Inicio	Saludo y Bienvenida Dinamica "Quién se parece a mí"	Generar empatía y Rapport con los docentes, explicar la temática del taller y objetivos del mismo	Potencial humano	15 minutos	Terapeuta / Psicólogo/ Departamento del DECE de la institución
Desarrollo	1. Conceptos TDAH, criterios diagnósticos. 2. Trastorno por déficit de atención en el área del aprendizaje. 3. Respuesta educativa. 4. Intervención con los compañeros. 5. Actividad para entrenar inteligencia emocional y autocontrol.	3. Brindar estrategias de aprendizaje al docente, comprender la importancia del diálogo y la comunicación en el proceso socio emocional del niño/a.	infocus, computadora, parlantes, papelotes, marcadores, material impreso	1 hora	Terapeuta / Psicólogo/ Departamento del DECE de la institución
Cierre	Evaluación (retroalimentación) preguntas y respuestas	Organizar un espacio en donde los participantes aclaren dudas mediante preguntas.	lapices/ esferos, hojas de papel, musica de relajación.	10 minutos	Terapeuta / Psicólogo/ Departamento del DECE de la institución

6.7.1. Desarrollo del Taller 1

LA FAMILIA DEL NIÑO “INQUIETO”

OBJETIVO: Conocer la importancia de la familia para el desarrollo integral de los hijos/as con TDAH

Fase I. Inicio

En esta fase, se inicia con un saludo cordial de bienvenida hacia todos los asistentes y participantes del taller, lo que se busca en esta etapa es generar empatía y rapport con un clima de confianza entre psicólogo – padres de familia, posterior a ello realizaremos una dinámica de presentación llamada “EL GUÍA”, para lograr la participación y cohesión del grupo.

Estructura de la Dinámica:

Tema: “El Guía”

Objetivo: Generar empatía y Rapport con los padres de familia, explicar la temática del taller y objetivos del mismo.

Tiempo de duración: 15 min

Materiales: Un pañuelo

Procedimiento: vamos a formar grupos de dos personas (de preferencia entre padre y madre), una de ellas tendrá que vendarse los ojos y la otra será su guía, tendrán que mantener la confianza ya que en el transcurso del juego, deberán hacer caso únicamente a la voz de su guía, esta persona se encargará de ayudar a su compañero/a, a llegar a la meta, en el camino de llegada hacia la meta, tendrán que enfrentar varios retos, es por ello que la persona que culmina la prueba deberá

haber, cumplido la mayoría de los juegos. Lo que se pretende con esta dinámica es generar confianza entre participantes y verificar el nivel de confianza y comunicación (en parejas).

Fase II. Desarrollo

En este punto una vez generado un ambiente de coparticipación, asumiendo el psicólogo, un papel de liderazgo en el grupo se procederá a dictar el taller con el objetivo de:

- Dotar de estrategias de intervención educativa a los padres que mejoren la conducta de sus hijos.
- Favorecer el autocontrol en situaciones de crisis.
- Mejorar las estrategias cognitivas en la resolución de problemas.

En cada temática que se dictará:

1. Qué es el TDAH, ¿qué le ocurre a un niño con TDAH y cuáles son las causas?
2. Actitudes en el entorno de un niño con TDAH.
3. Qué podemos hacer después de ...? Técnicas operantes y manejo de consecuencias.
4. Qué podemos hacer ANTES para... ? Más vale prevenir. Técnicas de control de estímulos y manejo del ambiente.

En estos talleres el psicólogo dará a conocer al grupo de padres de familiar los fundamentos conceptuales, aspectos psicológicos relacionados al TDAH como manejo, intervención y estrategias que se pueden implementar en casa y respecto al entorno donde se desarrolla el niño; esta fase dura 45 minutos, donde además de compartir aspectos técnicos de este trastorno, se realizará preguntas dirigidas hacia los padres y de forma inversa se solventará dudas, para, de esta manera

generar interacción y atención de los participantes; dentro de la exposición tendremos ejemplos de actividades que deberán ejecutarse en casa.

Fase III. Cierre

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con los padres de familia, realizando preguntas de: cómo se sintieron en este proceso y cuál fue el aprendizaje, el psicólogo realizará una síntesis del taller destacando aspectos positivos y negativos, de la misma manera se receptorá sugerencias para el siguiente taller y a su vez comprometer a los participantes a la asistencia del siguiente taller y del trabajo que deben iniciar en casa.

6.7.2. Desarrollo del Taller 2

APRENDO A MANEJAR MIS EMOCIONES

OBJETIVO: Dar a conocer herramientas para que los padres, ayuden a sus niños/as a manejar sus emociones.

Fase I. Inicio

En esta fase, se inicia con un saludo cordial de bienvenida hacia todos los asistentes y participantes del taller, lo que se busca en esta etapa es generar empatía y rapport con un clima de confianza entre psicólogo – padres de familia, posterior a ello realizaremos una dinámica de presentación llamada “SONDEO DE MOTIVACIONES”, para lograr la participación y cohesión del grupo.

Estructura de la Dinámica:

Tema: “Sondeo de motivaciones”

Objetivo: Generar empatía y Rapport con los padres de familia, explicar la temática del taller y objetivos del mismo.

Tiempo de duración: 15 min

Materiales: Hojas de papel, esferos o lápices.

Procedimiento: esta dinámica tiene como fin comenzar a conocerse y hablar de el porque se encuentran en el taller. El psicólogo comienza la actividad diciendo que cada vez que iniciamos algo, cualquier actividad, hemos de preguntarnos sobre ¿qué es?, ¿cómo estamos? y ¿qué pretendemos?

Se da una hoja y cada uno personalmente tratará de responder a:

¿A qué he venido?

¿Cómo me siento ahora?

¿Qué espero del trabajo en este grupo?

¿Qué estoy dispuesto a aportar para la realización con mis ideas y esperanzas?

Se dan unos 10 minutos.

Luego se arman subgrupos en donde deben comentar estas primeras motivaciones y hacer una síntesis para el plenario. (15 minutos).

En el grupo se trabaja sobre las síntesis y además sobre la resonancia: Después de confrontar las expectativas con las del grupo, ¿qué pienso? ¿Qué compromiso adquiero?, ¿cuál es mi disposición para empezar? Lo que se pretende con esta dinámica es generar confianza entre participantes y verificar el nivel de confianza y comunicación.

Fase II. Desarrollo

En este punto una vez generado un ambiente de coparticipación, asumiendo el psicólogo, un papel de liderazgo en el grupo se procederá a dictar el taller con el objetivo de: Dotar de estrategias cognitivo- emocionales, que favorezcan a los niños con TDAH y a su familia.

- Aumentar las probabilidades de éxito en la interacción social.
- Desarrollar estrategias de mejora en la memoria de trabajo.
- Favorecer el bienestar emocional en el ámbito familiar.

En cada temática que se dictará:

1. Mejora de la organización personal.
2. Modelo del buen funcionamiento cognitivo en casa.
3. Ayudándoles a hablar consigo mismo AUTOCONTROL. El terreno de JUEGO DE LA MENTE.
4. Ayudándoles a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. "El Corazón de la mente".

En estos talleres el psicólogo dará a conocer al grupo de padres de familiar un modelo cognitivo en casa, hablaremos sobre el autocontrol (con el “Juego de la mente”), y estrategias emocionales para ayudarles a sentirse mejor consigo mismos y con los demás “El Corazón de la mente”, técnicas que se pueden implementar en casa y respecto al entorno donde se desarrolla el niño; esta fase dura 45 minutos, donde además de compartir aspectos técnicos de este trastorno, se realizará preguntas dirigidas hacia los padres y de forma inversa se solventará dudas, para, de esta manera generar interacción y atención de los participantes; dentro de la exposición tendremos ejemplos de actividades que deberán ejecutarse en casa.

Fase III. Cierre

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con los padres de familia, realizando preguntas de: cómo se sintieron en este proceso y cuál fue el aprendizaje, el psicólogo realizará una síntesis del taller destacando aspectos positivos y negativos, de la misma manera se receptorá sugerencias.

6.7.3. Desarrollo del Taller 3

TENGO UN NIÑO HIPERACTIVO EN CLASE “GUÍA DEL TDAH PARA EL DOCENTE”

OBJETIVO: Aumentar las probabilidades de éxito en la interacción social del niño/a y mejorar las estrategias cognitivo-emocionales.

Fase I. Inicio

En esta fase, se inicia con un saludo cordial de bienvenida hacia todos los asistentes y participantes del taller, lo que se busca en esta etapa es generar empatía y rapport con un clima de confianza entre psicólogo – y los docentes de la Fundación Educativa Alfaguara, posterior a ello realizaremos una dinámica de presentación llamada “QUIÉN SE PARECE A MÍ”, para lograr la participación y cohesión del grupo.

Estructura de la Dinámica:

Tema: “Quién se parece a mí”

Objetivo: Generar empatía y Rapport con los docentes, explicar la temática del taller y objetivos del mismo.

Tiempo de duración: 15 min

Materiales: Impresiones y potencial humano.

Procedimiento: el objetivo de la dinámica es facilitar una comunicación, que en ocasiones puede ser relativamente profunda, pero que no cuesta mucho. Se destaca la importancia de la comunicación y del conocimiento personal.

Se pide que cada participante que mire al resto del grupo y vea quién se parece más a él. A medida que se sientan motivados se van parando e invitan a su parecido (quien no puede negarse) a dialogar a ver si en realidad sí se parecen.

Si llegara a quedar gente sin elegirse, se les pide que por parejas intercambien a ver si de verdad son tan diferentes.

En el grupo de trabajo se da un feed- back donde se escuchan las experiencias y se refleja lo más interesante.

Variante:

Historia de una Imagen: Se colocan varias imágenes en una mesa, las personas que pasan a verlas, pasa a elegir una. Se pide que cada persona construya una historia, tomando la imagen como “presente”: se le debe hacer un “pasado” y un “futuro”. En sub-grupos comentan las historias; se pide que cada uno cuente qué de su vida, de sus experiencias, de su familia, puso en la historia que inventó.

En el grupo se trabaja: ¿cómo nos fue?, ¿qué aprendimos?

En la presentación por canciones: Se pide a cada uno pensar en el título o primera estrofa de una canción que le guste. Con ella se va a presentar al grupo y va a decir por qué la eligió. Cada persona va diciendo su nombre y el título de la canción elegida. Se pide que mientras tanto cada uno se va fijando cuál le llamó la atención. Quienes deseen van preguntando: quiero preguntar a NN por qué se presentó con..... me gustaría saber qué significa para NN la canción.... El psicólogo va tomando nota de los “por qué”, pues allí aparecen normalmente los intereses y los valores del grupo. Hay que procurar que nadie se quede sin hablar. Dentro del grupo se sintetiza un “cuadro de valores” y se trabaja un feed-back de cómo se sintieron al presentarse y cómo ven al grupo. Lo que se pretende con esta dinámica es generar confianza entre participantes.

Fase II. Desarrollo

En este punto una vez generado un ambiente de coparticipación, asumiendo el psicólogo, un papel de liderazgo en el grupo se procederá a dictar el taller con el objetivo de: Brindar estrategias de aprendizaje al docente, comprender la importancia del diálogo y la comunicación en el proceso socio emocional del niño/a.

- Dotar de estrategias de intervención educativa a los docentes para que mejoren la conducta de sus estudiantes con TDAH.
- Favorecer el autocontrol de los niños/as en situaciones de crisis dentro del aula.

- Mejorar las estrategias cognitivas en la resolución de problemas dentro del salón de clase.

En cada temática que se dictará:

1. Conceptos TDAH, criterios diagnósticos.
2. Trastorno por déficit de atención en el área del aprendizaje.
3. Respuesta educativa.
4. Intervención con los compañeros.
5. Actividad para entrenar inteligencia emocional y autocontrol.

En estos talleres el psicólogo dará a conocer a los docentes los fundamentos conceptuales, criterios diagnósticos, aspectos psicológicos y pedagógicos relacionados con el aprendizaje de los niños/as con TDAH, la respuesta educativa que deben tener los estudiantes, la intervención de los compañeros en el aula de clase, y el entrenamiento del autocontrol e inteligencia emocional dentro del aula; esta fase dura 45 minutos, donde además de compartir aspectos técnicos de este trastorno, se realizará preguntas dirigidas hacia los docentes y de forma inversa se solventará dudas, para, de esta manera generar interacción y atención de los participantes; dentro de la exposición tendremos ejemplos de actividades que deberán ejecutarse dentro del aula de clase.

Fase III. Cierre

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con los docentes, realizando preguntas de: cómo se sintieron en este proceso y cuál fue el aprendizaje, el psicólogo realizará una síntesis del taller destacando aspectos positivos y negativos, de la misma manera se receptará sugerencias para un siguiente taller y a su vez comprometerá a los participantes a la aplicación de estrategias hacia los niños con TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Anderson, P. & Reidy, N. (2012). Assessing Executive Function in Preschoolers. *Neuropsychol Rev*, 22, 345-360.
- Artigas Pallares, J; Guitart, M; Gabau Vila, E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista Neurol*. Pg 23-34.
- Barkley, R. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65-94.
- Barkley, R. (2011). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (2), 101-106.
- Barkley, R., Copeland, A. & Sivage, C. (1980). A self-control classroom for hyperactive children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 75-89.
- Barragán, E., De la Peña F., Ortiz S., Ruiz., Hernández J., Palacios L., & Suárez Alfredo. (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medigraphic*. Pg. 326-327.
- Capilla Gonzales, A.; Fernández Gonzáles, S.; Campo, P.; Maestú, F; Fernández Lucas, A.; Mulas, F.; Ortíz, T. (2004). La magnetoencefalografía en los trastornos cognitivos del lóbulo frontal. *Revista Neurol*. Pg 183-188
- Cortese, S; Catellano, F. (2010). TDAH y Neurociencia. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* . Pg 2-3
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. & Melipillan, R. (2013). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5 (1), 1-8.

- Fejerman, N. (2015). Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes. Hospital J.P. Garrahan.
- García Camacho, D. (2010). Propuesta metodológica inclusiva dirigida a los niños y niñas de 6to de básica con diagnóstico de TDAH para promover las destrezas del área de matemáticas. Facultad de ciencias humanas y de la educación.
- Halperin, J., Trampush, J., Miller, C., Marks, D. & Newcorn, J. (2008). Neuropsychological outcome in adolescents/young adults with childhood ADHD: profiles of persisters, remitters and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (9), 958-966.
- Herrera Catellanos, M. (S.F). Fórmula para cálculo de la muestra poblaciones finitas.
- López Martín, S.; Albert, J.; Fernández Jeén, A.; Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología* vol 3.
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11 (1), 71-84.
- Orjales Villar, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. Universidad Complutense de Madrid.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) revisión y nuevas aportaciones. *Annuary of Clinical And Health Psychology*, 3, 19-30.
- Pascual Castroviejo, I. (2001). Guía práctica diagnóstica y terapéutica. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Barcelona.
- Pesantez, G; De Pesantez, M; Boscaini, F. (2005). *El Niño inquieto*. Quito, Ecuador: Centro Nacional de Epilepsia.
- Ramalho, J., García-Señorán, M. & González, S. (2011). Auto-instruções: estratégia de regulação atencional da THDA. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (1), 180-185.

- Ramos Et Al: Control inhibitorio, monitorización y habla autodirigida ... 77
- Sautullo, C; Suárez. (2007). TDAH y el cerebro manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Ed. Médica Panamericana.
- Silva, V. (2016). Trastorno por déficit de atención afecta más a niños que a niñas. Instituto de Neurociencias.
- Scopus, ISI web of science y Latindex. Los términos
- Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología. (2013). Acta de Investigación Psicológica.
- Vicente, F. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. España. Investigador del Hospital Clínico de Valencia. Psicopedagogo Secundaria.
- Wímb lu, Rev. (2016). Electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. Costa Rica. 73-97, ISSN:1659-2107

ANEXOS



Anexo N° 1: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)



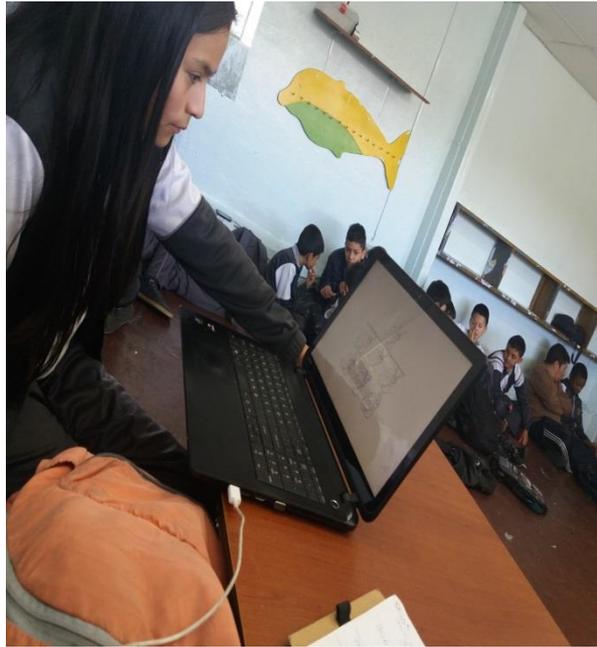
Anexo N° 2: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)



Anexo N° 3: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)



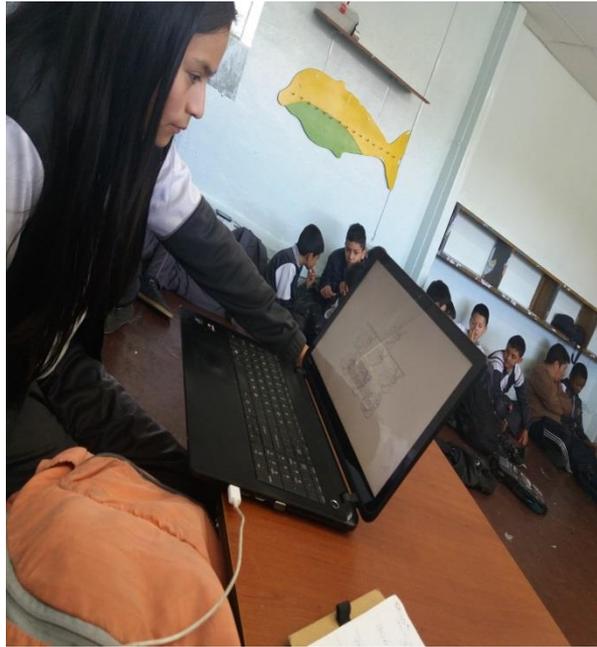
Anexo N° 4: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)



Anexo N° 5: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)



Anexo N° 6: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)



Anexo N° 7: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)



Anexo N° 8: Aplicación del instrumento Escala Magallanes de Impulsividad computarizada (EMIC)

Anexo N° 9: Ficha de validación de instrumento 1



Ficha de validación de instrumento
Samantha Echeverría

FICHA PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO: Ficha de observación, destinada a diagnosticar el control emocional y su incidencia con los niveles de impulsividad en niños de 6 a 11 años del centro educativo "Luis de la Torre" en el año 2017.

Nombre del validador /a: MSc. Jacqueline Gordón Fecha: 04 de agosto del 2017

Objetivo: El presente instrumento tiene como objetivo validar el instrumento encuesta destinado a medir actitudes con escala de Likert

Instrucciones: Luego de revisar con detenimiento el instrumento encuesta con escala de Likert. Llene la matriz siguiente de acuerdo con su criterio de experto. Su aporte es muy valioso en el contexto de la investigación que se lleve a cabo.

Ítem	Criterios a evaluar											
	Claridad en la redacción		Presenta coherencia interna		Libre de inducción a respuestas		Lenguaje culturalmente pertinente		Mide la variable de estudio		Se recomienda eliminar o modificar el ítem	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	✓		✓		✓		✓		✓			✓
2	✓		✓		✓		✓		✓			✓
3	✓		✓		✓		✓		✓			✓
4	✓		✓		✓		✓		✓			✓
5	✓		✓		✓		✓		✓			✓
6	✓		✓		✓		✓		✓			✓
7	✓		✓		✓		✓		✓			✓
8	✓		✓		✓		✓		✓			✓
9	✓		✓		✓		✓		✓			✓
10	✓		✓		✓		✓		✓			✓
Criterios generales										SI	NO	Observaciones
1. El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para su llenado										✓		
2. La escala propuesta para medición es clara y pertinente										✓		
3. Los ítems permiten el logro de los objetivos de investigación										✓		
4. Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										✓		
5. El número de ítems es suficiente para la investigación										✓		
Validez (marque con una X en el casillero correspondiente a su criterio												
Aplicable			✓	No aplicable			Aplicable atendiendo a las observaciones					
Validado por	MSc. Jacqueline Gordón				Cédula	1715957955			Fecha	04/08/17		
Firma	<i>Jacqueline Gordón</i>				Teléfono	0999986840			Mail	<i>jacquelinegordon@vri.edu.ec</i>		

Anexo N° 10: Ficha de validación de instrumento 2



**Ficha de validación de instrumento
Samantha Echeverría**

FICHA PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO: Ficha de observación, destinada a diagnosticar el control emocional y su incidencia con los niveles de impulsividad en niños de 6 a 11 años del centro educativo “Luis de la Torre” en el año 2017.

Nombre del validador /a: MSc. Francisco Dillon Fecha: 04 de agosto del 2017

Objetivo: El presente instrumento tiene como objetivo validar el instrumento encuesta destinado a medir actitudes con escala de Likert

Instrucciones: Luego de revisar con detenimiento el instrumento encuesta con escala de Likert. Llene la matriz siguiente de acuerdo con su criterio de experto. Su aporte es muy valioso en el contexto de la investigación que se lleve a cabo.

Ítem	Criterios a evaluar											
	Claridad en la redacción		Presenta coherencia interna		Libre de inducción a respuestas		Lenguaje culturalmente pertinente		Mide la variable de estudio		Se recomienda eliminar o modificar el ítem	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X			X
2	X		X		X		X		X			X
3	X		X		X		X		X			X
4	X		X		X		X		X			X
5	X		X		X		X		X			X
6	X		X		X		X		X			X
7	X		X		X		X		X			X
8	X		X		X		X		X			X
9	X		X		X		X		X			X
10	X		X		X		X		X			X
Criterios generales										SI	NO	Observaciones
1. El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para su llenado										X		
2. La escala propuesta para medición es clara y pertinente										X		
3. Los ítems permiten el logro de los objetivos de investigación										X		
4. Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X		
5. El número de ítems es suficiente para la investigación										X		
Validez (marque con una X en el casillero correspondiente a su criterio												
Aplicable			X			No aplicable			Aplicable atendiendo a las observaciones			
Validado por	MSc. Francisco Dillon				Cédula	1720 08098-3			Fecha	04- 08- 17		
Firma					Teléfono	0996315603			Mail	francisdillon@uti.edu.ec		

Anexo N° 11: Ficha de validación de instrumento 3



**Ficha de validación de instrumento
Samantha Echeverría**

FICHA PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO: Ficha de observación, destinada a diagnosticar el control emocional y su incidencia con los niveles de impulsividad en niños de 6 a 11 años del centro educativo “Luis de la Torre” en el año 2017.

Nombre del validador /a: MSc. Andrés Subia Fecha: 04 de agosto del 2017

Objetivo: El presente instrumento tiene como objetivo validar el instrumento encuesta destinado a medir actitudes con escala de Likert

Instrucciones: Luego de revisar con detenimiento el instrumento encuesta con escala de Likert. Llene la matriz siguiente de acuerdo con su criterio de experto. Su aporte es muy valioso en el contexto de la investigación que se lleve a cabo.

Ítem	Criterios a evaluar													
	Claridad en la redacción		Presenta coherencia interna		Libre de inducción a respuestas		Lenguaje culturalmente pertinente		Mide la variable de estudio		Se recomienda eliminar o modificar el ítem			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	X		X		X		X		X		X			
2	X		X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X		X			
7	X		X		X		X		X		X			
8	X		X		X		X		X		X			
9	X		X		X		X		X		X			
10	X		X		X		X		X		X			
Criterios generales										SI	NO	Observaciones		
1. El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para su llenado										X				
2. La escala propuesta para medición es clara y pertinente										X				
3. Los ítems permiten el logro de los objetivos de investigación										X				
4. Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X				
5. El número de ítems es suficiente para la investigación										X				
Validez (marque con una X en el casillero correspondiente a su criterio														
Aplicable			X			No aplicable			Aplicable atendiendo a las			observaciones		
Validado por	MSc. Andrés Subia				Cédula	171024994-5				Fecha	04-08-17			
Firma					Teléfono	098 1123300				Mail	andres.subia@uti.edu.ec			

Anexo N° 12: Registro de Observación – Control Emocional



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
REGISTRO DE OBSERVACIÓN – CONTROL EMOCIONAL

ALCIUDE ARIANA

Registro de observación N°

2

Tema de investigación:

Código del niño investigado: _____

“CONTROL EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE LA FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2017”

Objetivo.- Registrar de manera cuali - cuantitativa las acciones o actitudes de los estudiantes, en función del tema de investigación propuesto.

Instrucciones: En función de la escala a continuación definida, seleccione en función de las siguientes áreas o dimensiones, las conductas a considerar como relevantes para ser ingresadas en este registro de observación, el registro de las respuestas debe ser realizado con una letra X.

ESCALA DEL REGISTRO DE OBSERVACIÓN

PREGUNTAS	RESPUESTAS				Observaciones
	A veces	Siempre	Casi siempre	Nunca	
1. El/la niño/a se enfada por cosas insignificantes.				✓	0
2. Cuando se enfada el/la niño/a, tiene dificultad para calmarse.				✓	0
3. El/la niño/a, se perturba y pierde el control cuando pierde algún objeto/juego.				✓	0
4. El/la niño/a, se perturba y pierde el control cuando no hacen lo que él quiere.				✓	0
5. El/la niño/a, golpea a sus compañeros/as de aula sin motivo alguno.				✓	0
6. El/la niño/a, responde de inmediato sin esperar que termine la pregunta.			✓		1
7. El/la niño/a se perturba y pierde el control cuando tiene que esperar su turno.				✓	0
8. Con que frecuencia el/la niño/a, hace rabietas				✓	0
9. El/la niño/a, se perturba y pierde el control cuando no puede seguir órdenes.			✓		1
10. El/la niño/a, cambia su estado de ánimo de manera constante.			✓		1

INDICADORES EVALUADOS: Baja tolerancia, irritabilidad, labilidad emocional.

Autora: Samantha Echeverría Espín

3

Anexo N° 13: Validación de Abstract



ESPECIE VALORADA: \$5.00
0150564

1	Quito, 29 de enero de 2018
2	
3	MSc.
4	Jessica Cuenca
5	
6	Directora del Centro de Idiomas
7	Universidad Indoamérica - Quito
8	Estimada Msc. Jessica Cuenca,
9	
10	Yo, Echeverría Espín Samantha Dennis portadora del número de cédula:
11	100366610-2 y autora de trabajo de investigación titulado: "CONTROL
12	EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE
13	IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE LA
14	FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE
15	QUITO, DURANTE EL AÑO 2017" , solicito muy comedidamente se sirva
16	autorizar la revisión por parte de un profesional en el área del idioma inglés
17	del ABSTRACT (RESUMEN EJECUTIVO) de mi tesis, para poder
18	continuar con la elaboración de los restantes capítulos de la misma. Se adjunta
19	a la presente el resumen ejecutivo con su traducción al idioma inglés para su
20	validación.
21	Segura de contar con su aprobación y colaboración, como tutora de mi trabajo
22	de investigación, me despido.
23	Atentamente,
24	
25	Samantha Echeverría
	100366610-2
	Autora del trabajo de investigación



Quito, 29 de enero de 2018

Dra.

Aura María Pozo Rueda, MSc.

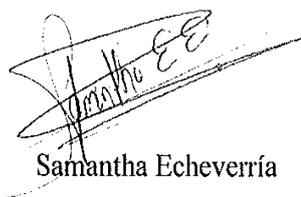
Tutora

Estimada Dra. Aura María Pozo,

Yo, Echeverría Espín Samantha Dennis portadora del número de cédula: 100366610-2 y autora de trabajo de investigación titulado: **“CONTROL EMOCIONAL Y SU INCIDENCIA CON EL NIVEL DE IMPULSIVIDAD EN NIÑOS CON TDAH DE 6 A 11 AÑOS DE LA FUNDACIÓN EDUCATIVA ALFAGUARA, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”**, solicito muy comedidamente se sirva autorizar la revisión por parte de un profesional en el área del idioma inglés del ABSTRACT (RESUMEN EJECUTIVO) de mi tesis, para poder continuar con la elaboración de los restantes capítulos de la misma. Se adjunta a la presente el resumen ejecutivo con su traducción al idioma inglés para su validación.

Segura de contar con su aprobación y colaboración, como tutora de mi trabajo de investigación, me despido.

Atentamente,



Samantha Echeverría

100366610-2

Autora del trabajo de investigación



Aura María Pozo Rueda