



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN ENTORNOS ESCOLARES PARA POTENCIAR HABILIDADES POSITIVAS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).



Doctorando: Esp. Juan Pablo Paneiva Pompa

Directora: Dra. Josefina Rubiales

Co-Director: Dr. Sebastián Urquijo

Co-Directora de beca: Esp. Liliana Bakker

Mar del Plata, 2024



ÍNDICE

ÍNDICE	2
AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS	9
RESUMEN	10
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)	14
1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUAL.....	14
1.2 DEFINICIÓN Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS.....	16
1.3 PREVALENCIA	17
1.4 ETIOLOGÍA	18
1.5 MODELOS NEUROPSICOLÓGICOS DEL TDAH.....	21
1.6 PERFIL COGNITIVO	24
1.7 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	25
1.8 TRATAMIENTOS.....	29
CAPÍTULO 2: FORTALEZAS Y HABILIDADES POSITIVAS EN POBLACIÓN CON TDAH	31
2.1 HABILIDADES POSITIVAS Y FORTALEZAS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	32
2.2 HABILIDADES POSITIVAS Y FORTALEZAS EN EL TDAH.....	33
CAPÍTULO 3: AUTOCONCEPTO, COMPETENCIA SOCIAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN POBLACIÓN CON TDAH	37
3.1 AUTOCONCEPTO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TDAH.....	37
3.2 COMPETENCIA SOCIAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TDAH.....	39
3.3 BIENESTAR PSICOLÓGICO EN POBLACIÓN CON TDAH.....	41
CAPÍTULO 4: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR PARA LA POBLACIÓN CON TDAH	44
4.1 REVISIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR (2010-2020).....	44
4.2 CONSIDERACIONES Y LINEAMIENTOS TEÓRICOS A TENER EN CUENTA PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	48
CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA.....	52
5.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS	52
5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	52
5.3 METODOLOGÍA DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 1	53
5.4 METODOLOGÍA DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2	55
5.3 METODOLOGÍA DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3 Y 4.....	56
5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	62

CAPÍTULO 6: RESULTADOS 63

6.1 RESULTADOS DEL OBJETIVO 1: HABILIDADES POSITIVAS Y FORTALEZAS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TDAH	63
6.2 OBJETIVO 2: DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: “¡VAMOS CON TUTI!”	70
6.2.1 Sesiones individuales con el niño, niña o adolescente con diagnóstico de TDAH	73
6.2.2 Talleres con su grupo áulico	88
6.2.3 Sesiones con padres o cuidadores	94
6.2.4 Talleres con sus docentes	96
6.3 ESTADÍSTICOS PRE Y POST INTERVENCIÓN	97
6.3.1 Sintomatología TDAH: Escala SNAP-IV padres y docentes	98
6.3.2 Autoconcepto: Cuestionario multidimensional AF5	99
6.3.3 Competencia Social: Escala Messy	100
6.3.4.1 Bienestar psicológico: Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida BMSLSS para padres	101
6.3.4.2 Satisfacción con la Vida: Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida BMSLSS para estudiantes	102
6.3.5 Adaptación al contexto escolar: cuestionario BASC-T. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, versión docente	103
6.3.6 Resultados de la evaluación continua del programa	105

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 108

7.1 DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 1: HABILIDADES POSITIVAS Y FORTALEZAS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TDAH	108
7.2 DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 2: DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	110
7.3 DISCUSIÓN DE LOS OBJETIVOS 3 Y 4: EFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	112
7.4 CONCLUSIONES	116
7.5 LIMITACIONES	116

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 118

ANEXOS 156

ANEXO 1 - CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN PRE-TEST/POST-TEST/SEGUIMIENTO	156
ANEXO 2 - FICHA DE REGISTRO PARA SEGUIMIENTO DURANTE LA INTERVENCIÓN	164
ANEXO 3 - ¡VAMOS CON TUTI! ESQUEMA GENERAL DE LOS ENCUENTROS INDIVIDUALES	165
ANEXO 4 - ¡VAMOS CON TUTI! CUADERNILLO DE ADMINISTRACIÓN	167
ANEXO 5 - CUENTO “TUTI, HOY TE CONVERTÍ EN HÉROE”	180
ANEXO 6 - TARIETAS “DÍGALO CON MÍMICA DE LAS EMOCIONES”	182
ANEXO 7 - ANTEOJOS PARA ACTIVIDAD “LOS ANTEOJOS CON LOS QUE MIRAMOS”	185
ANEXO 8 - MAPA DEL TESORO Y BARCO PARA LA ACTIVIDAD “VOLVIENDO SOBRE NUESTROS PASOS”	186
ANEXO 9 - IMAGEN DEL MAESTRO SHIFU PARA LA ACTIVIDAD “LAS TÉCNICAS DEL MAESTRO SHIFU”	188
ANEXO 10 - CUENTO “LAS HERRAMIENTAS DE LA CARPINTERÍA”	189
ANEXO 11 - IMÁGENES PARA LA ACTIVIDAD “EL DETECTIVE”	191
ANEXO 12- CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN EN “¡VAMOS CON TUTI!”	201
ANEXO 13 - CIGÜEÑA CON BOLSA PARA LA ACTIVIDAD “LA CIGÜEÑA”	202
ANEXO 14 - ÁRBOL PARA ACTIVIDAD “MI ÁRBOL DE FORTALEZAS”	203
ANEXO 15 - EJEMPLOS DE ANUNCIOS PARA ACTIVIDAD “CLASIFICADOS DE LA AMISTAD”	204
ANEXO 16 - CONTENIDO TEÓRICO EN LENGUAJE DE DIVULGACIÓN DE LA “SESIÓN 1 CON PADRES O CUIDADORES”	206
ANEXO 17 - CONTENIDO TEÓRICO EN LENGUAJE DE DIVULGACIÓN DE LA “SESIÓN 2 CON PADRES O CUIDADORES”	209
ANEXO 18 - CONTENIDO TEÓRICO EN LENGUAJE DE DIVULGACIÓN DEL “TALLER 1 CON DOCENTES”	212
ANEXO 19 - CONTENIDO TEÓRICO EN LENGUAJE DE DIVULGACIÓN DEL “TALLER 2 CON DOCENTES”	219



ANEXO 19 – HOJA DE INFORMACIÓN. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ASENTIMIENTO.	233
ANEXO 20 – COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LOS GRUPOS EN TODAS LAS VARIABLES DEPENDIENTES EN LA FASE PRE-TEST.....	244
ANEXO 21 – PRUEBAS DE NORMALIDAD Y HOCEASTICIDAD.....	246



AGRADECIMIENTOS

A las familias, porque me permitieron ayudarles y me ayudaron a poder desarrollar esta investigación.

A los chicos y chicas que participaron de la investigación. Gracias por coparse con la propuesta, por cada sonrisa y cada desafío.

A las escuelas, que aceptaron formar parte, me abrieron sus puertas y me permitieron aportar una gota en el mar de la educación y de la tarea de hacer este mundo un lugar un poquito mejor.

A la Universidad de Mar del Plata, por darme la posibilidad de formarme, con una educación pública y de calidad.

Al CONICET, por darme la posibilidad de obtener mi beca doctoral, para trabajar formándome.

A Lili y a Jose, por su generosidad para compartir todo su conocimiento, ternura para corregirme cuidando mi fragilidad y esfuerzo por alentarme y darme ánimo ante cada dificultad.

Al Dr. Sebastián Urquijo, por acompañarme y dirigir mi beca doctoral del CONICET. Especialmente por sus sugerencias iniciales y empujón final.

A mis amigos, por cada charla y momento compartido que me permitía salir un poco de este mundo académico. Gracias por alentarme y empujarme, interesarse y preguntar. Gracias por dejarme acompañarlos y por acompañarme.

A mis hermanos, Tuti y Juani. Por ser fuente de inspiración. Mostrar interés en cada etapa de este proyecto, por confiar en mí incluso más que yo mismo y alentarme a crecer y pensar en grande: “Actitud sobra”.

A papá, por su ejemplo. Por enseñarme a luchar por mis sueños, poniendo cada cosa en su lugar. Sabiendo lo que es “parte de mi vida, y no mi vida”; y por ayudarme a “ser de los que construyen, y no de los que miran o destruyen”.

A mamá, por su testimonio. Por transmitirme la pasión por la psicología y el amor y el esfuerzo que pone en cada cosa que emprende. Por compartirme el faro en el servicio a los demás, “porque no somos buenos para todo, pero todos somos buenos para algo”. Por enseñarme a nunca bajar los brazos, a perseverar siempre. Porque “hemos encontrado el sentido de nuestra vida, ayudando a encontrar el sentido de su vida a los demás”.

A Juli, por alentarme y no empobrecerme; aconsejarme sin imponerse y compartir todos mis tiempos, tanto los buenos como los malos. Gracias por acompañarme en cada etapa de este proyecto personal que sin duda se volvió familiar. Gracias por hacerme sentir tan amado.

A Guada y Toto, que ahora son muy chicos para entender. Perdón por haberles quitado algo de tiempo mientras hacía este trabajo. Sin duda esto también me hizo mejor papá para ustedes. Gracias por sus sonrisas cada vez que papá termina de trabajar, por su alegría y amor incondicional. Por ser mi sueño hecho realidad.

Gracias a Dios por cada uno de ellos, por su aporte en mi vida y yo en la de ellos. Gracias por los dones recibidos que espero que en este trabajo los haya puesto al servicio de los demás.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Criterios diagnósticos según el DSM-5 (2013, 2022).....	26
Tabla 2 - Artículos incluidos a en la actualización 2010-2020. Extraído de Paneiva Pompa et al., 2021.	48
Tabla 3 - Características de la muestra total.....	56
Tabla 4 - Datos sociodemográficos y de características relacionadas con el TDAH de la muestra final.....	57
Tabla 5 - Variables de publicación de los artículos incluidos en la revisión sistemática.....	63
Tabla 6 - Variables sustantivas codificadas en la revisión sistemática.....	64
Tabla 7 - Variables metodológicas codificadas en la revisión sistemática.....	65
Tabla 8 - Principales hallazgos y propuestas a futuro de los artículos incluidos en la revisión sistemática.....	69
Tabla 9 - Esquema general del programa de intervención.	71
Tabla 10 - Situaciones para la actividad "Los anteojos con los que miramos".....	76
Tabla 12 - Resultados en las fases de pre. post. seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses del grupo intervención para la escala SNAP en su versión padres. Prueba de Friedman para medidas repetidas. Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias.....	98
Tabla 13 - Resultados en las fases de pre. post. seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses del grupo intervención para la escala SNAP en su versión docentes. Prueba de Friedman para medidas repetidas. Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias.....	99
Tabla 14 - Resultados para el Cuestionario multidimensional AF5 en las fases de pre. post (para ambos grupos). seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.....	99
Tabla 15 - Resultados para la Escala Messy en las fases de pre. post (para ambos grupos). seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.....	100
Tabla 16 - Resultados para la Escala BMSLSS versión padres en las fases de pre. post (para ambos grupos). seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.	101
Tabla 17 - Resultados para la Escala BMSLSS versión infantil en las fases de pre. post (para ambos grupos). seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.	102
Tabla 18 - Resultados para el BASC-T en las fases de pre. post (para ambos grupos). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias.	103
Tabla 19 - Seguimiento de TIS y predisposición durante la intervención.....	105
Tabla 20 - Evaluación continua de resultados. Respuesta de los padres expresada en porcentajes.	105
Tabla 21 - Evaluación continua de resultados. Aspectos de mejora según los padres expresada en porcentajes.	106
Tabla 22 - Evaluación continua de resultados. Respuesta de los docentes expresada en porcentajes.	106



Tabla 23 - Evaluación continua de resultados. Aspectos de mejora según los docentes expresada en porcentajes. 107

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Etiología del TDAH. Combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.	18
Ilustración 2 - Diagrama de flujo para la identificación de estudios	55
Ilustración 3 - Tarjetas "Dígalos con mímica de las emociones"	75
Ilustración 4 - TIS sesión 2: Las emociones.....	76
Ilustración 5 - Cuadro actividad "cambiando la tele de canal".	77
Ilustración 6 - Cuadro actividad un globo por explotar.....	78
Ilustración 7 - Cuadro a completar TIS sesión 3	79
Ilustración 8 - Termómetro de las emociones (diferentes niveles de enojo)	81
Ilustración 9 - Cuadro para realizar TIS sesión 4	81
Ilustración 10 - TIS sesión individual 5.....	83
Ilustración 11 - Mapa del tesoro para la actividad "Volviendo sobre nuestros pasos".....	84
Ilustración 12 - Barco para la actividad "Volviendo sobre nuestros pasos".	84
Ilustración 13 - Imagen del maestro Shifu para actividad "Las técnicas del maestro Shifu"	85
Ilustración 14 - Imagen para actividad "El freezer del enojo".....	85
Ilustración 15 - "Solo respira". Colegio Bicentenario de Excelencia Pedro Apóstol.....	86
Ilustración 16 - Actividad para la TIS de la sesión 6.....	86
Ilustración 17 - Portada del cortometraje "Partly cloudy"	89
Ilustración 18 - Imagen para la actividad "La cigüeña".	90
Ilustración 19 - Árbol de fortalezas	91
Ilustración 20 - Cuadro para TIS de "Mi árbol de fortalezas".	92
Ilustración 21 - Portada del cortometraje "Boudin"	93
Ilustración 22 - Imágenes de anuncios clasificados.....	94
Ilustración 23 - Ejemplos de anuncios para actividad "Clasificados de la amistad".	94
Ilustración 24 - Portada de la presentación power point del Taller con docentes	97
Ilustración 27 - "Círculo de la desobediencia" de Bunge et al. (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos. Librería Akadia Editorial.	210
Ilustración 29 - Modelo manual del cerebro de Daniel Siegel (2014).....	223



LISTA DE ABREVIATURAS

DE	Desvío Estándar
FDA	Food and Drug Administration (Agencia de gobierno de Estados Unidos de Administración de Alimentos y Medicamentos)
FE	Funciones Ejecutivas
GI	Grupo Intervención
GC	Grupo Control
HHSS	Habilidades Sociales
IPSIBAT	Instituto de Psicología Básica Aplicada y Tecnología
NNA	Niños, niñas y Adolescentes
ScV	Satisfacción con la Vida
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TDAH-I	TDAH con predominio de inatención
TDAH-H	TDAH con predominio de hiperactividad-impulsividad
TDAH-C	TDAH combinado
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TIS	Tareas Inter Sesión
TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante

RESUMEN

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo generar evidencias sobre los beneficios de promover y potenciar habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes escolarizados con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), que contribuya a mejorar la adaptación al contexto escolar, promover el bienestar psicológico, la autoestima y la competencia social. Se trató de un estudio descriptivo-explicativo, con un diseño pre-post intervención con dos grupos, uno de cuasicontrol. La muestra final estuvo compuesta por 42 niñas, niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH (grupo intervención $N=21$ y grupo control $N=21$), residentes de la ciudad de Mar del Plata y alrededores, con edades comprendidas entre 7 y 13 años, derivados por profesionales médicos, psiquiatras y neurólogos. Se realizó un relevamiento de estudios empíricos sobre las habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con TDAH mediante una revisión sistemática. A partir del mismo y las características propias de la población, se diseñó el programa de intervención “¡Vamos con Tuti!” que consta de sesiones individuales, talleres dirigidos al grupo áulico, sesiones a padres y talleres con sus docentes. Se estableció la duración, contenidos a desarrollar, modalidad, actividades, recursos necesarios y las tareas intersesión. Se implementó y evaluó la eficacia del mismo a partir de una evaluación pre/post intervención, y un seguimiento a los tres y seis meses. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, con una disminución en la sintomatología TDAH y comportamiento oposicionista-desafiante, fortalecimiento de la autoestima y habilidades sociales adaptativas, reducción de habilidades sociales desadaptativas, mayor satisfacción vital con la escuela y mejor adaptación al contexto escolar. Se concluye que el programa de intervención diseñado e implementado en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, promovió cambios positivos significativos. Por lo tanto, estos hallazgos permiten reafirmar la importancia de implementar en esta población programas de intervención que no solo aborden los déficits asociados al TDAH, sino que también promuevan y potencien habilidades positivas contribuyendo a su desarrollo integral.

Palabras clave: TDAH – Niños, niñas y adolescentes – Habilidades positivas – Intervención

Abstract

The aim of this study was to generate evidence on the benefits of promoting and enhancing positive skills in school-aged children and adolescents diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), which contributes to improving adaptation to the school context, promoting psychological well-being, self-esteem and social competence. It was a descriptive-explanatory study, with a pre-post intervention design with two groups, one quasi-control group. The final sample consisted of 42 girls, boys and adolescents diagnosed with ADHD (intervention group $N=21$ and control group $N=21$), residents of the city of Mar del Plata and surrounding areas, aged between 7 and 13 years, referred by medical professionals, psychiatrists and neurologists. A survey of empirical studies on positive skills in children and adolescents with ADHD was carried out through a systematic review. Based on this and the characteristics of the population, the intervention program “¡Vamos con Tuti!” was designed. The program consists of individual sessions, workshops for the classroom group, sessions for parents and workshops with their teachers. The duration, content to be developed, modality, activities,



necessary resources and intersession tasks were established. Its effectiveness was implemented and evaluated based on a pre/post intervention evaluation, and a follow-up at three and six months. The results showed statistically significant differences, with a decrease in ADHD symptoms and oppositional-defiant behavior, strengthening of self-esteem and adaptive social skills, reduction of maladaptive social skills, greater life satisfaction with school and better adaptation to the school context. It is concluded that the intervention program designed and implemented in children and adolescents diagnosed with ADHD promoted significant positive changes. Therefore, these findings allow us to reaffirm the importance of implementing intervention programs in this population that not only address the deficits associated with ADHD, but also promote and enhance positive skills contributing to their comprehensive development.

Keywords: ADHD – Children and adolescents – Positive skills – Intervention

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más estudiados en la actualidad (Gómez León, 2022). Este trastorno del neurodesarrollo, de inicio en la infancia (APA, 2013; 2022), se caracteriza como un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en personas con un grado de desarrollo similar. Para su diagnóstico, estos síntomas deben cumplir un criterio funcional (dificultades significativas en el desarrollo), un criterio contextual (presentarse en dos o más contextos, siendo los más frecuentes el hogar y la escuela) y un criterio temporal (evidenciarse antes de los 12 años) (APA 2013; 2022). A nivel mundial, es el trastorno del neurodesarrollo de mayor prevalencia, con tasas que oscilan entre el 6.1 y el 9.4% (Salari et al., 2023), y en Argentina es de alrededor del 4% (Grañana, 2017), siendo más frecuente en varones que en mujeres con una relación de dos-cuatro a uno (Grañana, 2017).

Debido a la intensidad y la frecuencia de los síntomas propios del trastorno, los niños, niñas y adolescentes con este diagnóstico padecen dificultades en su desarrollo cognitivo, emocional y social (Mehta et al., 2019), lo cual dificulta su aprendizaje escolar y su adaptación a diferentes contextos (Miranda-Casas y Soriano-Ferrer, 2010). A su vez, suelen ser marginados o percibidos de manera negativa, lo que los expone a prejuicios sobre su comportamiento en el aula (Kos et al., 2006). Estudios recientes dan cuenta como los estudiantes con sintomatología TDAH son frecuentemente percibidos por sus docentes con creencias negativas y desconocimiento de las características propias del trastorno, dando como resultado actitudes que no favorecen su inclusión educativa (Alle et al., 2024; Molinar Monsiváis y Cervantes-Herrera, 2020).

La investigación y las prácticas actuales se han centrado fundamentalmente en la sintomatología de la población con TDAH, y las intervenciones y tratamientos suelen tener como objetivo reducir su sintomatología y déficits (Charabin et al., 2023; Climie y Mastoras, 2015). Los tratamientos farmacológicos y los enfoques de manejo conductual han demostrado ser efectivos para reducir los síntomas y con frecuencia se identifican como tratamientos de primera línea, dirigidos principalmente a reducir los síntomas centrales y el comportamiento problemático (García-Teixidor et al., 2016). Sin embargo, no se han encontrado evidencias de que estas intervenciones mejoren el funcionamiento o aborden completamente todos los problemas asociados que enfrentan las personas con TDAH y tienen un impacto limitado en los resultados a largo plazo (López, 2016; Wright et al., 2015). La literatura sostiene que los déficits en el funcionamiento ejecutivo no se pueden resolver solo con la medicación y/o el entrenamiento conductual, y las dificultades persisten, a menudo en la adolescencia y la edad adulta (Barkley, 2014).

Dada la comprensión predominantemente negativa del TDAH, la perspectiva de la Psicología Positiva se presenta como una alternativa prometedora (Charabin et al., 2023; Climie y Mastoras, 2015). Este enfoque busca alejarse de una visión de la salud mental centrada en el déficit, hacia enfoques más salúgenicos, basados en las fortalezas y aspectos positivos del funcionamiento y el florecimiento humanos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En relación al abordaje de poblaciones clínicas, y especialmente en el TDAH, la psicología positiva sin negar ni minimizar los desafíos que enfrentan, busca enfatizar la necesidad de prestar una atención igual y explícita a sus fortalezas y recursos (Rhee et al., 2001). Específicamente, esto implica comprender tanto las características positivas en la población con TDAH como las que son exclusivas de cada persona, reconociendo que se trata de un trastorno heterogéneo y que existe un desarrollo

de determinadas capacidades para compensar los déficits propios de la sintomatología (Climie y Mastoras, 2015; Lesch, 2018).

Son escasos los estudios que evalúan y promueven las cualidades positivas y potencialidades en la población infantojuvenil con TDAH (Chan et al., 2021; Hai y Climie, 2022; Sedgwick et al., 2019). Los pocos estudios existentes señalan diversas fortalezas y áreas de competencia (Charabin et al., 2023; Climie y Henley, 2016) como la resiliencia (Chan et al., 2021), la capacidad de hiperconcentración/hiperfoco (Sedgwick et al., 2019), una mayor capacidad creativa (Ten et al., 2020) o una gran energía motriz (Verret et al., 2010). Asimismo, se ha propuesto que algunas características propias de la población infantojuvenil con TDAH en el contexto adecuado pueden ser adaptativas en lugar de perjudiciales (Sedgwick et al., 2019; Sherman et al., 2006). Investigaciones señalan que promover y potenciar habilidades positivas se asocia con una vida más satisfactoria, productiva y gratificante, al disponer de más recursos para superar con éxito y resiliencia las situaciones difíciles de la vida (Hai y Climie, 2022; Mackenzie, 2018). Por lo tanto, desarrollar investigaciones que permitan identificar y potenciar áreas de fortaleza potencial en niños, niñas y adolescentes con TDAH resulta fundamental para mejorar su calidad de vida (Elik et al., 2015).

Las investigaciones sobre intervenciones en el ámbito escolar para niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH proporcionan un panorama interesante sobre la búsqueda de beneficios desde una variedad de intervenciones no farmacológicas que abordan aspectos académicos, psicosociales y cognitivos (Paiano et al., 2019; Paneiva Pompa et al., 2021). Los programas de intervención tienden a centrarse fundamentalmente en la reducción de sintomatología y en los aspectos deficitarios asociados al TDAH. Sin embargo, no se han encontrado evidencias concluyentes de que estas intervenciones mejoren el funcionamiento o aborden integralmente los problemas asociados que enfrentan las personas con TDAH y tienen un impacto limitado en los resultados a largo plazo (López, 2016; Wright et al., 2015). Por lo que el desarrollo de programas de intervención en ámbitos escolares para niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH sigue siendo un desafío importante y necesario para los investigadores en los campos de la educación y la salud mental, y debe seguir siendo explorado buscando lograr mejores resultados (Paneiva Pompa et al., 2021). A su vez, se presenta como un área de vacancia la búsqueda de evidencias sobre los beneficios de promover y potenciar las habilidades positivas de estudiantes con diagnóstico de TDAH de forma inclusiva (Climie y Mastoras, 2015).

Por lo tanto, el desarrollo del presente trabajo, busca contribuir en el estudio y profundización del conocimiento de fortalezas y habilidades positivas en población infantojuvenil con TDAH. Asimismo, pretende generar evidencia empírica sobre los beneficios de implementar un programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares orientado a potenciar las habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes con TDAH, contribuyendo a mejorar la adaptación al contexto escolar, promover el bienestar psicológico, fortalecer la autoestima y fomentar la competencia social en esta población.

CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1.1 Evolución histórica y conceptual

La conceptualización del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido, y continúa siendo, objeto de controversias dentro del campo de la salud mental. A partir de lo cual, un breve recorrido por su historia aportará elementos para comprender la situación actual de su definición.

De acuerdo con Barkley y Peters (2012) la primera referencia sobre el TDAH en la literatura científica debe ser atribuida al médico alemán Melchior Adam Weikard, quien escribe en el año 1775 un capítulo dedicado a los trastornos de atención (*Attention volubilis*) en su libro “*Der Philosophische Artz*”, realizando la primera descripción médica del TDAH conocida hasta el momento. Los autores señalan que Weikard describe a las personas con falta de atención como imprudentes, descuidadas, caprichosas y desenfrenadas, con conocimientos superficiales. Además, señala que realizan las tareas de forma desorganizada, sin rigor e inconstantes y a menudo sin terminar, al no dedicarle el tiempo y la paciencia necesarias para realizarlas.

En 1798 el médico escocés Alexander Crichton describe las características de lo que hoy se conoce como la presentación predominantemente inatenta del TDAH en su libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental” (Crichton, 1798), una obra que por haber sido escrita en inglés tuvo mayor reconocimiento y alcance que el hito predecesor (Barkley y Peters, 2012). El autor denomina esta presentación como “agitación o inquietud mental”, haciendo referencia a un estado de inquietud e incapacidad para atender con constancia. Señala que estas características pueden estar presentes desde el nacimiento de la persona o desarrollarse producto de un accidente. Además, indicaba que podría detectarse a una edad temprana y tratarse de forma definitiva antes de la adultez.

Medio siglo después, el médico psiquiatra y escritor alemán, Heinrich Hoffmann, escribe e ilustra en 1845, una obra literaria titulada originalmente “*Lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder*” (Historias divertidas e ilustraciones chistosas para niños) que posteriormente pasó a ser llamada “*Der Struwwelpeter*” (*Pedro Melenas*), en referencia al nombre de uno de los niños protagonista de los cuentos escritos en verso sobre diversas problemáticas psiquiátricas de la infancia y la adolescencia. Una de ellas (“La historia del inquieto Felipe”) hace alusión a un niño travieso, que no podía quedarse quieto aun antes las advertencias de su padre (Curtis et al., 2016).

En 1902 el pediatra británico George Still publicó un artículo en la revista “*The Lancet*” titulado “*Some abnormal psychological conditions in children*” (Algunos trastornos psíquicos anormales en niños) (Still, 1902). El autor describió 43 casos clínicos con “déficit en el control moral”, que presentaban dificultades para regular su conducta, eran desafiantes y agresivos, desinhibidos, y tenían dificultades para sostener la atención. En el grupo había niños con y sin dificultades cognitivas. Asimismo, menciona una mayor incidencia del cuadro en varones, una alta comorbilidad con otros trastornos y presente como posible etiología la herencia o una lesión al momento del nacimiento (Curtis et al., 2016; Miranda-Casas et al., 2015).

Aproximadamente una década después, el Dr. Hoffman observó que algunos casos en la población infantil que sobrevivían a la pandemia de encefalitis letárgica sucedida entre 1917 y 1928 o que sufrían una lesión cerebral presentaban un cuadro clínico similar al descrito por Still años atrás, por lo que acuñó el concepto de “Daño Cerebral” para

denominar a esta población clínica, al que luego Still propuso denominar “Daño/Lesión Cerebral Mínimo” (Capdevilla Brophy et al., 2005; Spencer et al., 2007).

El siguiente hito en la evolución histórica del concepto se da a finales de 1950 cuando Lauder y Denhoff ubican la hiperactividad como un síntoma primario, e introducen el concepto de “Trastorno del impulso hiperquinético” o “Síndrome hiperquinético” para referirse a la población con TDAH. A su vez, los autores afirmaron que los síntomas secundarios como las conductas antisociales, eran producto de una interacción entre factores biológicos y sociales (Lauder y Denhoff, 1957). Sin embargo, este cuadro clínico no obtuvo suficiente apoyo empírico para considerarlo como un síndrome médico, lo que condujo a caracterizar a la hiperactividad como un trastorno del comportamiento (Muñoz-Yunta et al., 2006).

En la década de 1960, dado que comenzaron a hallarse casos de niños con la misma sintomatología pero sin aparente lesión, Crement propuso el término de “Disfunción Cerebral Mínima”. La autora lo definió como un trastorno de conducta y del aprendizaje que experimentan niños con una inteligencia normal y que aparece asociado a disfunciones del sistema nervioso central en el que la sobreactividad motora sería el rasgo prominente (Muñoz-Yunta et al., 2006).

En el año 1965, fue cuando por primera vez los compendios de psiquiatría incluyeron el trastorno dentro de sus clasificaciones, incorporando el concepto de “Síndrome hiperquinético de la infancia” en la CIM-9 (Curtis et al., 2016). Y pocos años más tarde, en 1968, se introdujo por primera vez en el DSM-II (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales II), con la denominación de “Reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia” (Capdevilla-Brophy et al., 2005).

A finales de la década de 1970, el énfasis sintomático del trastorno se centró en la atención, cuando Douglas y Peters destacaron que la deficiencia de base de estos niños no era el excesivo grado de actividad, sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad (Trujillo-Orrego et al., 2012). Sus hallazgos destacaron una incapacidad para mantener la atención sostenida, para inhibir la respuesta impulsiva, modular niveles de alerta de acuerdo a las demandas del medio y una fuerte inclinación a buscar gratificación inmediata (Barkley, 1999; Joselevich, 2005).

Con la publicación del DSM-III en 1980 se continúa asentando la inatención como el rasgo más significativo del trastorno, al comenzar a denominarlo “Trastorno por déficit de Atención, con o sin hiperactividad” (TDA+H y TDA-H) (Navarro y García-Villamizar, 2010). Pocos años después en el DSM III-R, se denominó Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, dejando de considerar el concepto de TDA-H (sin hiperactividad) (APA; DSM III-R, 1987).

Posteriormente en la IV edición del DSM y su edición revisada (APA, 1994; 2000) el trastorno se denomina Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y es incluido entre los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, concretamente en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto al Trastorno Negativista Desafiante, y el Trastorno Disocial. En esta edición el TDAH se define como un patrón persistente de síntomas de inatención, hiperactividad y/o impulsividad que interfieren con el funcionamiento o el desarrollo de la persona, siendo más frecuentes y graves en comparación con las personas con el mismo nivel de desarrollo. El citado manual, establece tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado. A su vez, al catalogarlo como un trastorno de inicio en la infancia, sostenía que los síntomas debían estar presentes antes de los 7 años, en dos o más contextos, e interferir negativamente en la actividad académica, social, familiar y

laboral del niño, adolescente o adulto, y que los mismos no se explicarían por la presencia de otra psicopatología (APA, 1994; 2000).

Llegando a la actualidad, el DSM 5 ha introducido algunas variaciones: se incluye al TDAH dentro del apartado Trastornos del Neurodesarrollo, junto a los Trastornos del Espectro Autista, Trastornos del Lenguaje, Trastornos del Aprendizaje y Discapacidad Intelectual, se delimitan tres presentaciones clínicas, dejando en desuso el término subtipos; se contempla el diagnóstico en adultos, incluyéndose criterios diagnósticos e indicaciones para esta etapa; y se extiende la edad mínima para la presentación de los síntomas a antes de los 12 años (APA, 2013; APA 2022).

1.2 Definición y principales características

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia. Se caracteriza por un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en los niños con un grado de desarrollo similar. Estos síntomas deben cumplir un criterio funcional (dificultades significativas en el desarrollo del niño), un criterio contextual (presentarse en dos o más contextos, siendo los más frecuentes el hogar y la escuela) y un criterio temporal (producirse antes de los 12 años) (APA, 2013; 2022).

Los síntomas pueden ser divididos en primarios o nucleares (aquellos que caracterizan al trastorno y son indicadores para su diagnóstico) y secundarios (resultado de los primarios, como consecuencia de los mismos). Los síntomas primarios comprenden al déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad; mientras que los secundarios suelen ser ansiedad, depresión, baja autoestima, agresividad, déficit de habilidades sociales, deficiencias motoras, dificultades de aprendizaje y trastornos emocionales (Sánchez Encalada y Díaz, 2009).

La atención es un proceso cognitivo inobservable que se infiere a partir de conductas observables y que nos permite seleccionar y concentrarnos en los estímulos relevantes (Piñón et al. 2019). Las personas con TDAH, tienen dificultades para mantener la atención durante un periodo de tiempo prolongado, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales (Posner et al., 2019). Un estímulo tras otro los cautiva, obstaculizando su capacidad de mantener y focalizar su atención. Poseen una mente en rápido movimiento, se distraen fácilmente, con dificultad en la administración del tiempo y la jerarquización de las tareas, olvidos frecuentes, evitación de actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, desorden y tendencia a pérdidas de manera frecuente (Rubiales et al., 2019a en Bakker y Rubiales, 2019).

La hiperactividad refiere al exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado e interfiere en su desempeño. Se muestra en el exceso de actividad motora (golpear con los dedos, mover las manos y pies) y/o cognitiva (hablar cuando no es necesario y en exceso) en situaciones inadecuadas e incluso durante el sueño y que no se corresponden con el nivel de desarrollo de la persona (Roberts et al., 2014 en Barkley 2014). Es interesante destacar que este síntoma, con el paso del tiempo, se logra moderar. Las personas con diagnóstico de TDAH suelen ir controlando la hiperactividad conductual con la edad, y esta se transforma en hiperactividad mental e impaciencia, dando lugar a cierta sensación de inquietud interior (Rubiales et al., 2019a en Bakker y Rubiales, 2019).

La impulsividad refiere a la dificultad para inhibir conductas y otras funciones ejecutivas. Es el síntoma que primero emerge de los análisis factoriales de puntuación de síntomas tanto en la niñez como en la adultez por lo que algunos lo consideran el síntoma

característico del trastorno (Wilcutt et al., 2012). Clínicamente las personas con TDAH presentan dificultades para regular su comportamiento debido a este déficit en el control inhibitorio, lo que termina influyendo en el rendimiento académico/laboral, la interacción psicosocial y la autorregulación necesaria para las actividades cotidianas (Rubiales et al., 2019a en Bakker y Rubiales, 2019). Otras consecuencias que podemos observar son impaciencia, dificultad para medir las consecuencias de sus conductas generando un comportamiento impredecible y reduciendo su capacidad de automonitoreo, con decisiones más riesgosas, baja tolerancia a la frustración y dificultades para seguir normas o reglas. Los síntomas primarios del TDAH son comunes a la población general, de modo que no es la presencia de los mismos lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y la frecuencia con la que se presentan con respecto a la edad de desarrollo de la persona y a su contexto, y por las implicancias en su funcionamiento cotidiano (Cardo y Servera, 2008).

Tal como fue presentado en el apartado anterior, desde la publicación del DSM III (APA, 1987) se distinguen diferentes variantes dentro del diagnóstico de TDAH de acuerdo a si en la persona evaluada predomina alguno o varios de los síntomas primarios. En esa primera descripción se denominaban subtipos, y en la actualidad con la publicación del DSM 5 (APA 2013, 2022) se denominan presentaciones. Por lo que la clasificación fenotípica actual establece tres presentaciones: con predominio de inatención (TDAH-I), con predominio de hiperactividad-impulsividad (TDAH-H) y combinado (TDAH-C) de acuerdo con la preponderancia de síntomas en las dimensiones de inatención, hiperactividad-impulsividad, o ambos síntomas primarios (APA, 2013).

Por otro lado, las investigaciones señalan que el TDAH suele presentarse de forma comórbida, es decir asociado a uno o más trastornos, entre un 70% y 87% de los casos (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020). Las comorbilidades más frecuentes reportadas en la infancia y adolescencia son: Trastornos del Espectro Autista (TEA) entre un 27% y un 59% (Gnanavel et al.; 2019; Vaidya y Klein, 2022), Trastornos específicos del aprendizaje como la dislexia o discalculia con una variación del 30 al 40% (Gnanavel et al., 2019; Rodríguez González et al., 2017), Tics y Trastorno de Tourette, con una prevalencia de entre el 20 y el 55% (Casas et al., 2024; Urrutia y Hernández, 2021); alrededor del 60% de la población infantojuvenil con Trastorno Bipolar tienen comorbilidad con TDAH (Gnanavel et al.; 2019; Ramírez García, 2021); Depresión con una variación entre el 12 y 57% de los casos (Llanos Lizcano, 2019; Rusca-Jordán, y Cortez-Vergara, 2020); Trastorno de ansiedad, con un 15-35% (Gnanavel et al., 2019; Llanos Lizcano, 2019; Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020), Trastorno Opositorista Desafiante (TOD) alrededor del 30 y el 50% (Jaraba et al., 2019) y Trastornos de sueños entre un 25 y 50% de los casos (Pin et al., 2014).

1.3 Prevalencia

De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud “*World mental health report: Transforming mental health for all*” (OMS, 2022), en el año 2019, ochenta y cinco millones de personas (8.8% de la población mundial) padecían TDAH. Los últimos estudios de prevalencia en Argentina indican que la misma es de alrededor del 4-5% (Grañana, 2017), y a nivel mundial las investigaciones rondan entre un 4-7.6% en población infantojuvenil (Li et al., 2022; Salari et al, 2023; Sayal et al., 2018; Thomas et al., 2015).

El TDAH afecta de forma diferente según el sexo, con diferente prevalencia, presentación de los síntomas y comorbilidades asociadas (Catalá-López et al., 2012;

Klefsjö et al., 2021; Salari et al., 2023). Los varones tienen más probabilidades de manifestar síntomas de TDAH y entre dos a cuatro veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de TDAH que las mujeres (Antshel y Barkley, 2020; Grañana, 2017; Klefsjö et al., 2021; Reale et al., 2017). Las investigaciones señalan varias razones por las cuáles se explican las distintas tasas de diagnóstico (Attoe y Climie, 2023; Mowlem et al., 2018). Una razón potencial es que los profesionales de la salud pueden carecer de conocimiento adecuado de las diferencias de sexo en el TDAH, lo que lleva a confundir la sintomatología con la de otros trastornos emocionales o del estado de ánimo (Quinn, 2008). Además, el primer motivo de consulta por el cual acuden a los profesionales suele ser diferente (Attoe y Climie, 2023). Los varones son derivados o consultan con mayor frecuencia debido a síntomas conductuales asociados al TDAH, como hiperactividad, impulsividad y comportamientos disruptivos, mientras que las mujeres suelen ser remitidas por problemas emocionales, como ansiedad o depresión, o síntomas de inatención, presentando generalmente pocos síntomas agresivos e impulsivos y menos problemas de conducta (Klefsjö et al., 2021; Medici et al., 2019; Nussbaum, 2012; Ramtekkar et al., 2010). En cuanto a las comorbilidades asociadas, los estudios señalan que los varones tienen mayor probabilidad de presentar trastornos disruptivos (como el trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y comportamiento antisocial) y trastornos por abuso de sustancias; mientras que las mujeres pueden a su vez presentar ansiedad, depresión, trastorno afectivo bipolar, trastornos de la personalidad y de la conducta alimentaria (Attoe y Climie, 2023; Fraticelli et al., 2022; Ottosen et al., 2019; Rucklidge, 2010).

1.4 Etiología

Las investigaciones coinciden en resaltar la multicausalidad del trastorno, dando cuenta de una compleja combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales (Azeredo et al., 2018; Hoogman et al., 2017; 2019; Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020; Thapar, 2012).

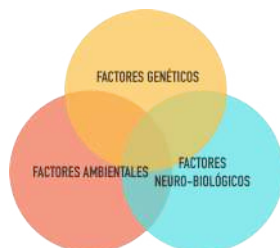


Ilustración 1 - Etiología del TDAH. Combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.

Factores genéticos

Los estudios poblacionales han señalado históricamente la implicación de numerosas variantes genéticas en el TDAH (López-Martín et al., 2024). Los hallazgos describen una elevada heredabilidad, contando la misma con rangos del 54 al 80% (Akutagava-Martins et al., 2016; Faraone et al., 2005; Fernández-Jaén et al., 2012; Franke et al., 2012; Miranda-Casas et al., 2015; Palladino et al., 2019).

Las primeras investigaciones que dieron cuenta de un determinado grado de heredabilidad se derivan de estudios poblacionales, a partir de la asociación genética realizada en gemelos monocigóticos, gemelos dicigóticos, familias biológicas y familias adoptivas (Faraone et al., 2019a). Se debe señalar que la heredabilidad es similar a la

observada en otros trastornos del neurodesarrollo como el trastorno del espectro del autismo (TEA) y además, en parte compartida con ellos (López-Martín et al., 2024).

Los estudios en genética molecular del TDAH informan genes de riesgo y posiciones o regiones específicas de genes. Entre las regiones con un ligamiento significativo señalan a 16p13, 17p11, 7p13 y 15q15. Además, se han vinculado las regiones 5p13, 5q33, 6q14, 9q33, 11q25, 11q22 y 20q13, algunas de las cuales también son vinculadas con otros trastornos del neurodesarrollo o trastornos psiquiátricos, lo que sugiere la presencia de un riesgo genético compartido entre trastornos (López-Martín et al., 2024). Los estudios de asociación del genoma completo han permitido identificar un total de 27 variantes de riesgo (Demontis et al., 2023). En relación a los genes candidatos las investigaciones señalan a algunos polimorfismos de genes que codifican para transportadores dopaminérgicos, receptores catecolaminérgicos, enzimas metabolizadoras de catecolaminas, factores o receptores neurotróficos o proteínas vinculadas a la plasticidad y regulación sináptica, receptores serotoninérgicos o incluso glutamatérgicos: DAT1 (gen transportador de dopamina), DRD4 y DRD5 (gen receptor D4 y D5 de dopamina), 5HTT (gen transportador de dopamina), HTR1B (gen receptor de serotonina) y SNAP-25 (gen de la proteína 25 que interviene en la regulación y estabilización de la sinapsis) (Demontis et al., 2019; Gizer et al. 2009; Ramos-Quiroga et al., 2007).

Factores neurobiológicos

El desarrollo y auge de la Neurociencia, con el surgimiento de nuevas tecnologías, ha permitido saber más sobre las alteraciones neurofuncionales y las anomalías neuroquímicas subyacentes a los síntomas propios del TDAH (Gómez León, 2020). Los hallazgos de diversos estudios sobre neurodesarrollo están contribuyendo a entender el vínculo entre la existencia de ventanas críticas o picos de neurodesarrollo en distintas regiones cerebrales y el mayor riesgo de desarrollar ciertas patologías, permitiendo afirmar que el TDAH es el resultado de un desarrollo neuronal atípico (Acosta, 2017; Gómez León, 2022).

Investigaciones con la utilización de neuroimágenes señalan una infraactivación de las regiones fronto-parieto-estriatales durante las tareas de atención sostenida y un déficit en las regiones ventromediales durante las situaciones de recompensa, lo que sugiere un deterioro de los circuitos de motivación (Cubillo et al., 2012; Hart et al., 2013; Rubia, 2011). Además, se ha encontrado que los niños con TDAH también presentan una reducción de la activación en las regiones prefrontal, cingulada y cerebelosa durante las tareas de procesamiento temporal, ya sea en el tiempo motor, la discriminación del tiempo o el pronóstico del tiempo (Rubia et al., 2009).

Gran cantidad de estudios morfométricos transversales y longitudinales reportan, que a nivel estructural, se encontraron diferencias en el volumen cerebral de entre un 3.5 a 8% menor en población infantil con TDAH en relación al grupo control, en la corteza prefrontal, cingulada y temporal, del núcleo caudado, del globo pálido, vermis esplenio del cuerpo calloso, núcleo accumbens, cuerpo calloso y amígdala (Castellanos et al., 1996; 2002; Durston et al., 2004; Filipek et al., 1997; Hoogman et al., 2017; 2019; Mostofsky et al., 2002; Semrud-Clikeman et al., 2000). A pesar de que las estructuras cerebrales afectadas en los niños y niñas, se normalizan en los adultos, estos aún muestran síntomas de TDAH reforzando la hipótesis de que el TDAH es atribuible a un retraso en la maduración del cerebro. Sin embargo, la sustancia blanca del cerebro sigue mostrando diferencias en los adultos con TDAH en comparación con los adultos normotípicos (Gómez León, 2022). Estudios señalan que los niños y niñas con TDAH muestran un

retraso en la maduración de la corteza cerebral que se estima en 3 años (Shaw et al., 2007, 2008, 2009).

Estudios de conectividad cerebral con resonancias magnéticas permiten afirmar que la población con TDAH muestra un menor número de conexiones de sustancia blanca entre las regiones frontoestriales, frontoparietotemporales, frontocerebelares y frontolímbicas, con respecto a aquellos sin TDAH (Cubillo et al., 2012; Franke et al., 2018; López-Martin, 2009; Mehta et al., 2019; Rubia, 2018).

Finalmente, a nivel neuroquímico, las investigaciones señalan una disfunción en el circuito dopaminérgico y noradrenérgico (Duszkiewicz et al., 2019) fundamentada originalmente en que la distribución anatómica de estos neurotransmisores coincide con las regiones cerebrales que las técnicas de neuroimagen han relacionado con el TDAH (Mediavilla-García, 2003; Del Campo et al., 2011; Mehta et al., 2019). Las investigaciones en esta área refieren que el aumento de la dopamina en la corteza prefrontal de niños con TDAH y el uso de agonistas dopaminérgicos como el metilfenidato mejoran regularmente los síntomas centrales del trastorno, así como la flexibilidad cognitiva en todas las presentaciones clínicas (Cameron et al., 2018; Gómez León, 2022; Volkow et al., 2005). Del mismo modo, las investigaciones señalan que un déficit noradrenérgico en los niños con TDAH sería la causa de una hipoactivación prefrontal, que como consecuencia generaría dificultades para inhibir conductas o pensamientos (Bonham et al., 2021; Ronel, 2018; Zhu et al., 2018).

Factores ambientales

Numerosos estudios señalan la influencia de diversos factores ambientales en el desarrollo y la manifestación del trastorno (Azeredo et al., 2018; Hoogman et al., 2017; Hoogman et al., 2019; Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020; Thapar, 2018). Se estima que entre el 10 y el 40% de la varianza asociada al TDAH se explica por la interacción de factores ambientales, considerando un modelo epigenético que reúne la interacción de los genes, el ambiente prenatal, perinatal y posnatal, factores que interactúan influyendo en el desarrollo cerebral (Bakker et al., 2022).

La bibliografía científica refiere como principales factores de riesgo prenatales amenaza de aborto (hemorragias), restricciones en el crecimiento intrauterino, parto postérmino, infecciones, diabetes gestacional y preeclampsia (hipertensión arterial gestacional) (Bakker et al., 2022). Así mismo, bebés con bajo peso al nacer y/o nacimiento prematuro presentaron un riesgo tres veces mayor para desarrollar sintomatología propia del trastorno (Franz et al., 2018). Otras investigaciones han sugerido que el consumo materno de tabaco, alcohol y ciertos medicamentos durante el embarazo y la exposición prenatal a toxinas ambientales, como el plomo y los pesticidas (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020; Scassellati et al., 2012), o la deficiencia de hierro y bajos niveles de zinc en la sangre (Scassellati et al., 2012), podrían estar relacionados con un mayor riesgo de TDAH. Asimismo, como factores de riesgo perinatales asociados se encuentran prematuridad, bajo peso al nacer y encefalopatía hipóxico isquémica en el recién nacido (Bakker et al., 2022).

Otro de los factores ambientales que se ha investigado ampliamente es el ambiente familiar. Estudios han demostrado que la calidad de las interacciones familiares, el estilo de crianza y la presencia de conflictos familiares pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo del trastorno (Azeredo et al., 2018; Hoogman et al., 2017). La exposición a un entorno familiar con altos niveles de estrés, disfunción familiar y falta de apoyo emocional puede aumentar el riesgo de desarrollar síntomas de TDAH en la

infancia y la adolescencia (Hoogman et al., 2019; Villanueva-Bonilla y Ríos-Gallardo, 2018).

1.5 Modelos neuropsicológicos del TDAH

Uno de los hallazgos más consistentes en el TDAH es su heterogeneidad. Esta diversidad se expresa en la variabilidad de comportamientos y características que presentan las personas que lo padecen (Piñón Blanco y Vázquez-Justo, 2017). La necesidad de dar una explicación a dicha heterogeneidad, ha generado la formulación de diversos modelos neuropsicológicos que han evolucionado desde modelos simples, basados en un déficit central que se postula como capaz de predecir la gran diversidad de síntomas del TDAH, a modelos complejos, que postulan la presencia de vías fisiopatológicas paralelas e interrelacionadas en su etiología (Sonuga-Barke, 2005). En este apartado, se describe brevemente una descripción de los modelos neuropsicológicos del TDAH referenciados en las últimas revisiones (Servera-Barceló, 2005; Artigas-Pallarés, 2009; Henríquez-Henríquez et al., 2010; Fernández-Jaén et al., 2012; Piñón Blanco y Vázquez-Justo, 2017; Gómez León, 2022).

Modelos de déficit único

Es posible agrupar los modelos simples en tres grandes perspectivas, según la concepción del déficit central que proponen.

La primera perspectiva agrupa a modelos que consideran a la inatención como el déficit único, siendo relevante el Modelo Atencional de Douglas (1972). La autora desarrolló diversas versiones de su modelo, el cual relegaba a un segundo plano la sobreactividad motora, definiéndola como una variable inespecífica y muy afectada por variables madurativas y situacionales. Siendo la atención sostenida, la que ocupaba un lugar central en su teoría. Este modelo considera cuatro características comportamentales en el TDAH que podrían explicar su sintomatología: poco interés para dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas, tendencia a la búsqueda de estimulación y/o gratificación inmediata, poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas y dificultad para regular la activación o los estados de alerta que requiere la resolución de determinadas tareas. Dichas predisposiciones darían lugar a déficits secundarios de carácter cognitivo, que se agrupan en tres grandes áreas: déficits en el desarrollo de esquemas y estrategias, déficits en motivación intrínseca asociada a pobre rendimiento y déficit metacognitivos (Sánchez-Mármol, 2015; Servera et al., 2001). Si bien este modelo ha sido muy influyente, a finales de los años ochenta surgieron estudios discordantes que no encontraron evidencias de problemas atencionales en condiciones experimentales, siendo sólo compatible con la presentación inatenta del trastorno (Barkley, 1991).

La segunda perspectiva agrupa los modelos que proponen como déficit único a las funciones ejecutivas (FE). Uno de los modelos más ampliamente aceptado es el propuesto por Barkley. El cual ha adoptado diversas postulaciones: Modelo de déficit en el control inhibitorio (1990), Modelo Híbrido de las Funciones Ejecutivas (Barkley, 1997a) y su posterior reformulación en el Modelo de Autorregulación de Barkley (1998). Este modelo se basa en el análisis de las relaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y la autorregulación, los cuales tienen su base neurológica en la corteza prefrontal (Servera-Barceló, 2005).

Barkley (2001) sostiene que el control inhibitorio es una condición indispensable para el normal funcionamiento de las FE, las cuales incluyen: la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal o internalización del habla, la autorregulación de la

activación, de la motivación y del afecto, y los procesos de análisis y síntesis del propio comportamiento denominados reconstitución; cuatro componentes que suelen estar alterados en los niños y niñas con TDAH. Por consiguiente, el espectro sintomático característico del trastorno sería consecuencia de una disminución en la capacidad de inhibición que repercutiría negativamente en las FE, afectando de manera jerárquica otras áreas que precisan de un adecuado control inhibitorio para ejecutarse efectivamente (Henríquez-Henríquez et al., 2010; Zamora Miranda, 2015). En el contexto de un déficit en autorregulación, las personas con TDAH presentarían una reducción en la capacidad de control motor y en el desarrollo de conductas orientadas a objetivos y una consecuente dificultad para el desarrollo de la atención (Servera-Barceló, 2005).

Existen al menos otros tres modelos dentro de esta perspectiva que han influido en el desarrollo del modelo de autorregulación, todos ellos centrados en analizar los problemas del TDAH a partir de un déficit en inhibición conductual: el modelo energético de Sergeant y Van Deer Meere, el modelo neuroconductual de Quay y el modelo competitivo de Schachar (Piñón Blanco y Vázquez-Justo, 2017).

La tercera perspectiva de modelos simples agrupa aquellas propuestas que sostienen que el TDAH no puede ser explicado únicamente por déficits cognitivos y una excesiva actividad motora. Estos modelos destacan la alteración en los procesos de recompensa, dando lugar a los denominados modelos motivacionales o afectivos (Albert et al., 2008; Giraldo y Castaño, 2015; Sonuga-Barke et al., 2010). Entre los cuales se encuentra la Teoría del Desarrollo Dinámico de Sagvolden, Johansen, Aase y Russell (2005), la Teoría del Déficit en la Transferencia de Dopamina de Tripp y Wickens (2008), y el Modelo Inicial de Aversión a la Demora de Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith (1992), los cuales coinciden en sostener que las alteraciones motivacionales del TDAH se explican por una baja activación del sistema de recompensa dopaminérgico, los dos primeros lo fundamentan desde un punto de vista neuroquímico y el tercero desde un punto de vista anatómico-funcional (López-Martín et al., 2009).

El modelo de esta perspectiva con mayor desarrollo ha sido el modelo inicial de Aversión a la Demora de Sonuga-Barke y colaboradores (1992), el cual ha adquirido relevancia en los últimos años en la medida que el modelo basado exclusivamente en la disfunción ejecutiva no permite explicar la variabilidad fenotípica del trastorno, dejando fuera un 50% de la población infantil con TDAH que no presentan alteraciones ejecutivas (Henríquez-Henríquez et al., 2010; Giraldo y Castaño, 2015). El modelo sostiene que la causa del trastorno se ubica en una deficiencia de señalización de retraso de la recompensa, derivada de alteraciones en los procesos motivacionales modulados por catecolaminas que conectan las regiones frontales con el núcleo accumbens, donde también está implicada la amígdala desempeñando posiblemente un rol en el significado motivacional de los incentivos y la dopamina con un papel clave como neuromodulador de la recompensa (Slachevsky et al., 2012). De esta manera, las personas con TDAH prefieren la obtención de una recompensa inmediata, aunque sea pequeña, por sobre una gratificación de mayor magnitud y de largo alcance, pero demorada en el tiempo. Así, la impulsividad tendría como objetivo reducir el tiempo de demora para obtener la gratificación cuando se controla el entorno, mientras que cuando no se tiene ningún control sobre el entorno y no es posible reducir la espera hasta conseguir la recompensa demorada, la persona con TDAH busca ignorar la demora reduciendo la experiencia subjetiva de espera dirigiendo su atención a otros estímulos e incrementando el nivel de estimulación a través del movimiento. De esta manera, escapar a la demora constituye el principal reforzador, en este caso negativo, de las personas con TDAH, ya que estos

perciben la demora como algo negativo o desagradable (Sonuga-Barke et al., 1992; Sonuga-Barke et al., 2010).

Modelos de Déficit Múltiple

En las últimas décadas se han propuesto teorías más complejas, que buscan evitar aproximaciones reduccionistas y dar cuenta de los distintos déficits neuropsicológicos nucleares del TDAH (Colomer-Diago, 2013; Nigg y Casey, 2005). Los modelos de déficit múltiple asumen que la etiología del TDAH es debida a la afectación de vías neurales paralelas e interrelacionadas (Metin et al., 2012; Servera-Barceló, 2005; Slachevsky et al., 2012), aportando a la comprensión de la estructura cognitiva del TDAH y facilitando la comprensión de algunas comorbilidades (Piñón Blanco y Vázquez-Justo, 2017).

El modelo de déficit múltiples con mayor desarrollo ha sido el Modelo ampliado de aversión a la demora de Sonuga-Barke y colaboradores (2003), el cual se sustenta en la concurrencia de dos déficits de naturaleza distinta: por un lado, una alteración en los circuitos de recompensa, por lo que no se detecta la señal de recompensa retardada y la respuesta es una conducta impulsiva; y simultáneamente un déficit ejecutivo en la capacidad de control inhibitorio relacionadas con la demora. Estos dos déficits involucran dos sistemas neurales independientes: el circuito fronto-estriado que estaría implicado en las disfunciones ejecutivas y el circuito mesolímbico, cuya principal estructura es el núcleo accumbens, que explicaría los problemas motivacionales (Carretié et al., 2010). De esta manera, se trata de una síntesis entre el modelo inicial de Sonuga-Barke y el modelo de Barkley (Artigas-Pallarés, 2009).

Otro modelo que ha tomado relevancia con el desarrollo de la neurociencia, es el Modelo de la regulación emocional (Gómez León, 2022). Desde este enfoque se considera que la disregulación emocional es una característica clínica importante tanto en la niñez como en la adultez con TDAH (Anastopoulos et al., 2011; Banaschewski et al., 2012; García-Maldonado et al., 2019). Existiría un debilitamiento en la habilidad para modificar emociones y lograr un comportamiento más adaptativo que se oriente a objetivos; debido a un deterioro en la capacidad para seleccionar, atender, evaluar y ser flexible ante los estímulos que generan una reacción emocional (Alpizar-Velazquez, 2019; Shaw et al., 2014). Las investigaciones señalan que las personas con este diagnóstico poseen excesiva reactividad, irritabilidad o sensibilidad (Bauermeister et al., 2005; Desman et al., 2006; Gómez León, 2022), menos uso de estrategias de regulación emocional adaptativas (Schmitt et al., 2012), mayores niveles de depresión, agresividad, tristeza, ansiedad y enojo, y pobre autocontrol (Alpizar-Velazquez, 2019; Sjowall et al., 2013), dificultades para ocultar y regular las propias emociones incluso después de recibir tratamiento específico para ello (Walcott y Landau, 2004) o ser conscientes de la necesidad de hacerlo (Skirrow et al., 2009). El modelo sostiene que los síntomas del diagnóstico se deben a un déficit en el circuito emocional. El cual se origina en la corteza prefrontal ventrolateral/medial, que se proyecta hacia el núcleo accumbens ventromedial, globo pálido interno y la sustancia negra reticulada y por último al tálamo. Se trata del circuito cortico-estriado-talámico-cortical prefrontal ventrolateral (Zhu et al., 2018). A partir de esta organización estructural, el sistema de recompensa actuaría como interfaz entre las partes más arcaicas del cerebro y los mecanismos que dirigen la acción en sí de forma disfuncional en el TDAH, dando lugar, según una dinámica evolutiva, a la disfunción de los otros cuatro circuitos cortico-estriado-tálamo-cortical que intervienen en los síntomas del TDAH y explicando su triple naturaleza: trastorno de búsqueda de recompensa, déficit de atención y alteración de la acción (Zhu et al., 2018).

1.6 Perfil cognitivo

La heterogeneidad del TDAH también puede observarse en la existencia de diferentes perfiles cognitivos o neuropsicológicos en las personas con el diagnóstico. De esta manera, resulta importante conocer los dominios cognitivos que suelen encontrarse conservados y aquellos que se caracterizan como deficitarios (Fernández-Daza, 2019; Rohde et al., 2019), tomando como premisa que cada uno de los dominios es independiente, con múltiples trayectorias de presentación y combinación en el TDAH (Coghill et al., 2014).

Nivel intelectual (CI)

Por lo general, las personas con diagnóstico de TDAH no muestran un rendimiento descendido en las pruebas de nivel intelectual en comparación con personas neurotípicas (Tabares et al., 2019). Específicamente en la niñez y la adolescencia, por ejemplo al ser evaluados con el WISC (Wechsler, 2015) no muestran un rendimiento descendido en las capacidades generales de comprensión verbal y razonamiento perceptivo, pero si lo hacen en el índice secundario de competencia cognitiva, ya que el mismo se encuentra moderado por otros dos índices que suelen mostrar déficits, como la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento (Fenollar-Cortés et al., 2015; Navarro-Soria et al., 2020).

Atención y velocidad de procesamiento

Uno de los síntomas primarios del TDAH refiere a las dificultades en el mantenimiento de la atención (APA, 2013; 2022), de tal manera una de las alteraciones neuropsicológicas propias de esta población refiere a las dificultades atencionales (Rubio et al., 2016). Autores que lideran la investigación en esta área han elaborado modelos clínicos de la disfuncionalidad en las personas con TDAH, como es el Modelo de Redes Atencionales de Posner, el cual identifica a la red ejecutiva y la red de vigilancia como disfuncionales en el TDAH (Posner et al., 2019).

La velocidad de procesamiento implica el tiempo invertido en la realización de una tarea, dentro de un límite que represente una exactitud razonable (Rubio et al., 2016), el cual se suele observar con un desempeño descendido en esta población (Fenollar et al., 2015; Rohde, 2019).

Funciones Ejecutivas (FE)

Las FE se definen como un conjunto de habilidades cognitivas que permiten establecer objetivos, planificar, iniciar actividades, autorregular y monitorizar las tareas; seleccionar comportamientos y conductas y ejecutar acciones para el logro de los objetivos trazados; y llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente (Lezak et al., 2004). Las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo son características del perfil cognitivo del TDAH.

- Control inhibitorio: refiere a los procesos mentales encargados del control intencional y voluntario (Nigg, 2000). En esta población presenta dificultades, siendo ampliamente estudiado en la niñez y la adolescencia el menor rendimiento en tareas de control inhibitorio, en comparación al grupo control (Barkley, 1997a; 2002; Paneiva Pompa et al., 2023; Piñón et al., 2019; Ramos-Galarza y Pérez-Salas, 2017; Rubiales et al., 2013; Rubiales et al., 2016; Skogli et al., 2014; Vélez Van Meerbeke et al., 2013).

- Memoria de trabajo. es un sistema de capacidad limitada, encargado de almacenar información a corto plazo y manipularla, para llevar a cabo operaciones cognitivas y

mantener respuestas conductuales apropiadas (Baddeley, 2003; 2007; Ferreres, 2005). Las investigaciones dan cuenta que los niños, niñas y adolescentes con TDAH muestran un desempeño descendido en relación a los neurotípicos (Kasper et al., 2012; Robinson y Tripp, 2013; Rohde et al., 2019; Rubiales, 2014).

- Flexibilidad cognitiva: es la capacidad para alternar rápidamente de una respuesta a otra, respondiendo a las demandas cambiantes del contexto o de la situación (Mateo y Vilaplana Gramaje, 2007), siendo de vital importancia para regular el comportamiento y adaptarse en situaciones diversas (Rohde et al., 2019). La literatura señala que es una de las alteraciones básicas en el TDAH (Ferreiro-Vilasante et al., 2013; Rohde et al., 2019; Rubiales et al., 2013; 2022; Vélez van Meerbeke et al., 2013).

- Planificación y organización: refieren a la capacidad para identificar y organizar una secuencia de eventos con el fin de lograr una meta específica (Rosselli et al., 2008). Estudios que comparan el rendimiento de personas con y sin TDAH, muestran dificultades en estas áreas (Lezama-Espinoza, 2015; Passarotti et al., 2016; Rubiales et al., 2016; Willcutt et al., 2005). En general, presentan una tendencia a tener una menor capacidad para desarrollar un plan de acción y una meta, mantener ese plan en la mente y llevarlo a cabo con la ayuda de la planificación (Capdevilla Brophy et al., 2005; Ramos-Loyo et al., 2011; Rubiales et al., 2011).

1.7 Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico es uno de los aspectos más estudiados y controvertidos sobre el trastorno (Sánchez, 2023). En la actualidad, no existen pruebas neurofisiológicas, bioquímicas, genéticas, de neuroimagen ni neuropsicológicas específicas para la detección del mismo (Bastardas Sardans et al., 2015; Sanz y González-Benito, 2021). Tampoco se dispone de un modelo diagnóstico clínico consensuado por la comunidad científica, por lo que la evaluación debe ser realizada de manera individualizada y multidisciplinaria por profesionales idóneos (Catelan-Mainardes, 2010; Rohde et al., 2019; Sanz y González-Benito, 2021).

Los síntomas primarios del TDAH se manifiestan desde la niñez y son comunes en la población general de forma dimensional, es decir, se distribuyen en un espectro de intensidad variable. Por lo tanto, no es la presencia de los mismos lo que determina el diagnóstico, sino la intensidad y la frecuencia con la que se presentan con respecto a la edad de desarrollo de la persona y a su contexto, y sobre todo por las consecuencias en el funcionamiento diario en al menos dos ambientes distintos (APA, 2013; 2022; Bastardas Sardans et al., 2015; Cardo y Servera, 2008).

Nosología

En la actualidad los principales sistemas de clasificación de referencia en salud mental son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que se realiza en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambos sistemas establecen criterios específicos de diagnóstico a través de la agrupación de síntomas conductuales descriptivos. Se presentan brevemente sus características principales:

- *Sistema de clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, CIE-11* (OMS, 2019): la nosología de referencia es “Trastorno por Hiperactividad con Déficit en la Atención”. Se encuentra dentro del grupo Trastornos del Neurodesarrollo. El sistema establece que los síntomas deben estar presentes al menos durante seis meses,

manifestarse antes de los 12 años y en múltiples entornos. Se especifican tres presentaciones clínicas, según la presencia de los síntomas: inatento, hiperactivo/impulsivo o combinado.

- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5* (APA, 2013; 2022): la nosología de referencia es “Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad”. También se encuentra en el apartado de los Trastornos del Neurodesarrollo. El sistema establece que los síntomas primarios deben cumplir un criterio funcional (dificultades significativas en el desarrollo), un criterio contextual (persistencia en dos o más contextos) y un criterio temporal (producirse antes de los 12 años). Se postulan tres presentaciones clínicas: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado o mixto (APA, 2013; 2022).

El TDAH a partir del DSM-5

El sistema DSM de la APA ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS por lo cual es la clasificación utilizada en el presente trabajo. El mismo establece que los síntomas deben presentar un patrón persistente, con una duración de al menos 6 meses. Este criterio se estableció con el fin de dar cuenta de la vulnerabilidad biológica en la etiopatogenia del mismo, que resultaría en cierta estabilidad de los síntomas. Cuestión de vital importancia al reconocer que los síntomas no son específicos del trastorno, sino que pueden ser manifestaciones comunes en la población general, que podrían aparecer como respuesta a un ambiente estresante, una dinámica familiar conflictiva o un aumento de las exigencias académicas. Por lo tanto, resulta importante que el clínico considere como síntomas positivos, aquellos que se presentan con mayor frecuencia e intensidad, lo que requiere de un conocimiento exhaustivo acerca del desarrollo normal (APA, 2013; 2022). El criterio contextual (persistencia en dos o más contextos) puede resultar esclarecedor, para determinar si los síntomas surgen particularmente en un contexto o dinámica, o son manifestación del neurodesarrollo atípico.

La edad de inicio que se establece actualmente es de doce años. El mismo es una flexibilización al criterio de edad de inicio a los siete años establecido en el DSM-III, el cual ha recibido cuestionamientos ya que no tiene justificación empírica, teórica o práctica, sino clínica; y derivaba a errores en la fiabilidad del diagnóstico en hasta un 35% de los casos (Barkley, 2009; Barkley y Biederman, J., 1997).

Con respecto a la presentación de los síntomas, se requieren seis síntomas en cualquiera de los dos dominios (inatención o hiperactividad e impulsividad) antes de los doce años para su diagnóstico. En la Tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos según el DSM-5 (2013, 2022).

Tabla 1 - Criterios diagnósticos según el DSM-5 (2013, 2022).

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	
Criterios diagnósticos del DSM-5	
A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o el desarrollo	
y que se caracteriza por (1)	y/o (2):
1. <i>Inatención</i> : seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales. Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad, o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.	
1. Con frecuencia el individuo falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido comete errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.	
2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).	

3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, presenta dificultad para gestionar tareas secuenciales o para poner los materiales y pertenencias en orden; muestra descuido y desorganización en el trabajo; tiene una mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

6. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetera, llaves, papeles de trabajo, gafas, celular).

8. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes, mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

9. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

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

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

1. Con frecuencia, el individuo juguetea o golpea las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.

2. Con frecuencia, se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

3. Con frecuencia corre o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (en adolescentes y adultos, puede limitarse a estar inquieto).

4. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

5. Con frecuencia, está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que esta intranquilo, o que le resulta difícil seguirlos).

6. Con frecuencia, habla excesivamente.

7. Con frecuencia, responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).

8. Con frecuencia, le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

9. Con frecuencia interrumpe, o se inmiscuye en otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas, sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, pueden inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

2. Algunos síntomas de inatención, o hiperactivo-impulsivos, estaban presentes antes de los 12 años.

3. Varios síntomas de inatención, o hiperactivo-impulsivos, están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en la escuela, o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

4. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren en el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de estos.

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

Especificar si: Presentación combinada. Presentación predominante con falta de atención. Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.

Proceso de Evaluación

Debido a la heterogeneidad del trastorno y la ausencia de evidencias concluyentes de marcadores biológicos predictivos, la evaluación requiere que la misma sea multidisciplinaria para confirmar el diagnóstico clínico. A continuación, se describe el proceso de evaluación sustentado en la revisión de la literatura sobre la temática.

1. Historia clínica evolutiva: por medio de una entrevista a los padres o cuidadores se realiza una anamnesis exhaustiva, recogiendo información sobre la presencia, frecuencia e intensidad de los síntomas del TDAH, e impacto en las actividades de la vida diaria y en diferentes contextos (académico, social y familiar). Asimismo, se recolecta información sobre antecedentes (prenatales, perinatales, posnatales y pautas madurativas) y familiares (presencia de síntomas de TDAH u otros trastornos del neurodesarrollo en miembros de la familia) (Graeff y Vaz, 2008; Hetzke et al., 2024; Rohde et al., 2019; López et al., 2015). Suelen utilizarse entrevistas semiestructuradas como guías o modelos de entrevista (Barkley, 1998; Neuschwander et al., 2017).

2. Administración de escalas y cuestionarios comportamentales a padres y docentes: resultan una recolección complementaria de información en diferentes contextos a partir de la observación cotidiana del comportamiento por parte de informantes claves (Hetzke et al., 2024; López, et al., 2015; Rohde et al., 2019; Russo et al., 2020). Algunas de las escalas más utilizadas en nuestro contexto son la Escala Conners (Conners, 1989) y la SNAP IV (Grañana et al., 2011), la cual está específicamente adaptada para Argentina (Grañana, 2017).

3. Observación del comportamiento y entrevista: usualmente se atiende al comportamiento durante la evaluación clínica/neuropsicológica (Gordon et al., 2006; Hetzke et al., 2024; Rodríguez-González et al., 2017). De acuerdo a la edad, la literatura sugiere que la entrevista debe consistir en una breve conversación, con los niños y niñas más pequeños, preferentemente a partir del juego, observando su comportamiento y su manera de interactuar. Complementariamente y sin ser excluyente, las observaciones en el ámbito escolar podrían permitir obtener información adicional del comportamiento en las interacciones con pares (Graeff y Vaz, 2008; Gordon et al., 2006; Rubiales, 2014).

4. Evaluación neuropsicológica/cognitiva: diversos manuales y metaanálisis han revisado cientos de estudios que examinan la utilidad de las pruebas neuropsicológicas individuales para diferenciar a los pacientes diagnosticados con TDAH de los grupos control (Alderson et al., 2013; Boonstra et al., 2005; Boonstra et al., 2010; Fernández-Daza, 2019; Frazier et al., 2004; Hervey et al., 2004; Marshall et al., 2021; Rohde et al., 2019). Consiste en el estudio de diversas funciones cognitivas tales como nivel intelectual, atención, funcionamiento ejecutivo (flexibilidad cognitiva, organización y planificación, memoria de trabajo, inhibición, fluidez) y memoria. Estos datos permiten obtener información objetiva sobre el funcionamiento neuropsicológico y determinar un perfil de fortalezas y debilidades, de modo de incrementar la información necesaria para realizar un diagnóstico certero además, de su utilidad para la planificación del tratamiento posterior (Etchepareborda et al., 2011; Hetzke et al., 2024; Rohde et al., 2019; Rubiales, 2014).

5. Evaluación psicológica: a fin de determinar posibles comorbilidades será relevante evaluar cuestiones tales como estado emocional (situaciones de ansiedad, estados de depresión y demás trastornos psiquiátricos) autoconcepto, relaciones sociales y dinámica familiar (Etchepareborda et al., 2011; Gómez, 2014; Hetzke et al., 2024; Rohde et al., 2019; Rubiales, 2014).

6. Examen médico y otros estudios médicos complementarios: la observación rutinaria por un médico clínico para descartar cualquier condición que pueda estar causando los síntomas (López et al., 2015). Las pruebas de neuroimagen, neurofisiológicas, de laboratorio, o estudios genéticos, no estarían indicados como exámenes de rutina, pero podrían solicitarse si hay en la historia médica del paciente algún dato que lo justifique (Cuadrado, 2018; López et al. 2015; Rohde et al., 2019). La información será útil para poder descartar otras causas que puedan explicar la sintomatología o la detección de patología comórbida. Asimismo hay que prestar especial atención ante la presencia de rasgos fenotípicos particulares (Bastardas Sardans et al., 2015).

En conclusión, el diagnóstico de TDAH requiere de un juicio clínico basado en una evaluación multidisciplinar y mutiinformante. El clínico deberá evaluar si el paciente reúne los síntomas necesarios, si son apropiados o no para la edad de desarrollo, si están presentes en más de un contexto, si se asocian con disfunción directa de los síntomas de TDAH y si los mismos no son atribuibles a otros diagnósticos (Rohde et al., 2019).

1.8 Tratamientos

Existe una amplia variedad de tratamientos para el TDAH que se podrían agrupar en: intervenciones farmacológicas, académicas, psicosociales, cognitivas/neuropsicológicas y combinadas o multimodales (Nazarova et al., 2022; Paneiva Pompa et al., 2021).

El tratamiento farmacológico o psiquiátrico es uno de los más utilizados para tratar los síntomas del TDAH en la niñez y adolescencia, debiendo ajustarse lo mejor posible a las necesidades del paciente identificando la dosis mínima eficaz y de mayor tolerancia según su edad, gravedad de los síntomas, repercusión funcional y las preferencias tanto del paciente como de su familia (Ron et al., 2015; Suarez-Manzano et al., 2021). Los fármacos de primera elección en el tratamiento farmacológico del TDAH pueden clasificarse en estimulantes y no estimulantes (Cunill y Castells, 2015; Padilha et al., 2018). Los estimulantes del sistema nervioso central utilizados son clorhidrato de metilfenidato, dimesilato de lisdexanfetamina, sulfato de anfetamina, sales mixtas de anfetamina, una combinación de clorhidrato de dexmetilfenidato y cloruro de serdexmetilfenidato. Los no estimulantes incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina, viloxazina) y agonistas del receptor adrenérgico alfa2 (clorhidrato de guanfacina, clorhidrato de clonidina). Algunas investigaciones han comenzado a probar la eficiencia en el uso de antidepresivos como el clorhidrato de bupropión y vortioxetina y los antipsicóticos atípicos (quetiapina, aripiprazol), pero estos aún no están aprobados por la FDA para el tratamiento del TDAH (Coghill et al., 2019; Nazarova et al., 2022; Rusca-Jordán, y Cortez-Vergara, 2020). Esta modalidad de tratamiento ha mostrado eficacia para reducir los síntomas centrales del TDAH, incluyendo las conductas disruptivas (Cortese et al., 2018; Peterson et al., 2024), e incluso mejorar la velocidad de procesamiento, la productividad y la perseverancia (Solanto et al., 2001). Sin embargo, Macías Rodríguez (2023) una revisión sistemática en la temática, sostiene que en muchos casos la farmacoterapia por sí sola puede no ser suficiente para mejorar los síntomas del TDHA (Novik et al., 2020) o se ha asociado con eventos adversos y efectos secundarios no deseados (Peterson et al., 2024).

Las intervenciones académicas o psicopedagógicas consisten en un conjunto de prácticas en el contexto escolar relacionadas con el aprendizaje. Suelen dividirse en intervenciones a nivel académico centradas en el estudiante e intervenciones a nivel escolar que se realizan a través de la formación de docentes buscando minimizar los efectos de los síntomas primarios (Serrano-Troncoso et al., 2013). Entre las adaptaciones escolares más utilizadas en relación a la inatención se encuentran las adecuaciones de acceso a la información o intervenciones en relación al espacio (uso de agenda, utilizar módulos cortos de trabajos, implementar pausas activas, sentarse en proximidad al docente alejado de distractores, entre otras) y en relación a la hiperactividad/impulsividad (permitir movimientos ociosos, reglas y consecuencias claras, mayor estructura y supervisión en recreos) (Barkley, 1990; Paneiva Pompa et al., 2021; Scandar, 2003). [En relación a la eficacia, diferentes intervenciones académicas han mostrado ser beneficiosas en niños y niñas en edad escolar para la mejora en los resultados académicos, pero hasta el momento en la adolescencia muchas veces han sido insuficiente \(Serrano-Troncoso et al., 2012\).](#)

Las intervenciones psicosociales hacen referencia a la enseñanza, entrenamiento y práctica en competencias y habilidades socio-emocionales (Casas y Ferrer, 2010; Nazarova et al., 2022). Incluyen el entrenamiento conductual a padres y profesores, la modificación cognitiva de la conducta, el entrenamiento en habilidades sociales y las modificaciones académicas (Catala-Lopez et al., 2015; 2017; Catala-Lopez et al., 2017;



Shrestha et al., 2020). Los meta-análisis han demostrado que las estrategias de manejo de la contingencia y las intervenciones académicas son más efectivas para el cambio conductual que las estrategias cognitivo-conductuales (Pérez et al., 2006). Esta modalidad ha mostrado eficacia para reducir los síntomas centrales del TDAH, pero no las conductas disruptivas ni los logros académicos (Peterson et al., 2024).

Las intervenciones cognitivas o neuropsicológicas refieren a programas de entrenamiento neurocognitivo orientados en la rehabilitación sobre el déficit en funcionamiento ejecutivo (Casas y Ferrer, 2010; Nazarova et al., 2022). La disfunción ejecutiva en el TDAH afecta a un sistema complejo de procesos ejecutivos que incluyen el control inhibitorio, vigilancia, planificación, memoria de trabajo verbal y espacial, y flexibilidad cognitiva, por lo tanto se prima la identificación de los mecanismos neuropsicológicos subyacentes, permitiendo identificar los síntomas derivados de manera primaria o por efecto sistémico, y así permitir la adecuada formación de los sistemas funcionales a través de un proceso de intervención (Pérez et al., 2016). En relación a su eficacia, las intervenciones cognitivas han mostrado buenos resultados en la reducción de los síntomas de TDAH, con cierta heterogeneidad, sin embargo no han mostrado mejoras en el deterioro funcional o las conductas disruptivas (Peterson et al., 2024).

Los tratamientos combinados o multimodales refieren a intervenciones en las que se utilizan de manera sistematizada diferentes opciones de tratamiento (Martínez-Núñez y Quintero, 2019; Nazarova et al., 2022). En sentido estricto refieren a la combinación de medicación estimulante (metilfenidato) y técnicas de modificación de conducta y estrategias cognitivo-conductuales (Barkley, 1990), en un sentido amplio refieren a intervenciones en las que se combinan múltiples componentes como técnicas conductuales o cognitivo-conductuales con otro tipo de intervenciones psicológicas, como sesiones de asesoramiento, entrenamiento en habilidades sociales o entrenamiento en habilidades de estudio (Miranda et al., 2006). Una revisión en la temática sostiene que algunas intervenciones han mostrado buenos resultados, sin embargo, el metaanálisis del conjunto de resultados sobre las distintas terapias combinadas no mostró mejoras estadísticamente significativas en los síntomas del TDAH (Peterson et al., 2024), mientras que otros trabajos señalan que pueden mejorar significativamente el nivel de concentración y los síntomas conductuales de hiperactividad e impulsividad (Ning y Wang, 2021).

CAPÍTULO 2: FORTALEZAS Y HABILIDADES POSITIVAS EN POBLACIÓN CON TDAH

Debido a la intensidad y la frecuencia de los síntomas propios del trastorno; los niños, niñas y adolescentes con este diagnóstico padecen dificultades en su desarrollo cognitivo, emocional y social (Mehta et al., 2019; Paneiva Pompa et al., 2023), lo cual dificulta su aprendizaje escolar y su adaptación a diferentes contextos (Miranda-Casas y Soriano-Ferrer, 2010). Estudios recientes dan cuenta que son frecuentemente percibidos por sus docentes con creencias negativas y desconocimiento de las características propias del trastorno, dando como resultado actitudes que no favorecen su inclusión educativa (Alle et al., 2023; 2024; De Pizzol et al., 2023; Molinar Monsiváis, J. y Cervantes-Herrera, 2020). Además, la investigación y las prácticas actuales se han centrado fundamentalmente en la sintomatología de la población con TDAH, y las intervenciones y tratamientos suelen tener como objetivo reducir su sintomatología y déficits (Charabin et al., 2023; Climie y Mastoras, 2015; Paneiva Pompa et al., 2020; 2022). El nombre mismo de esta condición, que incluye la palabra "trastorno" ("disorder" en inglés), enfatiza en los aspectos negativos y puede sesgar a las personas a sólo pensar en "todo lo malo" de la misma (Sherman et al., 2006). Dada la comprensión predominantemente negativa del TDAH, los niños, niñas y adolescentes con este trastorno podrían beneficiarse desde la perspectiva de la Psicología Positiva (Charabin et al., 2023; Climie y Mastoras, 2015; Paneiva Pompa et al., 2022). La Psicología Positiva es una corriente dentro de la disciplina que ha buscado cambiar el rumbo de la misma, con el objetivo de alejarse de una visión de la salud mental centrada en el déficit, hacia enfoques más salutíferos, basados en las fortalezas y aspectos positivos del funcionamiento y el florecimiento humanos (emociones positivas, compromiso, resiliencia, bienestar psicológico, satisfacción vital, autoconcepto, relaciones, espiritualidad, significado, propósito y logros) (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

En lo que refiere al abordaje de pacientes con diagnóstico de TDAH, la Psicología Positiva, sin negar ni minimizar los desafíos que enfrentan, busca enfatizar la necesidad de prestar una atención igual y explícita a sus fortalezas, recursos y éxitos (Rhee et al., 2001). Específicamente, esto implica comprender tanto las características positivas en la población con TDAH como las que son exclusivas de cada persona reconociendo al mismo como un trastorno heterogéneo en el que suelen potenciarse determinadas capacidades para compensar los déficits propios de la sintomatología (Climie y Mastoras, 2015; Lesch, 2018). Por lo tanto, sin negar que el TDAH es un trastorno de neurodesarrollo que debe abordarse de forma adecuada, es importante destacar que cada persona con o sin TDAH lleva en sí mismo potencial y fortalezas. Tal es el caso de muchas figuras históricas del arte y la ciencia como Wolfgang Amadeus Mozart, Albert Einstein, Edgar Allan Poe, Salvador Dalí, Thomas Edison y Henry Ford que mostraron características compatibles con el TDAH (Sherman et al., 2006) y deportistas que han tenido carreras destacadas como Michel Jordan, Michael Phelps y Usain Bolt, e incluso aún vigentes como los recientes ganadores de medallas olímpicas Simone Biles y Noah Lyles y el corredor argentino de fórmula 1 Franco Colapinto, quienes han manifestado públicamente que han sido diagnosticados en su infancia con TDAH. Es este proceso de identificar el potencial, aprovechar las fortalezas únicas y fomentar el desarrollo físico, académico y socioemocional lo que resulta especialmente importante aplicar con cada persona a la que se le diagnostica TDAH.

Las investigaciones señalan que promover y potenciar habilidades positivas se asocia con mayor bienestar psicológico, una vida más satisfactoria, productiva y gratificante, al



brindar más recursos para superar con éxito y resiliencia las situaciones difíciles de la vida (Climie y Henley, 2016; Elik et al., 2015; Hai y Climie, 2022; Mackenzie, 2018; Miranda-Casas et al., 2011).

Por lo tanto, el desarrollo de investigaciones que desempeñen un papel activo en la exploración de los enfoques más efectivos que permitan identificar áreas de fortaleza potencial en población infantojuvenil con TDAH, y transferir estos conocimientos basados en evidencias empíricas a las intervenciones resulta fundamental para mejorar su calidad de vida (Elik et al., 2015; Paneiva Pompa et al., 2022).

2.1 Habilidades positivas y fortalezas en niños, niñas y adolescentes

Dado el desarrollo de la Psicología Positiva, la investigación sobre las fortalezas y habilidades positivas es un área de creciente interés en la literatura (Castro Solano, 2009; Lavy, 2020; Niemiec y Pearce, 2021; Santiago et al., 2020; Seligman, 2003). Desde la Psicología Positiva se definen a las fortalezas como patrones de pensamiento, sentimiento y comportamiento positivo relativamente estables y duraderos en el tiempo, que permiten a las personas alcanzar objetivos personales y mejorar su bienestar y calidad de vida, ayudándoles a alcanzar un funcionamiento óptimo (Niemiec, 2019; Niemiec y Pearce, 2021; Peterson y Seligman, 2004; Seligman, 2011). Por otro lado, las habilidades positivas son capacidades específicas que pueden ser aprendidas y entrenadas, que permiten a las personas desarrollar y aplicar sus fortalezas de manera efectiva en diferentes contextos (Peterson y Seligman, 2004).

Son escasos los estudios que evalúan y promueven las cualidades positivas y potencialidades en la población infantojuvenil (Grinhauz, 2012; Grinhauz y Castro Solano, 2012; Toner et al., 2012; Waigel y Lemos, 2020). Las investigaciones existentes dan cuenta que este grupo etario puede mostrar diversidad de fortalezas y habilidades positivas. Una revisión sistemática encontró que a nivel mundial las fortalezas comunes identificadas en la literatura incluían estrategias de afrontamiento, competencia personal y social, participación prosocial y una fuerte identidad cultural (Brownlee et al., 2013). Algunas investigaciones se han centrado en el modelo VIA-IS (por sus siglas en inglés “*Values in Action-Inventary Strengths*” (Peterson y Seligman, 2004) en el cual se identificaron las fortalezas que las grandes religiones y tradiciones de vida coincidían en destacar (Castro Solano, 2009), conformándose un modelo en el que se especifican 24 fortalezas del carácter clasificadas en seis subgrupos denominados virtudes. Los hallazgos sostienen que aquellos que presentan las fortalezas del carácter esperanza, gratitud, amor y entusiasmo tienden a reportar una mayor satisfacción con la vida (Ruch et al., 2014). El humor es una de las fortalezas más reportadas en la población infantojuvenil, dando cuenta que aquellos que poseen un buen sentido del humor tienden a ser más asertivos y competentes en contextos sociales y académicos (Erickson y Feldstein, 2007; Park y Peterson, 2003). Otra investigación centrada en la visión de los padres, señala que mencionaron como fortalezas de sus hijos de tres a nueve años el amor, la amabilidad, la creatividad y el humor (en ese orden de frecuencia) (Park y Peterson, 2006). Los autores señalaron que las fortalezas del carácter amor, entusiasmo y esperanza, se asociaron con mayor felicidad, y la gratitud se asoció con la felicidad entre los niños y niñas mayores (Park y Peterson, 2006).

Los estudios sugieren que en la niñez y la adolescencia se pueden aprender habilidades sociales como la cooperación, la negociación y la resolución de conflictos a través de la interacción con sus pares y el entrenamiento (Hai y Climie, 2022; Rubin et al., 2007). Las habilidades sociales tales como ser comunicativo, inspirar confianza o sentir empatía son

factores de protección y pueden ser considerados resortes de resiliencia, ya que facilitan el proceso de pedir ayuda en situaciones de crisis (Masten, 1994). Además, estas habilidades sociales son fundamentales para un funcionamiento social eficaz a lo largo de la vida para personas con y sin diagnóstico de TDAH (Hoza, 2007), lo que aumenta la competencia académica y su autoconcepto (Elias y Haynes, 2008), conduce a mejores resultados a largo plazo y, a menudo, en que se los considera más resilientes que sus compañeros menos competentes incluso hasta diez años después de ser entrenados en estas habilidades (Gest et al., 2006).

En el contexto local, un estudio señala que adolescentes argentinos de la provincia de Tucumán que más frecuentemente percibían relaciones positivas se describieron con habilidades de consideración y espíritu de servicio a los demás (Lacunza y Contini, 2016). Otra investigación con adolescentes deportistas de alto rendimiento reportó niveles altos de gratitud, amor al aprendizaje y conocimiento, trabajo en equipo, solidaridad y optimismo (Raimundi et al., 2018).

2.2 Habilidades positivas y fortalezas en el TDAH

La escasez de investigaciones que examinen las fortalezas en personas con TDAH es aún más notoria (Chan et al., 2021; Hai y Climie, 2022; Sedgwick, et al., 2019). Los pocos estudios existentes señalan diversas fortalezas y áreas de competencia (Charabim et al., 2023; Climie y Henley, 2016). En adultos, se han señalado niveles altos de creatividad y pensamiento divergente, entendidos como la capacidad de generar ideas novedosas, originales o ingeniosas (Mahdi et al., 2017; Sedgwick et al., 2019; White y Shah, 2006; 2011). Otros estudios señalan la capacidad de hiperconcentración/hiperfoco (Kolberg y Nadeau, 2016; Mahdi et al., 2017; Sedgwick et al., 2019), una experiencia transitoria de mayor concentración atencional y menor conciencia del tiempo y el entorno (Groen et al., 2020). Algunos autores señalan que la conciencia de hiperfoco es similar a los procesos de “flow” que la Psicología Positiva describe e investiga (Sedgwick et al., 2019). El “flow” o fluidez se define como una intensa concentración y atención energizada, producto de una absorción completa en una actividad que produce sentimientos intensos de disfrute (Csikszentmihályi y Csikszentmihályi, 1988). Otros trabajos en esta población señalan niveles de energía, dinamismo y vitalidad más elevados que lo esperado para personas de la misma edad (Mahdi et al., 2017; Redshaw y McCormack, 2022; Sedgwick et al., 2019). Además, en la vida adulta las personas con TDAH pueden mostrar niveles elevados de autoaceptación, describiéndose como una motivación intrínseca que les permite mantener un sentido positivo de sí mismos a pesar de su condición, permitiendo ser abiertos al compartirla (Sedgwick et al., 2019; Shaw, 2021; Vo, 2023). Finalmente algunos autores señalan la amabilidad, la empatía y la disposición a ayudar a los demás como algunas características que pueden encontrarse frecuentemente (Mahdi et al., 2017).

En población infantojuvenil, la escasez de estudios es aún más notoria, aunque se observa un creciente auge (Climie et al., 2013; 2017; Hai y Climie, 2022; Mastoras et al., 2015; Modesto-Lowe et al., 2011). Se ha encontrado que los niños, niñas y adolescentes con TDAH demuestran fortalezas en habilidades verbales, pensamiento lógico y razonamiento (Ek et al., 2007) como también en inteligencia emocional mostrando capacidad para reconocer emociones, pero con dificultades para regularlas (Climie et al., 2013; 2019). Un estudio señala habilidades para resolver problemas de manera creativa generando soluciones innovadoras (Antshel et al., 2016), otros estudios evidenciaron que alrededor del 20% de los adolescentes con TDAH tienen un buen desempeño en los dominios social, emocional y educativo (Biederman et al., 1998) o muestran un buen

aprendizaje de las habilidades sociales luego de su entrenamiento (Hai y Climie, 2022; Sadler et al., 2011).

Asimismo, se ha propuesto que algunas características propias de la población infantojuvenil con TDAH en el contexto adecuado pueden ser adaptativas en lugar de perjudiciales (Hartmann 1996, 2003; Jensen et al., 1997; Paneiva Pompa et al., 2022; 2023; Rubiales et al., 2019a, 2019b; Sedgwick, et al., 2019; Sherman et al., 2006).

En relación a las dificultades para inhibir procesos atencionales, la literatura señala diversas habilidades que pueden volverse fortalezas. Tal es el caso de la capacidad de hiperfoco o hiperconcentración en las áreas de interés (Lesch, 2018; Sedgwick et al., 2019), o la atención incidental, es decir la capacidad de ver cosas que otros no ven, al prestar atención a detalles no habituales debido a su mente en rápido movimiento (Rubiales et al., 2019a). Asimismo, que las personas con TDAH tengan una red de asociaciones más flexible (White y Shah, 2016), puede ocasionar la activación de estímulos de la memoria relacionados lejanamente generando asociaciones inusuales y la posibilidad del desarrollo del pensamiento divergente (Taylor et al., 2020). En esta misma línea, diversos estudios han evidenciado una mayor capacidad creativa (Boot et al., 2017; Fugate et al., 2013; Lüdeke et al., 2019; Ten et al., 2020). Por lo tanto, se puede afirmar que tienen la potencialidad de imaginar y ver las cosas desde diferentes perspectivas aportando soluciones originales, estableciendo conexiones entre temas de forma novedosa, y así brindar respuestas diferentes y creativas, con un estilo intuitivo de abordar los problemas (Rubiales et al., 2019a). Otros estudios han señalado que las dificultades atencionales generan una tendencia “poliactiva” o “multitasking” que les permite hacer múltiples tareas a la vez (con niveles de atención deficitarios, y por lo tanto propensos a errores), como a ser excelentes generadores de ideas en las “tormentas de ideas” (Sherman et al., 2006).

En relación a la hiperactividad, suelen tener una gran energía mental y física que es conceptualizada como vitalidad (Rubiales et al., 2019a) entendida esta como una habilidad para acercarse a la vida con excitación y energía (Grinhauz y Castro Solano, 2012), lo que puede ofrecerles mayor ventaja para sobresalir en un deporte o actividad física, llevar a cabo varias actividades en un mismo día, y tener un resto de energía cuando los demás están cansados (Rubiales et al., 2019a). Esta característica, por lo tanto puede ser una ventaja en el aula si es conducida con estrategias adecuadas por los docentes, para que sus estudiantes logren canalizar su energía para realizar varias tareas de forma secuencial (y no en paralelo), con gran energía y entusiasmo (Sherman et al., 2006). Del mismo modo, se señala que la gran energía motriz, no necesariamente implica mayor aptitud física o deportiva, pero puede resultar un área de fortaleza si en conducida con el hábito de la partica deportiva (Verret et al., 2010). Otra investigación reporta niveles de autoconcepto elevados al percibir que sus síntomas ligados a la hiperactividad les brindaban una alta capacidad de actividad física y mental que les permitía tener y manejar adecuadamente pensamientos simultáneos, por ende hacer diversas actividades al mismo tiempo y finalizar actividades académicas mucho más rápido que sus compañeros del colegio (Jones y Hesse, 2014).

En el caso de las potencialidades vinculadas a la impulsividad y la toma de decisiones riesgosas (Paneiva Pompa et al., 2023; Rubiales et al., 2017, 2019b), algunos trabajos señalan que en el contexto adecuado estos síntomas pueden describirse como espíritu aventurero, valentía o capacidad de espontaneidad para lograr sus objetivos al mismo tiempo que experimentan emociones fuertes (Eccleston et al., 2019; Von Culin et al., 2014; Sedgwick et al., 2019), así también como capacidad para empezar conversaciones

espontáneas con mayor facilidad (Sedgwick et al., 2019) o ser más sinceros (Rubiales et al., 2019a). Además en la vida adulta puede desembocar en mayor capacidad de emprendedurismo, productividad y toma de riesgo en los negocios (Wiklund et al., 2016).

Finalmente es interesante señalar que aquellos que se perciben a sí mismos con más fortalezas puedan demostrar mayor resiliencia, al considerarla promotoras de esta habilidad positiva (Charabin et al., 2023; Lesch, 2018) y un factor de protección y promotor de satisfacción vital y calidad de vida (Charabin et al., 2023; Schei et al., 2018).

Resiliencia

Los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH se enfrentan a una variedad de factores estresantes a lo largo de sus vidas. En concreto, estudios previos han demostrado que suelen tener importantes desafíos sociales, que a menudo pueden conducir a resultados adversos, como el rechazo de sus compañeros, el acoso escolar, el aislamiento social e incluso síntomas de depresión y ansiedad (Chan et al., 2021; Hai y Climie, 2022; Hoza, 2007). Sin embargo, no todos reaccionan de la misma manera, lo que indica que ciertas características permiten que algunas personas sean más vulnerables que otras, dando paso al estudio de la resiliencia (Hai y Climie, 2022; Lee et al., 2016).

La resiliencia es un área de especial interés en la intersección entre la Psicología Positiva y la población con TDAH. Se define como la adaptación positiva frente a la adversidad (Masten y Obradović, 2006) o la capacidad de superar las luchas personales y resistir obstáculos (Alvord y Grados, 2005). Más específicamente, la resiliencia se origina cuando un individuo logra un resultado positivo o evita un resultado negativo a pesar de las circunstancias adversas o desafiantes que lo ponen en riesgo (Zolkoski y Bullock, 2012). Por lo tanto, es importante destacar que la resiliencia requiere tanto una experiencia de riesgo o vulnerabilidad a resultados negativos (por ejemplo, presentar diagnóstico TDAH) como un patrón de adaptación positiva en el contexto de esa adversidad (Chan et al., 2021; Lerner et al., 2009; Masten y Obradovic, 2006).

A pesar de la creciente cantidad de estudios que evidencian vínculos importantes entre la resiliencia y los resultados positivos a lo largo de la vida (Chan et al., 2021; Masten, 2014); y el aumento de la literatura científica que busca transferir estos conocimientos en población infantojuvenil con trastornos clínicos (Evans et al, 2018), existe escasez de investigaciones que examinen la resiliencia en el TDAH (Chan et al., 2021; Dvorsky y Langberg, 2016).

Durante los últimos años se han logrado progresos significativos en la búsqueda de promover la resiliencia en niños, niñas y adolescente con TDAH (Chan et al., 2021; Charabin et al., 2023; Hai y Climie, 2022; Masten y Barnes, 2018; Mikami y Hinshaw 2003; 2006; Pérez Quinteros, 2018).

Estudios realizados en poblaciones con y sin diagnóstico de TDAH hallaron niveles similares de resiliencia en ambos grupos (Bruwer et al., 2008; Chan et al., 2021; Charabin et al., 2023), indicando que aproximadamente entre el 50 y el 60% de los chicos y chicas con diagnóstico de TDAH son percibidos como resilientes por sus padres y docentes (Chan et al., 2021); mientras que otro estudio señala que adolescentes con diagnóstico de TDAH presentan menores niveles de resiliencia que sus pares sin diagnóstico (Rates Regalla et al., 2019). A su vez, investigaciones en esta población señalan que aquellos que desarrollan habilidades de autorregulación a una edad más temprana están mejor equipados para adaptarse a los desafíos y tienen un mejor ajuste general y mayor resiliencia (Charabin et al., 2023; Masten y Barnes, 2018). Otros estudios señalan que los niños, niñas y adolescentes con TDAH con habilidades sociales más altas muestran

mejores niveles de resiliencia que sus pares con niveles bajos en habilidades sociales (Hai y Climie, 2022).

Asimismo, Chan y colaboradores (2021) señalan que aquellos que son percibidos como resilientes por sus padres tienen menos probabilidades de tomar medicamentos psicoestimulantes que aquellos con baja resiliencia (15,8% frente a 47,1%), mientras que el estado de la medicación no varía con la resiliencia percibida por los docentes. A su vez, la investigación señala que encontraron correlaciones aquellos percibidos por sus maestros como resilientes y niveles CI más altos, mayor ansiedad coexistente (29.7 % frente a 9.1 %) y menor presencia de TOD comórbido (21.9 % frente a 40.9 %) y Discalculia (27.3 % frente a 10.9 %).

Si bien la literatura sobre los activos individuales y la resiliencia en el TDAH es limitada, es importante identificar cuáles son los factores de protección que mostraron evidencias al influir positivamente en la promoción y desarrollo de la resiliencia en esta población (Chan et al., 2021; 2023; Dvorsky y Langberg, 2016). La regulación emocional, el optimismo, la esperanza y niveles positivos de autoconcepto han mostrado evidencia como factores protectores y promotores de resiliencia y habilidades de afrontamiento (Chan et al., 2023; Charabin et al., 2023; Masten y Barnes, 2018; Zolkoski y Bullock, 2012). A su vez se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la capacidad de resiliencia general y las fortalezas interpersonales, la participación familiar, el funcionamiento intrapersonal, el funcionamiento escolar y la fortaleza afectiva (Charabin et al., 2023). Específicamente en el ámbito escolar, un estudio señala que el CI actúa como factor protector y promotor de la resiliencia; mientras que la preexistencia de sintomatología ansiosa funcionaría como un factor de riesgo (Chan et al., 2021). Otro estudio señala que aquellos que son percibidos como más resilientes por sus docentes tienden a ser más aceptados por sus pares, exhiben más competencia académica, suelen ser varones, poseen mejores habilidades de memoria de trabajo, no tienen un diagnóstico comórbido de TOD o TEA y tienen mejores habilidades sociales (Chan et al., 2023). Otro estudio señala que los niños, niñas y adolescentes con TDAH que son percibidos como más resilientes por sus docentes también tienden a estar menos regulados emocionalmente, tienen menos participación de los padres y tienen una menor autoestima. A su vez, una investigación evidenció una correlación positiva entre estudiantes con TDAH y dificultades en el aprendizaje y las valoraciones de satisfacción con la vida, fundamental en la construcción de la resiliencia (Miranda-Casas et al., 2011).

En relación al modo de promover la resiliencia, diversas investigaciones señalan que se trata de fortalecer habilidades y capacidades individuales en relación a las variables sociales y ambientales que mitiguen los efectos de la adversidad o las situaciones de riesgo a los cuales se ven enfrentados (en parte por su condición de neurodesarrollo), permitiendo alcanzar una mayor satisfacción con la vida y por ende mayor bienestar psicológico (Pérez Quinteros, 2018). En población general, Barudy y Dantagnan (2011) proponen cinco áreas de trabajo: la identificación, comprensión y expresión de emociones; la identidad, entendida como el reconocimiento de sí mismo como único y diferente a los demás; la autoestima (definida como la representación de sí como querible); el desarrollo de destrezas comunicativas para expresarse y expresar el propio mundo y; el trabajo en equipo para resolver problemas enfocados en el diálogo, en los acuerdos y en la meta. Estas áreas de trabajo han sido puestas en consideración para la promoción de la resiliencia en esta población obteniéndose buenos resultados (Pérez Quinteros, 2018).

CAPÍTULO 3: AUTOCONCEPTO, COMPETENCIA SOCIAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN POBLACIÓN CON TDAH

3.1 Autoconcepto en niños, niñas y adolescentes con TDAH

El autoconcepto es definido como el conjunto de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo (Bakker y Rubiales, 2012; Cazalla y Molero, 2013). El mismo es el resultado del interjuego de dos dimensiones: cognitiva y evaluativa. El componente cognitivo hace referencia a la autopercepción de habilidades y rasgos que el individuo posee. Es la capacidad de evaluar la propia competencia en varios dominios; como el académico, social, emocional, familiar y físico (Hai y Climie, 2022). El mismo es el resultado de la evaluación subjetiva de las competencias personales en relación a las experiencias de vida previas e interacciones con otros (Bracken, 1996; Hai y Climie, 2022). Por otro lado, el componente evaluativo, también conocido como autoestima, refiere al conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo (Bakker y Rubiales, 2012; Musitu et al., 1988; 2001). En la actualidad, esta visión multidimensional del autoconcepto ha recibido gran aceptación, y se sostiene que el autoconcepto está formado por múltiples dimensiones organizadas jerárquicamente en donde una parte de la estructura está dominada por el autoconcepto general (Cazalla y Molero, 2013; Musitu et al., 2001).

Es importante señalar que, en edades tempranas, la formación del autoconcepto se ve influenciada por la percepción que las personas significativas (padres, docentes y pares) tienen sobre el infante, así como el carácter dinámico y cambiante del mismo, puesto que no es algo estático, sino que es plausible de modificarse con la experiencia (Ruiz-Gálvez, 2015).

La literatura señala al bajo autoconcepto o autoestima como una característica de las personas con diagnóstico de TDAH (Barkley, 2006), debido a que experimentan continuas experiencias de fracaso que los llevan a pensar “que no hacen nada bien y que por ello no agradan a los demás” (López y Romero, 2013). Sin embargo, los estudios en población infantojuvenil con diagnóstico de TDAH no son concluyentes. Algunas investigaciones señalan que sobreestiman sus competencias reales (en comparación con la percepción de otros informantes claves como padres o docentes) y, por lo tanto, se muestran con una autoestima sobrevalorada, denominando este comportamiento como sesgo ilusorio positivo (Hai y Climie, 2022; Hoza et al., 2002; López y Romero, 2013; Molina y Maglio, 2013; Owens et al., 2007). Se brindan cuatro hipótesis explicativas de este fenómeno: la inmadurez cognitiva y comportamental, la teoría de ignorancia de la incompetencia evaluada, la disfunción ejecutiva, y finalmente, que sea un modo de autoprotección ante las numerosas experiencias de fracaso a las que se ven sometidos (Molina, 2013; Owen et al., 2007). Mientras que otros trabajos caracterizan el autoconcepto general en esta población como medio (Bakker y Rubiales, 2012; Nieto Granada y Escárraga Blandón, 2021) o pobre (Sawyer et al., 2002; Treuting y Hinshaw, 2001), mientras que en adultos lo describieron como bajo (Dan y Raz, 2015; Newark et al., 2016; Shaw-Zirt et al., 2005).

En comparación con la población sin diagnóstico de TDAH los resultados son diversos. Algunas investigaciones señalan que el autoconcepto general de aquellos que presentan esta condición es menor (Barber et al., 2005; Dumas y Pelletier, 1999; Evangelista et al., 2008; García y Hernández, 2010; Garza-Morales et al., 2007; Molina y Maglio, 2013; Sievwright, 2006; Slomkowskiet al., 1995; Swanson et al., 2012); mientras que otras reportan que no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre grupos

(Bakker y Rubiales, 2012; Bussing et al., 2000; Capelatto et al, 2014; Emeh y Hoza et al., 1993; 2002; 2004; Mikami, 2012; Ruiz-Gálvez, 2015; Sievwright, 2006; Whitley et al., 2008). Una revisión sistemática en la temática destaca el deterioro de la autoestima en todas sus dimensiones, denotando una gran afectación en el funcionamiento general y el desarrollo íntegro de los chicos y chicas diagnosticados con el trastorno (Nieto Granada y Escárraga Blandón, 2021). Una posible explicación para estas diferencias refiere a la influencia que podrían tener las distintas formas de presentación diagnóstica sobre el autoconcepto y la poca homogeneidad en las muestras estudiadas, que a su vez suelen ser pequeñas por la dificultad de acceso a la población clínica (Molina y Maglio, 2013). Algunos trabajos muestran que las personas con diagnóstico de TDAH de presentación inatenta, tienen autopercepciones más negativas que aquellos con presentación hiperactiva/impulsiva o combinada (Owens y Hoza, 2003) y mientras que aquellos con presentación combinada tienden a sobrevalorar su competencia escolar en mayor medida que los inatentos, quienes tendían a subestimar su capacidad (Owens y Hoza, 2003). Otros estudios señalan que no se han encontrados diferencias según las distintas presentaciones (Ruiz-Gálvez, 2015).

Respecto a las diferentes dimensiones del autoconcepto, en una investigación en el contexto local, Bakker y Rubiales (2012) señalan que los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH mostraron un autoconcepto alto en las dimensiones social, familiar y física, y medio en las dimensiones emocional y académico; con diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones emocional y familiar en favor de la población sin diagnóstico. Otras investigaciones también encontraron niveles inferiores de autoconcepto en las dimensiones familiar, moral y ético (Siewwright, 2006); académico/escolar (Charabin et al., 2023) y familiar y escolar (Garza-morales et al., 2007); mientras que otra investigación señala que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el grupo control (Ruiz-Gálvez, 2015). Una revisión en la temática señala que las dimensiones académica y social son aquellas más ampliamente estudiadas, y junto al autoconcepto emocional se reportan puntuaciones bajas (Nieto Granada y Escárraga Blandón, 2021).

En relación a las intervenciones para mejorar la autoestima en entornos escolares Gómez (2014) en una intervención psicosocial denominada IMAGINA centrada en el desarrollo de la inteligencia emocional no obtuvo cambios positivos al finalizar el tratamiento. De igual forma, Sánchez Herraiz (2021) también desarrollo una propuesta de intervención en inteligencia emocional sin hallar resultados estadísticamente significativos. González Alonso (2018) desarrollo una intervención para mejorar la autoestima en estudiantes con TDAH a partir de la lectura de cuentos y tampoco obtuvo resultados positivos en la mejora de la autoestima. Por otro lado, Frame et al. (2003) probaron la eficacia de la participación en un grupo de apoyo escolar dirigido por enfermeras para preadolescentes diagnosticados con TDAH, encontrando mejoras postratamiento. De igual manera, Sanchez et al. (2015), encontraron mejoras significativas en la imagen corporal o autoconcepto físico en escolares con TDAH tras un programa de intervención no farmacológico orientado a la actividad física.

En los últimos años, las investigaciones han evidenciado una fuerte implicación de las autopercepciones en el desarrollo, ajuste psicosocial, bienestar y calidad de vida (Hai y Climie, 2022; McQuade et al., 2011; Mikami y Hinshaw, 2006). Por ejemplo, se ha encontrado una relación positiva y significativa entre el autoconcepto tanto en la escuela como en el hogar y la calidad de vida y sus subescalas (Dolgun et al., 2013). También que una autopercepción positiva del funcionamiento familiar y la crianza se asoció a

menores riesgos, mejores resultados en las intervenciones en esta población y una mayor resiliencia (Charabin et al., 2023; Dvorsky y Langberg, 2016; Masten y Barnes, 2018; Zolkoski y Bullock, 2012). También una estimación positiva de las competencias académicas en la infancia predice un menor nivel de problemas internalizantes y externalizantes, menores tasas de abuso de sustancias y mejores resultados terapéuticos (Mikami y Hinshaw, 2006), así como están relacionadas con un mejor desempeño académico (Charabin et al., 2023; Stringer y Heath, 2008). Otras investigaciones señalan que las puntuaciones más bajas de autoconcepto conducen a problemas internalizantes más significativos (Houck et al., 2011). Además, se ha identificado el autoconcepto como un activo relacionado con la resiliencia, ya que un autoconcepto positivo se asoció con un mejor desempeño académico, mejores habilidades de afrontamiento y relaciones sociales positivas (Dvorsky et al., 2016; Hai y Climie, 2022; Houck, 1999; Houck et al., 2011; Ray et al., 2017). De esta manera, se ha señalado que la intervención temprana para abordar tanto los síntomas del TDAH como el desarrollo de un autoconcepto positivo ligado a la identificación de fortalezas personales, resulta de vital importancia en las intervenciones destinadas a esta población (Bakker y Rubiales, 2012; Paneiva Pompa et al., 2022; 2024a; 2024b), optimizando sus resultados (Houck et al., 2011).

3.2 Competencia social en niños, niñas y adolescentes con TDAH

Las dificultades en la competencia social en niños, niñas y adolescentes con TDAH son otro aspecto relevante dentro de la heterogeneidad de este diagnóstico (Cabello-Sanz et al., 2024). Si bien la investigación sobre el trastorno se ha centrado principalmente sobre los síntomas primarios, y en especial a los aspectos cognitivos de los mismos (Artigas-Pallarés, 2009, Henríquez-Henríquez et al., 2010; Rojo Amato et al., 2016; Russo et al., 2015), con los avances en neurociencia y técnicas de neuroimagen el deterioro de estos aspectos claves del desarrollo está cobrando especial relevancia (Cabello-Sanz et al., 2024).

Las investigaciones actuales en la neurociencia del TDAH apoyan la existencia de déficits a nivel neuropsicológico que resultan en las dificultades en la competencia social, y en un sentido más amplio socioemocional (Alpízar-Velázquez, 2019; Cabello-Sanz et al., 2024; Russo, 2024). Estudios señalan que las personas con TDAH muestran compromiso para reconocer y comprender emociones, por ejemplo, a partir de la expresión facial, la prosodia o la información contextual (Albert et al., 2008; Rapport et al., 2002). Estas dificultades podrían estar asociadas con una disfunción de la amígdala y en las vías dopaminérgicas que tienen contacto con ella (Gaxiola Gaxiola, 2015; Williams et al., 2008). Otros hallazgos señalan que las personas con TDAH tienen dificultades para regular sus emociones, especialmente cuando éstas tienen una connotación negativa posiblemente debido una baja activación de la corteza prefrontal ventrolateral (Albert et al., 2008; Christiansen et al., 2019; Gaxiola Gaxiola, 2015; Groves et al., 2020; Groves et al. 2021) y a alteraciones anatómicas y funcionales en la corteza cingulada anterior (Alpízar-Velázquez, 2019; Perlov et al., 2008; Gaxiola Gaxiola, 2015; Groves et al., 2020; Groves et al. 2021 ; Russo, 2024).

Las competencias socioemocionales han sido definidas como los conocimientos, las habilidades y la motivación para tomar control en las situaciones sociales y emocionales (Lozano-Peña et al., 2022). Específicamente, la competencia emocional hace referencia a una variedad de procesos que se consideran necesarios para comprender, expresar y regular de manera adecuada las emociones (Bisquerra y Pérez, 2007). Existen diferentes modelos teóricos que abordan este constructo; todos refieren a diferentes

subcompetencias o habilidades específicas entre las que podemos nombrar: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía, autocontrol, conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, habilidades para la vida y el bienestar e incluso la competencia social (Bisquerra y Pérez, 2007; Cabello-Sanz et al., 2024; Salovey y Sluyter, 1997). La competencia social se define como una medida sumativa del rendimiento en las interacciones sociales, valorada por agentes sociales significativos, como padres, madres y docentes, incluyendo además las medias subjetivas (Gresham, 1986). La misma incluye a las habilidades sociales que son repertorios de comportamientos que se presentan en la vida cotidiana y que contribuyen al logro de buenos resultados en las relaciones interpersonales (Camacho-Gómez y Camacho-Calvo, 2005). Por lo tanto, resulta fundamental para un desarrollo adecuado de la competencia social tener un buen dominio de las habilidades sociales y una comunicación y actitud prosocial positiva (Lozano-Peña et al., 2022).

Las investigaciones señalan que los niños, niñas y adolescentes con TDAH tienen un riesgo significativo de presentar dificultades en su socialización dado que aproximadamente entre el 50% y el 75% muestran problemas relacionados en sus vínculos (Schafer y Semrud-Clikeman, 2008), pudiendo desencadenar graves consecuencias sobre su bienestar psicológico, académico y social (Hernández-Martínez et al., 2017; Vidal Estrada et al., 2014). Aunque conocen las competencias y normas sociales no las ejercen de manera adecuada, es decir muestran dificultades para aplicar el comportamiento prosocial de manera efectiva (Gómez, 2014). En función de las presentaciones, los casos de TDAH-inatento suelen presentar mayor capacidad de empatía y respeto hacia los demás, niveles más elevados de ansiedad en situaciones sociales y un considerable nivel de retraimiento social, en comparación con los casos de TDAH-combinado; quienes evidencian un perfil de socialización más desajustado, elevado negativismo y escasa consideración con los demás (Muñoz y García, 2008). En comparación con niños, niñas y adolescente neurotípicos, aquellos con TDAH se muestran menos asertivos, es decir, presentan mayores conductas agresivas, de burla o abuso de los demás (Russo et al., 2015) y obtienen menores puntuaciones en la evaluación de las habilidades sociales en dimensiones como consideración de los demás, autocontrol social, retraimiento social, liderazgo y sinceridad (Muñoz y García, 2008; Pardos et al., 2009). De esta forma, el sentimiento de rechazo por parte de sus pares, la falta de adaptación al contexto escolar reflejada en los conflictos continuos y las experiencias de fracaso constantes, unidas a las reacciones habituales de los docentes en forma de críticas, pueden conducirlos a un pobre autoconcepto, afectando la autoestima y la competencia social (Gratch, 2009). Como resultado de estas dificultades en la competencia social, ven afectado su bienestar psicológico, social y emocional (Aduen et al., 2018; Becker et al., 2019; Cabello-Sanz et al., 2024; Fox et al., 2020). En relación a las habilidades sociales, las investigaciones muestran que los niños, niñas y adolescentes con TDAH presentan dificultades en habilidades como la asertividad, la cooperación y el autocontrol, y muestran compromiso no solo para percibir y comprender las relaciones lógicas y causales que implica la cognición social, sino también para prevenir y elegir el comportamiento más adecuado en situaciones sociales (Díez et al., 2009; Russo et al., 2015). En contraste con el elevado grado de rechazo social, muestran un sesgo ilusorio positivo en cuanto a su aceptación o rechazo social, sobrestimando sus competencias (Barber et al., 2005; García-Castellar et al., 2006; Hoza et al., 2004; Lora-Muñoz y Moreno- García, 2008; Russo et al., 2015).

No solo el contexto escolar es foco de dificultades producto del déficit en competencias socioemocionales. El núcleo familiar también suele mostrar niveles de insatisfacción y bajo bienestar psicológico, producto de la desestabilización de la cohesión familiar como consecuencia de los comportamientos poco adecuados, y padres y madres pueden mostrar elevados niveles de insatisfacción parental y un elevado nivel de estrés (Cabello-Sanz et al., 2024; Martín et al., 2019).

Estas dificultades en las competencias socioemocionales avalan la necesidad de trabajar en intervenciones que busquen mejorarlas, y como consecuencia aumentar su grado de felicidad, bienestar y adaptación al contexto escolar y familiar (Blewitt et al., 2018; Cabello-Sanz et al., 2024; Durlak et al., 2011; Fernández-Berrocal et al., 2017; Filella-Guiu et al., 2014). En la vereda opuesta, el desarrollo de competencias socioemocionales actúa como factor protector, favoreciendo la adaptación al contexto, el afrontamiento al estrés y a cualquier circunstancia adversa en el ámbito educativo (Mikulic et al., 2015). Así, las competencias socioemocionales promueven un clima áulico positivo y favorecen mejores resultados académicos, sociales y emocionales de los estudiantes (Arens y Morin, 2016; Domitrovich et al., 2017; Jennings et al., 2017).

3.3 Bienestar psicológico en población con TDAH

La Organización Mundial de la Salud (1946) definió a mediados del siglo pasado a la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades", denotando la importancia del estudio y la profundización del bienestar psicológico como parte de la salud integral. Con el auge de la psicología positiva se comenzó a profundizar su estudio, con la sistematización de investigaciones sobre la felicidad, la satisfacción vital y el mismo bienestar psicológico (Castro Solano, 2009). De esta manera, el constructo bienestar psicológico ha ido adquiriendo un carácter complejo y multifacético del que existe una gran proliferación de definiciones, entre las cuales se evidencian divergencias en lo que refiere a su alcance y a los componentes que enfatizan (Paneiva Pompa, 2015; Ryan y Deci, 2001; Waterman, 1993).

Diener (1984) propuso tres principios para el estudio del bienestar psicológico: a) Considerar que se basa en la propia experiencia del individuo, en sus percepciones y evaluaciones sobre esta experiencia; b) la inclusión en su estudio de medidas positivas y no sólo la ausencia de aspectos negativos; c) la incorporación de algún tipo de evaluación global sobre toda la vida de la persona, denominada satisfacción vital. En este sentido, investigadores expertos en bienestar psicológico proponen el uso de indicadores positivos de funcionamiento en los estudios como la calidad de vida, que incide no sólo en aspectos cuantificables (acceso a recursos médicos, oportunidades de ocio, entre otros), sino también en valoraciones internas como los juicios de satisfacción con la vida (Miranda Casas et al., 2011). El concepto de satisfacción con la vida es una medida del bienestar psicológico que refiere al proceso evaluativo cognitivo global que hace la persona de su calidad de vida de acuerdo con sus propios estándares (Miranda Casas et al., 2011). La calidad de vida consiste en la percepción subjetiva del estado de salud, incluyendo la enfermedad y el tratamiento, sobre el funcionamiento físico, psicológico y social (Leidy et al., 1999). En suma, podemos definir al bienestar psicológico como la dimensión subjetiva de la calidad de vida, la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación a un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor importancia para cada persona (García Viniegras, 2015).

Existe una extensa literatura que relaciona el bienestar, la satisfacción personal y la calidad de vida con una gran cantidad de variables y áreas de la vida: el autoestima, la autoeficacia y el autoconcepto (Ortiz Arriagada y Castro Salas, 2009), el desarrollo económico, el nivel y el estilo de vida (García Viniegras y González Benítez, 2000), las estrategias de afrontamiento (Figuroa et al., 2005; Salotti, 2006), patrones de personalidad y síndromes clínicos (Casullo y Castro Solano, 2002) y el adecuado funcionamiento y regulación de las emociones (Austin et al., 2005; Chamorro-Premuzic et al., 2007; Extremera et al., 2009; Palomera y Brackett, 2006; Ruiz-Aranda et al., 2006; Schutte et al., 2002; Zeidner et al., 2012).

En lo que refiere a población con TDAH, la literatura sostiene que pueden experimentar un deterioro funcional como consecuencia de sus síntomas ocasionando un impacto negativo en su bienestar psicológico (Hernández Martínez et al., 2017). Por caso, los niños, niñas y adolescentes con TDAH obtienen puntajes más bajos en calidad de vida que sus pares sin diagnóstico (Bai et al., 2017; Danckaerts et al., 2010; Galloway y Newman, 2017; Hernández Martínez et al., 2017; Lee et al., 2016; López-Villalobos et al., 2018; Miranda Casas et al., 2011; Rajmil et al., 2009), especialmente en las dimensiones referidas a su salud física y al hogar denotando niveles inferiores de bienestar psicológico (Galloway y Newman, 2017; Nieto Granada y Escárraga Blandón, 2021). A su vez, sobrevaloran su calidad de vida brindando puntuaciones más positivas que las de sus padres (Danckaerts et al., 2010; Galloway y Newman, 2017; López-Villalobos et al., 2021; Miranda Casas et al., 2011), debido en parte al sesgo de ilusión positiva (Miranda Casas et al., 2011). Por lo que siempre que sea posible se sugiere obtener información tanto de los padres como de sus hijos para conseguir una visión más ajustada a la realidad (Danckaerts et al., 2010; Miranda Casas et al., 2011). Otros estudios señalan que existiría una correlación negativa entre la calidad de vida y la puntuación de sintomatología de hiperactividad, impulsividad e inatención obtenida en los cuestionarios administrados a los padres y docentes (Danckaerts et al., 2010; López-Villalobos et al., 2018; Miranda Casas et al., 2011). La sintomatología influye negativamente en la calidad de vida y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes con TDAH, especialmente en los aspectos psicosociales y/o escolares (Lee et al., 2016) y familiares/hogar (Danckaerts et al., 2010; Nieto Granada y Escárraga Blandón, 2021). En este sentido, el estudio de Schei y colaboradores (2016) analizó diversos factores protectores que puedan influenciar positivamente en la calidad de vida de adolescentes con diagnóstico de TDAH; evidenciando que las competencias individuales, que incluyen el estilo estructurado, la competencia social y la competencia personal, son los mediadores más fuertes de la relación entre los problemas emocionales y la calidad de vida entre los adolescentes con TDAH. Estos resultados sugieren que los y las adolescentes con TDAH con un estilo de vida estructurado, buena competencia social y competencia personal están más protegidos de los problemas emocionales coexistentes, y que estos factores están asociados con una mejor calidad de vida.

Por otro lado, los niños, niñas y adolescentes con TDAH con un trastorno comórbido (especialmente TOD y problemas de conducta) presentan peor calidad de vida que aquellos sin comorbilidad (Danckaerts et al., 2010). En relación a esto último, los autores refieren que los resultados sobre comorbilidad con dificultades del aprendizaje se muestran contradictorios (Danckaerts et al., 2010). Es interesante señalar que el TDAH tiene un impacto similar en la calidad de vida que enfermedades físicas como el cáncer, asma o parálisis cerebral; sin embargo, en el TDAH tiene un mayor impacto la dimensión



psicosocial y menor en la dimensión física que en las enfermedades físicas crónicas (Miranda Casas et al., 2011).

Respecto a la influencia e impacto de las intervenciones y tratamientos sobre la calidad de vida, una investigación comparó la calidad de vida en niños, niñas y adolescentes con TDAH bajo tratamiento farmacológico (metilfenidato), sin este tratamiento y sus pares sin TDAH, encontrando niveles más bajos de calidad de vida en ambos grupos con TDAH; a excepción de las dimensiones ambiente escolar y el bienestar psicológico, donde aquellos con TDAH bajo tratamiento presentaban niveles similares al grupo control (López-Villalobos et al., 2018).

CAPÍTULO 4: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR PARA LA POBLACIÓN CON TDAH

Un programa de intervención escolar es un conjunto de acciones sistemáticas, planificadas, basadas en necesidades identificadas y orientada a metas, con una teoría que lo sustente que se desarrolla en el ámbito escolar (Rodríguez et al., 1993 citado en Paneiva Pompa et al., 2021).

Las investigaciones sobre intervenciones en el ámbito escolar para niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH son limitadas en cantidad, pero proporcionan un panorama interesante sobre los efectos beneficiosos de una variedad de intervenciones no farmacológicas que abordan aspectos académicos, psicosociales y cognitivos. Entre las revisiones más destacadas, Miranda y colaboradores (2006) analizaron el estado del arte durante 1996-2006 incluyendo tanto intervenciones simples como intervenciones mixtas o multicomponentes. Los autores concluyen que, según la evidencia, los tratamientos escolares para el TDAH son efectivos a corto plazo para reducir las conductas disruptivas y mejorar la conducta en la tarea y el rendimiento académico de los niños y niñas con TDAH. DuPaul y colaboradores (2012) realizaron un metaanálisis de las intervenciones escolares para TDAH publicadas entre 1996 y 2010, evidenciando buenos resultados en diseños experimentales de caso único e intra-estudiantes, pero no para los estudios inter-estudiantes. Moore y colaboradores (2016) revisaron sistemáticamente la literatura cualitativa relacionada con la experiencia y las actitudes hacia las intervenciones escolares no farmacológicas para el TDAH. Los autores informan que la efectividad percibida de las intervenciones utilizadas en entornos escolares varía resaltando que aquellas altamente individualizadas pueden afectar negativamente a los niños y niñas con TDAH. Paiano y colaboradores (2019) revisaron la literatura existente en inglés y portugués desde 2012 a 2017, hallando una amplia variedad de metodologías utilizadas. En siete de los nueve artículos incluidos, las intervenciones posibilitaron mejoras en los síntomas de TDAH, en las habilidades académicas, sociales, de organización y / o funciones ejecutivas.

4.1 Revisión de programas de intervención en el ámbito escolar (2010-2020)

Con el propósito de actualizar y profundizar la información recolectada, como parte de la revisión de la literatura en el desarrollo de esta investigación, se realizó una revisión sistemática de programas de intervención en el ámbito escolar, en el periodo comprendido en 2010-2020; en los idiomas inglés y español (Paneiva Pompa et al., 2021).

Luego de seguir los criterios de búsqueda y selección se identificaron un total de 14 artículos, incluyendo un total de 38 variables analizadas. Se identificaron los objetivos principales, las técnicas empleadas, la duración promedio de las intervenciones, la modalidad de aplicación, los administradores y los destinatarios y los resultados obtenidos. En la Tabla 2 se presentan los artículos incluidos en la revisión. Del análisis de los mismos se dependen las características que se detallan a continuación.

Las intervenciones en el ámbito escolar presentan diversos *objetivos*. En mayor medida las intervenciones son multipropósito o mixtas, es decir promueven la mejora en varios aspectos, como la competencia social, la regulación emocional, el entrenamiento en funciones ejecutivas o los resultados académicos, siendo las primeras dos las más atendidas en general.

En relación a las *técnicas de intervención* utilizadas los estudios coinciden en señalar la combinación de herramientas, siendo la psicoeducación la más utilizada, acompañada del modelado y del reforzamiento. Sin embargo, Fabiano y colaboradores (2009) y DuPaul y

colaboradores (2012) destacan el uso predominante de técnicas de intervención de manejo de contingencias, especialmente en estudios de caso único u otros que incluyen como muestra a docentes y/o padres. Según Serrano-Troncoso y colaboradores (2013) el manejo de contingencias es una intervención con alto nivel de efectividad en el ámbito escolar, pero que exige la individualización del tratamiento y capacitación de los docentes para llevarlo a cabo.

En relación a los *soportes de intervención*, los programas suelen incorporar una variedad de recursos entre los que se destacan la oralidad y formatos escrito o pre-impresos. Otras modalidades incluyen la actividad física y recursos audiovisuales. Es interesante señalar, que, si bien la población destino es estudiantes, varias de ellas incorporan a los padres y docentes a través de talleres y/o capacitaciones, señalando así la complejidad del trastorno y promoviendo un abordaje desde los distintos actores en el tratamiento (Paneiva Pompa et al., 2021).

El *modo de aplicación* más utilizado es el grupal, organizando a los estudiantes con diagnóstico de TDAH en pequeños grupos, aunque también se emplean el formato individual y el mixto que combina ambos modos. Es menos frecuente la intervención grupal a nivel de toda la clase, incluyendo al grupo de pares.

Los *administradores* más frecuentes suelen ser profesionales externos, capacitados especialmente para la misma, en algunas intervenciones se capacita a los docentes del grupo áulico o a algún miembro del equipo psicológico/psicopedagógico de la institución que lo realiza.

En relación al *contexto de aplicación* de las intervenciones, suelen realizarse en varios lugares; siendo los más frecuentes el aula (fuera del horario escolar) y el espacio del Equipo de Orientación Escolar. En este sentido, considerando la prevalencia del TDAH y el impacto en el grupo áulico, de la presencia de estudiantes con el mismo, sería eficaz el desarrollo de intervenciones en entornos escolares de forma ecológica, es decir administrada durante el horario escolar, a todo el grupo áulico y en lo posible por el/la docente del grupo, de esta forma se favorecería no sólo el estudiante con el diagnóstico sino todo el estudiantado (DuPaul et al., 2012; Moore et al., 2016; Paneiva Pompa et al., 2021).

Un aspecto relevante es la inclusión de *tareas intersesión*, presentes en aproximadamente la mitad de las intervenciones analizadas en los estudios (Paneiva Pompa et al., 2021). Este dato resulta relevante considerando la importancia de las mismas para afianzar lo trabajado durante los encuentros de intervención, retroalimentar positivamente la alianza terapéutica y afianzar la prevención de recaídas (Pérez y Fernández Álvarez, 2002).

En relación a las *variables temporales*, los programas de intervención suelen tener una duración de 15 semanas o menos, existiendo heterogeneidad en relación a la intensidad de minutos semanales y a la magnitud de horas totales. No existiría evidencia suficiente para sugerir una duración más prolongada en los programas, ya que un dato relevante es que aquellos que duraron aproximadamente un año lectivo no obtuvieron cambios significativos (DuPaul et al., 2012; Paiano et al., 2018; Paneiva Pompa et al., 2021).

Finalmente se describen los *resultados* presentados en cada trabajo. Lloyd et al. (2010) desarrollaron una intervención en niños para entrenamiento en habilidades de regulación emocional, mientras recibían retroalimentación a través de una pantalla que mostraba el ritmo del corazón. El grupo que recibió la intervención mejoró en todas las variables medidas, presentando diferencias significativas en la sensibilidad al reconocimiento de

palabras (FE y Memoria) y diferencias marginalmente significativas en la calidad de la memoria episódica verbal secundaria.

Evans et al. (2011) examinaron los beneficios de la intervención Challenging Horizons, un programa de tratamiento psicosocial diseñado para abordar el deterioro y los síntomas asociados con TDAH en adolescentes jóvenes. Los resultados sugirieron que los estudiantes que recibieron la intervención mejoraron en comparación de aquellos en la condición de control en las medidas de síntomas de TDAH y el deterioro en variables relacionadas con la competencia social y el desempeño académico Steiner y colaboradores (2011) compararon con el grupo control dos intervenciones (neurofeedback y entrenamiento estándar en computadora), pero solo presentan los estadísticos pre y post para el grupo intervención. Sin embargo, los autores sostienen que las diferencias fueron significativas en tres de las variables reportadas por los padres (dos variables de atención medidas por instrumentos diferentes y una variable de funcionamiento ejecutivo general) y en ninguna de las reportadas por los docentes.

Looyeh et al. (2012) exploraron la eficacia de la terapia narrativa grupal para mejorar el comportamiento escolar de una pequeña muestra de niñas con TDAH. Las estudiantes que recibieron la intervención evidenciaron mejorías en sintomatología de TDAH.

En el trabajo de Power et al. (2012) se evaluó la eficacia de una intervención familiar-escolar, diseñada para mejorar el funcionamiento familiar y educativo de estudiantes de primaria con criterio para las presentaciones combinados y desatentos de TDAH. Los resultados se evaluaron al finalizar la intervención y en el seguimiento a los tres meses. La muestra de niños que recibieron la intervención mostró cambios en todas las variables. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a los síntomas TDAH, aunque sí en el desempeño en las tareas escolares y en la calidad de la relación entre los padres y los niños.

Mikami et al. (2013), compararon dos intervenciones: entrenamiento en gestión de contingencias un tratamiento tradicional de gestión del comportamiento para mejorar la competencia social en niños y niñas con TDAH; y el de aulas inclusivas y socialmente aceptables un tratamiento novedoso que complementaba el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento a pares para ser socialmente inclusivos. El nivel de problemas de conducta y la sintomatología TDAH no difirió significativamente entre las condiciones de tratamiento, sin embargo, se observó una preferencia sociométrica mejorada, evidenciándose más amistades recíprocas y mayor cantidad de mensajes positivos en los niños que estaban en el grupo intervención de aulas inclusivas.

Por otro lado, Pfiffner et al. (2014) evaluaron la eficacia de un programa de tratamiento psicosocial conductual integrado en el hogar y la escuela, para niños y niñas con TDAH-I. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a CLAS, un tratamiento centrado en los padres (FPT, por sus siglas en inglés) o un tratamiento habitual. CLAS obtuvo diferencias significativas en todas las variables analizadas. Los participantes del grupo con la intervención CLAS obtuvieron mayores beneficios en su falta de atención, en habilidades organizativas, habilidades sociales y el funcionamiento global informados por sus docentes en relación a PFT y el grupo control. A su vez, los resultados obtenidos a partir de la consulta a los padres de los niños mostraron que el grupo con la intervención CLAS presentó diferencias significativas en las habilidades organizativas en relación al PFT y en todas las variables en relación al grupo control.

Steiner et al. (2014) evaluaron una intervención de entrenamiento de atención por computadora en la escuela, utilizando neurofeedback y entrenamiento cognitivo. El grupo de neurofeedback presentó diferencias significativas en la reducción de los síntomas

TDAH y en las medidas de funciones ejecutivas; mientras que el grupo de entrenamiento cognitivo presentó diferencias significativas solo en la variable Función Ejecutiva Global. Respecto al sostenimiento de las mejoras a los seis meses el grupo neurofeedback continuó presentando mejoras significativas en relación a la sintomatología TDAH.

Evans et al. (2014) pusieron a prueba el Programa Challenging Horizons con estudiantes con TDAH en la escuela secundaria. Trabajaron con tres versiones: versión grupal para el entrenamiento en competencia social (versión habitual), versión de coaching para padres y versión coaching para adolescentes. El grupo con intervención evidenció mejoras moderadas en las puntuaciones de los padres sobre la falta de atención, las relaciones con los compañeros, el deterioro académico y el funcionamiento familiar.

En el estudio de Pfiffner et al. (2016) se evaluó la eficacia de la intervención psicosocial Collaborative Life Skills para estudiantes de nivel primario con sintomatología TDAH. Es un programa de 12 semanas que consiste en tratamientos integrados para la escuela, los padres y los estudiantes, mediante asesoramiento a los y las docentes, uso de tarjetas de calificaciones diarias, capacitación para padres y capacitación en habilidades sociales y de vida para los niños y niñas. Los estudiantes asignados al grupo con intervención mostraron una mejora significativa en todas las variables analizadas: las puntuaciones de los padres y docentes en la gravedad de los síntomas de TDAH, el funcionamiento ejecutivo organizacional, el desempeño académico, las calificaciones de los padres en los síntomas de TOD y en la competencia social.

Langberg et al. (2017) evaluaron la eficacia de dos intervenciones breves en la escuela dirigidas a los problemas con la tarea escolar de adolescentes con TDAH, ambas desarrolladas por profesionales de la salud durante la jornada escolar. Los participantes de ambos grupos con intervención mostraron mejoras significativas en las calificaciones de los padres en problemas con las tareas escolares y en el funcionamiento ejecutivo organizacional.

En otro trabajo, Elissa (2017) evaluó un programa destinado a la mejora de la competencia social de niños y niñas con TDAH, en estudiantes de primer grado de primaria. Los resultados mostraron que el grupo con intervención obtuvo mejoras significativas en su competencia social en relación al grupo control.

El estudio de Schultz et al. (2017) pone a prueba el Programa Challenging Horizons en su versión por fuera del horario escolar, de un año de duración, para adolescentes con TDAH. El grupo con intervención obtuvo una mejora significativa en organización, en la variable de competencia social que mide conductas disruptivas, en el desempeño en las tareas y sus calificaciones. Sin embargo, la sintomatología de TDAH no mostró cambios consistentes. Asimismo, los autores sugieren explorar la duración del programa, ya que no se justificaría la intensidad anual/semanal, debido al abandono y la falta de asistencia.

Finalmente, en el trabajo de Sibley et al. (2018) se compara la intervención con un programa para adolescentes con TDAH de secundaria básica en dos modalidades (alta intensidad y baja intensidad), con el grupo control. El programa es una adaptación del programa en su versión para niños (Pelham et al., 2010) que tiene por objetivo al desarrollo de habilidades en contextos académicos, sociales y conductuales. El programa implica la gestión de contingencias diseñada para motivar la práctica de habilidades de los adolescentes en un contexto de escuela/colonia de verano. Los resultados no mostraron mejoras significativas en la sintomatología TDAH de los participantes. Por otro lado, el grupo con intervención en alta intensidad mostró algunas mejoras estadísticamente significativas en relación al de baja intensidad en habilidades de

organización en el hogar, conflicto entre padres e hijos adolescentes y desempeño académico.

Tabla 2 - Artículos incluidos a en la actualización 2010-2020. Extraído de Paneiva Pompa et al., 2021.

Autor/es (año)	Título del artículo	Nombre del programa de intervención
Lloyd et al. (2010)	Coherence training in children with attention-deficit hyperactivity disorder: cognitive functions and behavioral changes.	HeartMath (HM) Intervention
Evans et al. (2011)	Effectiveness of the Challenging Horizons after-school program for young adolescents with ADHD.	Challengings Horizons Program (CHP)
Steiner et al. (2011)	Computer-based attention training in the schools for children with attention deficit/hyperactivity disorder: a preliminary trial.	1) Neurofeedback 2) Standard computer format
Looyeh et al. (2012)	An exploratory study of the effectiveness of group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms.	Terapia narrativa grupal
Power et al. (2012)	A family-school intervention for children with ADHD: Results of a randomized clinical trial.	Family-School Success (FSS)
Mikami et al. (2013)	A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder.	1) Formación en gestión de contingencias (COMET) 2) Making Socially Accepting Inclusive Classrooms (MOSAIC)
Pfiffner et al. (2014)	A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type.	1) Child Life and Attention Skills Treatment (CLAS) 2) Neurofeedback: Play Attention, Unique Logic and Technology, Fletcher, NC)
Steiner et al. (2014)	In-school neurofeedback training for ADHD: sustained improvements from a randomized control trial.	2) Cognitive Training: "Captain's Log, Brain Train, North Chesterfield, VA") Challenging Horizons Program-Coaching:
Evans et al. (2014)	High School-Based Treatment for Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results From a Pilot Study Examining Outcomes and Dosage.	1) Coaching de CHP 2) Interpersonal Skills Group (ISG) 3) Parent training
Pfiffner et al. (2016)	A Randomized Controlled Trial of a School-Implemented School-Home Intervention for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Impairment.	Collaborative Life Skills, CLS
Langberg et al. (2017)	Overcoming the Research-to-Practice Gap: A Randomized Trial With Two Brief Homework and Organization Interventions for Students With ADHD as Implemented by School Mental Health Providers.	1) Homework, Organization, and Planning Skills (HOPS) intervention. 2) Completing Homework by Improving Efficiency and Focus (CHIEF) intervention.
Eissa (2017)	The effects of Cassidy and Justin's Functional Model for Emotional Information Processing on Improving Social Competence of First Grade Children with ADHD.	Entrenamiento usando Cassidy and Justin's Functional Model for Emotional Information Processing.
Schultz et al. (2017)	Outcomes for adolescents who comply with long-term psychosocial treatment for ADHD.	Challenging Horizons Program-AS
Sibley et al. (2018)	High versus low intensity summer treatment for ADHD delivered at secondary school transitions.	The Summer Treatment Program-Adolescent 1) High-intensity Summer Treatment; 2) Low-intensity Summer Treatment

4.2 Consideraciones y lineamientos teóricos a tener en cuenta para un programa de intervención

El desarrollo de programas de intervención para niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH en ámbitos escolares sigue siendo un desafío importante y necesario para los investigadores en los campos de la educación y la salud mental, y debe seguir siendo explorado buscando lograr mejores resultados (Paneiva Pompa et al., 2021). Los programas analizados tienden a centrarse fundamentalmente en la reducción de sintomatología y en los aspectos deficitarios asociados al TDAH. Sin embargo, no se han encontrado evidencias concluyentes de que estas intervenciones mejoren el funcionamiento o aborden integralmente los problemas asociados que enfrentan las

personas con TDAH y tienen un impacto limitado en los resultados a largo plazo (López, 2016; Wright et al., 2015). La literatura sostiene que los déficits en el funcionamiento ejecutivo no resuelven completamente con la medicación y/o el entrenamiento conductual, y los problemas suelen persistir a menudo hasta la adolescencia y la edad adulta (Barkley, 2014). Por lo tanto, se presenta como un área de vacancia la búsqueda de evidencias sobre los beneficios de promover y potenciar las habilidades positivas de estudiantes con diagnóstico de TDAH, que contribuya a mejorar la adaptación al contexto escolar, promover el bienestar psicológico, la autoestima y la competencia social.

A partir del desarrollo conceptual en la tesis, y de la revisión de programas de intervención en el ámbito escolar, pudimos dar con diferentes marcos teóricos que respondían a nuestras motivaciones, ya sea porque mostraban buenos resultados en la compensación de los síntomas TDAH o podían ser una llave para responder a las particularidades de esta nueva intervención: potenciar habilidades positivas y buscar que los resultados se mantengan en el tiempo. Los mismos se presentan a continuación.

Psicoeducación

El abordaje psicoeducacional es uno de los tratamientos que ha demostrado eficacia en pacientes con diagnóstico de TDAH (Soutullo y Díez, 2007). La psicoeducación es el proceso de comunicar información relevante a la población sobre un determinado trastorno, incluyendo diagnóstico, etiología, funcionamiento, tratamiento y pronóstico, buscando aclarar dudas y corregir creencias distorsionadas (Oliveira et al., 2018). Por lo tanto, se propone ayudar a resignificar creencias erróneas, irracionales y/o distorsionadas en explicaciones basadas en la evidencia científica para alcanzar objetivos terapéuticos acordes al diagnóstico.

La psicoeducación en TDAH parece contribuir a un mayor conocimiento del trastorno, mayor adherencia al tratamiento, menor intensidad de los síntomas y mayor calidad de vida, evidenciando que mayoritariamente se ha dirigido a los familiares de las personas con el trastorno (Oliveira et al., 2018).

Entrenamiento en regulación emocional

El déficit en la regulación emocional presente en el TDAH es un constructo que recibe variedad de denominaciones en la literatura científica actual. Es denominado como labilidad emocional, reactividad emocional o afectiva, impulsividad emocional, inestabilidad emocional, desregulación emocional, autorregulación emocional deficiente, sobremocionalidad, intolerancia a la angustia, incomodidad e irritabilidad (Faraone et al., 2019b). De hecho, Barkley (Brown, 2014) señala que la desregulación emocional debiera ser incluida como criterio diagnóstico del trastorno. Barkley y Murphy (2009) definen a las personas con diagnóstico de TDAH con una propensión general a ser fácilmente alteradas emocionalmente, observada como impaciencia, baja tolerancia a la frustración, temperamento fuerte, enojo fácil e irritabilidad.

Se entiende que un primer requisito para poder regular emociones consiste en poder reconocerlas y poseer un repertorio con sus respectivos nombres y características, permitiendo de este modo identificarlas y diferenciarlas, comunicarlas y luego poner en juego los esfuerzos necesarios para modificarlas (Mayer et al., 1999). De tal manera, la intervención debería enfocarse en brindar herramientas a los participantes para desarrollar sus funciones ejecutivas y promover su adaptación a la vida cotidiana por medio del entrenamiento en la regulación emocional con énfasis en que aprendan a identificar, evaluar y diferenciar emociones.

Triángulo cognitivo

La Terapia Cognitivo-Conductual afirma que “el modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y la conducta” (Beck, 2015). El triángulo cognitivo es considerado un principio básico de la misma y puede ser graficado como un triángulo en donde en cada vértice se ubican los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción. Los pensamientos se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas, entre todas existe una influencia recíproca, pero esta no debe ser entendida como una causación (Beck, 1979). Por lo tanto, las herramientas surgidas del marco conceptual de la Terapia Cognitivo-Conductual tienen como base el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas (lo que la persona siente y hace) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (lo que se piensa) y de que, en consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar (Kendall, 1991).

Fortalecimiento en habilidades positivas

Las investigaciones actuales en psicología positiva promueven situaciones en el contexto escolar, concretas y basadas en la evidencia, para ayudar a la población infanto-juvenil a construir su bienestar psicológico, mejorando su calidad de vida, prevenir la aparición de trastornos mentales y psicopatologías y desarrollar competencias emocionales (Alzina y Paniello, 2017).

En las instituciones educativas, es interesante que las intervenciones busquen promover una imagen más equilibrada en los docentes y pares de los estudiantes con diagnóstico de TDAH. En lugar de enfocarse exclusivamente en el mal comportamiento, bajo rendimiento o sintomatología, las intervenciones deberían contribuir a mitigar el desconocimiento y las actitudes y expectativas negativas que los docentes puedan tener hacia esta población (Alle et al., 2023; 2024; Climie y Mastoras, 2015; De Pizzol et al., 2023; Metzger y Hamilton, 2021; Paneiva Pompa et al., 2024a). A su vez sería valioso promover la inclusión educativa, una mayor integración con el grupo de pares y el apoyo social (Paneiva Pompa et al., 2021; 2024a). Estas intervenciones también deberían enfocarse en fortalecer el autoconcepto de los estudiantes, aumentar su satisfacción con la vida, mejorar su sentimiento de calidad de vida y desarrollar su capacidad de resiliencia (Charabin et al., 2023; Paneiva Pompa et al., 2021; 2024a; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Aportes de las neurociencias

La neurociencia es el estudio científico del sistema nervioso, impulsado por la cooperación de diversos saberes. Esta transdisciplina integra aportes de la biología, la psicología, la física, la matemática, la filosofía, la bioquímica y las nuevas tecnologías de neuroimágenes. Sus descubrimientos y avances han generado un impacto significativo en varias disciplinas, entre ellas la educación (Terrón, 2024).

El cerebro es el órgano principal del aprendizaje, y durante mucho tiempo se ha ignorado su funcionamiento en la educación (Preiss y Friedich, 2003). Las funciones ejecutivas tienen un papel esencial en los estudiantes con TDAH, ya sea en el desarrollo de las competencias sociales y cognitivas como en el ámbito de los aprendizajes escolares, y se dispone de numerosas evidencias empíricas que han permitido comprender más específicamente el funcionamiento de los circuitos neuronales en esta población (Gómez León, 2022). De este modo la intervención debería transmitir, tanto a padres como a



docentes, conocimientos basados en la evidencia sobre el funcionamiento del cerebro y su relación con el aprendizaje tendientes a mejorar el aprendizaje y la trayectoria escolar de estudiantes con TDAH, optimizando las experiencias en el aula y la convivencia en el hogar.

CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA

5.1 Objetivos e hipótesis

- **Objetivo general:** Generar evidencias sobre los beneficios de promover y potenciar habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes escolarizados con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que contribuya a mejorar la adaptación al contexto escolar, promover el bienestar psicológico, la autoestima y la competencia social.

- **Objetivos específicos:**

1. Identificar habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH para proporcionar una comprensión positiva de las capacidades de esta población y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar.

2. Diseñar un programa de intervención psicoeducativo, en el ámbito escolar, con validez ecológica (resultados con relación funcional y predictiva con situaciones de su vida cotidiana) y basado en la evidencia, orientado a fortalecer las habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes con TDAH y fomentar en sus docentes una percepción integral sobre las dificultades y fortalezas.

3. Implementar y evaluar los efectos del programa de intervención psicoeducativa.

4. Obtener evidencias empíricas sobre los beneficios de potenciar las habilidades positivas de los niños, niñas y adolescentes con TDAH.

Asimismo, se plantearon una serie de hipótesis relacionadas con la participación en el programa de intervención:

H1. Los participantes del programa de intervención presentarán una disminución en su sintomatología TDAH.

H2. Los participantes del programa de intervención presentarán una mejora en su autoconcepto.

H3. Los participantes del programa de intervención mejorarán su competencia social, evidenciándose una disminución en las conductas negativas, como comportamientos agresivos y problemas de conducta; y una mejora en habilidades sociales apropiadas, habilidades adaptativas y medidas de amistad.

H4. Los participantes del programa de intervención presentarán mejores niveles de Bienestar psicológico, evidenciado mejoras en su satisfacción con la vida.

H5. Los participantes del programa de intervención presentarán una mayor adaptación al contexto escolar que sus pares del grupo control, evidenciando una mayor satisfacción con la escuela, mayores índices de resiliencia/adaptabilidad y habilidades adaptativas y una disminución en sus problemas escolares.

5.2 Diseño de la investigación

- *Tipo de estudio:* Descriptivo-explicativo, con un diseño pre-post intervención con dos grupos, uno de cuasicontrol (Montero y León, 2007).

- *Variables de investigación:*

A continuación se describen las variables implicadas en la intervención realizada para la presente investigación.



- Variable independiente: Programa de intervención para potenciar habilidades positivas “¡Vamos con Tuti!” (se describe en el capítulo 6).

- Variables dependientes:

1. Sintomatología TDAH: identificación de los síntomas primarios del TDAH en los niños, niñas y adolescentes. Presencia de síntomas de trastornos de comportamiento.

2. Autoconcepto: conjunto de pensamientos y sentimientos valorativos que el individuo tiene de sí mismo.

3. Competencia Social: conocimientos, habilidades sociales específicas implicadas en comportamientos sociales adaptativos y motivación para tomar control en las situaciones sociales y emocionales.

4. Bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida, vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación a un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor importancia para cada persona.

5. Adaptación al contexto escolar: capacidad para modificar la conducta en respuesta a las cambiantes exigencias del ambiente escolar, tanto en la personal como en lo social. Refiere al comportamiento resiliente al lograr un resultado positivo o evitar un resultado negativo a pesar de las circunstancias adversas o desafiantes que los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH suelen verse involucrados.

5.3 Metodología del Objetivo específico 1

Procedimiento

Para responder al objetivo específico 1 se realizó un relevamiento de estudios empíricos sobre las habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con TDAH. De acuerdo a los lineamientos de Álvarez Rojo y Hernández Fernández (1998), la “Etapa 1” debe comenzar con una fase de evaluación de necesidades. Para dar cuenta, se realizó una revisión sistemática. La misma se realizó en base al formato propuesto y sugerido en Perestelo-Pérez (2013), y se consideraron los ítems de referencia para publicar revisiones sistemáticas de la declaración PRISMA-P 2015 (Moher et al., 2016).

Criterios de selección de los estudios

Se realizaron búsquedas computarizadas en las bases de datos PsycInfo, ERIC, Redalyc, Scielo y PUBMED, con las palabras claves en inglés y en español. En inglés: attention deficit hyperactivity disorder – strengths – positive skills – children – adolescents; y en español: trastorno por déficit de atención e hiperactividad – fortalezas – habilidades positivas – niños – adolescentes.

Criterios de inclusión

Fueron seleccionados para la revisión aquellos artículos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 1) haber sido publicados entre 2010 y 2020; 2) estar escritos en idioma inglés o español; 3) debían evaluar fortalezas / habilidades positivas; 4) incluir como población a niños, niñas y/o adolescentes de edades entre 6 y 17 años; y 5) incluir como población a niños, niñas y/o adolescentes con diagnóstico de TDAH (según criterios de DSM IV/V o similar).

Proceso de búsqueda

El proceso de búsqueda se basó en un total de 3214859 referencias. Posteriormente utilizando los filtros disponibles en las bases de datos, se eliminaron las publicaciones



que no cumplieran el primer criterio de inclusión, dando como resultado 1327238 referencias. Se procedió de igual manera con el criterio de idioma, obteniendo 1121201. Luego en aquellas bases que lo permitieron, se eliminaron las publicaciones que no cumplían criterio de población infantojuvenil dando como resultado 5428 referencias.

Una vez realizadas las búsquedas en las distintas fuentes de información, se procedió a preseleccionar las referencias potencialmente relevantes por los títulos y los resúmenes según los criterios de inclusión. Después de revisar títulos y resúmenes, se seleccionaron 51 publicaciones que cumplirían con los criterios de inclusión. Posteriormente se eliminaron los artículos duplicados, llegando a un total de 48. Una vez finalizada la fase de preselección, se procedió a repetir la metodología anterior con los artículos completos para seleccionar aquellos que se analizaron y sintetizaron en la revisión. Este procedimiento permitió identificar un total de 9 artículos que cumplieron con los criterios de selección, incluyendo un total de 12 variables analizadas.

Proceso de codificación de los estudios

Las características de los estudios fueron codificadas con el fin de identificar las habilidades positivas o fortalezas. Se agruparon en tres categorías: variables de publicación, variables sustantivas, variables metodológicas y conclusiones

En cuanto a las variables de publicación, se codificaron a) Autores b) Año de publicación, c) País de procedencia y d) Idioma.

En relación a las variables sustantivas, se codificaron a) Nombre de las fortalezas o habilidades positivas evaluadas; b) Definición de las mismas y c) Instrumentos de evaluación utilizados.

En cuanto a las variables metodológicas, se codificaron las siguientes: a) Tipo de diseño de investigación, b) Tamaño de la muestra; c) Criterio de selección de los participantes, d) Edad media de la muestra (en años); e) Desviación estándar de la edad de la muestra poblacional y f) Género de la muestra (porcentaje de varones).

Finalmente, en relación a las conclusiones se incluyeron principales hallazgos y propuestas a futuro.

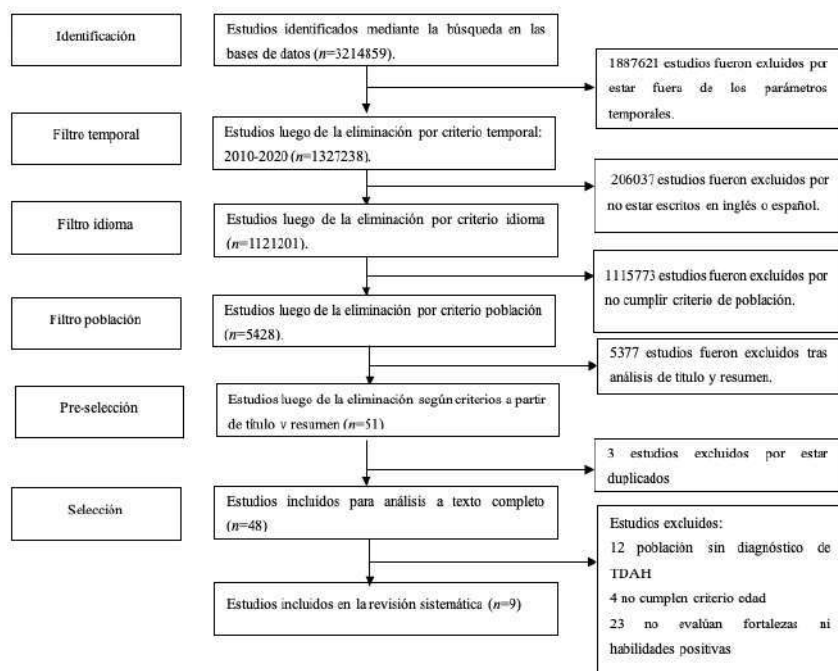


Ilustración 2 - Diagrama de flujo para la identificación de estudios

El mismo se realizó en base al formato propuesto y sugerido en Perestelo-Pérez (2013). Una vez extraídos los datos de todos los estudios se procedió al análisis y síntesis. Este proceso supuso combinar, integrar y resumir los principales resultados de los estudios incluidos en la revisión sintetizándolos primero en forma de tablas y luego en forma narrativa. El objetivo es estimar y determinar, en los casos pertinentes, el efecto global de una intervención; y en caso de diferencias entre ellos, determinar los posibles factores que expliquen la heterogeneidad de los resultados.

5.4 Metodología del Objetivo específico 2

Procedimiento

Para responder al objetivo específico 2, se diseñó el programa de intervención destinado a fortalecer las habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH. De acuerdo a los lineamientos propuestos por Álvarez Rojo y Hernández Fernández (1998), se pasó a la “Etapa 2”, fase de diseño del programa.

A partir de la revisión de programas de intervención en el ámbito escolar (Paneiva Pompa et al., 2021), el relevamiento realizado como parte del objetivo específico 1, de los objetivos pautados en el plan de trabajo y de las características de los destinatarios del programa de intervención, se procedió a establecer los pilares teóricos fundamentales: psicoeducación, entrenamiento en regulación emocional, abordaje del “triángulo cognitivo”, fortalecimiento en habilidades positivas y aportes de las neurociencias.

Posteriormente se procedieron a definir los objetivos de intervención para cada grupo destinatario. Se definieron áreas de trabajo y objetivos particulares.

Luego se pasó a definir el contenido de los encuentros según destinatarios y objetivos particulares. Se estableció la duración, contenidos a desarrollar, modalidad, actividades, recursos necesarios y las tareas inter sesión para los encuentros individuales. Algunos recursos fueron adaptados de intervenciones precedentes, y otros se diseñaron en función de las necesidades detectadas.

Posteriormente se protocolizó el programa de tratamiento desarrollando un manual-guía estructurado para cada una de las modalidades de intervención. Luego, se realizó una prueba piloto del programa de intervención, incluyendo cada una de las modalidades de tratamiento diseñadas. En un primer momento, se realizó una prueba piloto con 2 casos. En función del análisis de la prueba piloto, se realizaron ciertos ajustes. Se modificaron las consignas de algunas actividades por su extensión y la cantidad de encuentros individuales se vio aumentada porque una de las sesiones resultó ser demasiado extensa en el tiempo y se dividió en dos encuentros.

Luego se hizo una segunda etapa de estudio piloto con esas modificaciones en 4 participantes. El análisis de esta fase indicó buena aceptación, comprensión adecuada de actividades y factibilidad de implementación, por lo que no se volvieron a hacer modificaciones y esos casos fueron incluidos en la muestra final.

5.3 Metodología de los Objetivos específicos 3 y 4

Para responder los objetivos específicos 3 y 4, se implementó y se evaluó el programa de intervención presentado.

Población

- *Universo*: niños, niñas y adolescentes de 7 y 13 años que asisten a escuelas de gestión pública y privada de la ciudad de Mar del Plata, con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. También formaron parte sus padres, su grupo áulico y sus docentes.

- *Muestra*: en la Tabla 3 se presenta información de la muestra total utilizada para este estudio, incluyendo el proceso de selección de los participantes a partir de las derivaciones recibidas por parte de los médicos neurólogos y psiquiatras.

Del total de derivaciones ($n=97$), 16 casos no fueron incluidos ya que no cumplieron con los criterios diagnósticos de TDAH, 17 no cumplieron con los criterios para participar del programa de intervención (específicamente presentaban diagnóstico de TDAH, pero no coincidía el criterio de edad), 21 familias no aceptaron participar del presente estudio, 1 caso aceptó participar pero abandonó el estudio y 42 participantes cumplieron con todos los criterios, aceptaron formar parte del estudio y completaron la investigación.

Tabla 3 - Características de la muestra total

	Cantidad (n)
Total de derivaciones	97
No cumplen criterios diagnósticos	16
No cumplen criterios para el programa de intervención	17
No aceptaron participar del estudio	21
Aceptaron y abandonaron	1
Aceptaron participar y finalizaron	42

Criterios de inclusión: diagnóstico de TDAH por los profesionales médicos derivantes, criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM-5 (APA, 2013; 2022), valores por encima del punto de corte esperado en la escala específica de TDAH (SNAP IV) versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres y docentes de Grañana et

al. (2011), y nivel intelectual (C.I.) promedio, evaluado mediante la Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V) (Wechsler, 2015).

Criterios de exclusión: discapacidad intelectual, auditiva o visual.

En la Tabla 4 se presentan datos sociodemográficos y de características relacionadas con el TDAH de la muestra final.

Tabla 4 - Datos sociodemográficos y de características relacionadas con el TDAH de la muestra final

	Grupo intervención (N =21)	Grupo Control (N =21)	Muestra final (N=42)
Sexo f (%)			
Mujeres	3 (14.28%)	2 (9.52%)	5 (11.90%)
Varones	18 (85.71%)	19 (90.47%)	37 (88.09%)
Edad			
M (DT)	8.95 (1.53)	9.59 (1.70)	9.28 (1.63)
Presentación TDAH f (%)			
Inatento	3 (14.28%)	1 (4.76%)	4 (9.52%)
H/I	4 (19.04%)	3 (14.28%)	7 (16.66%)
Combinado	14 (66.66%)	17 (80.95%)	31 (73.80%)
Medicación f (%)			
Si	10 (47.61%)	11 (52.38%)	21 (50%)
No	11 (52.38%)	10 (47.61%)	21 (50%)
TOD f (%)			
Si	10 (47.61%)	10 (47.61%)	20 (47.61%)
No	11 (52.38%)	11 (52.38%)	22 (52.38%)
Escuela (gestión)			
Pública	9 (42.86%)	10 (47.62%)	19 (45.23%)
Privada	12 (57.14%)	11 (52.38%)	23 (54.77%)

f = frecuencia; TOD: Trastorno Oposicionista Desafiante

La muestra final estuvo compuesta por 42 niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, con edades comprendidas entre 7 y 13 años. La distribución por sexo fue de 5 mujeres (11.9%) y 37 varones (88.09%). La media de edad fue de 9.28 años, con un desvío estándar de 1.63 años. El análisis según presentación arroja que 4 participantes (9.52%) correspondían a la presentación Inatenta, 7 (16.66%) a la presentación Hiperactiva-Impulsiva y 31 a la presentación combinada (73.80%). La mitad de la muestra se encontraba bajo tratamiento farmacológico para reducir la sintomatología propia del trastorno (50%) y 20 presentaban un Trastorno Oposicionista Desafiante como comorbilidad (47.61%). La distribución por gestión educativa se vio caracterizada por un 50% de estudiantes (21) de escuela pública y la misma cantidad de escuela privada.

Se conformaron por conveniencia dos grupos:

- Grupo Intervención (N=21): cuya distribución por sexo fue de 3 mujeres (14.28%) y 18 varones (85.71%). La media de edad fue 8.95 años, con un desvío estándar de 1.53 años. El análisis según presentación indica que 3 participantes (14.28%) correspondían a la presentación Inatenta, 4 (19.04%) a la presentación Hiperactiva-Impulsiva y 14 a la presentación Combinada (66.66%). El 47.61% de la muestra se encontraba bajo tratamiento farmacológico (10 participantes) y 10 (47.61%) presentaban comorbilidad con Trastorno Oposicionista Desafiante. En relación a la gestión educativa, 9 estudiantes (42.86%) pertenecían a escuelas públicas y 12 (57.14%) a instituciones privadas.

- Grupo Control (N=21): cuya distribución por sexo fue de 2 mujeres (9.52%) y 19 varones (90.47%). La media de edad fue 9.59 años, con un desvío estándar de 1.70 años. El análisis según presentación indica que 1 participante (4.76%) correspondía a la presentación Inatenta, 3 (14.28%) a la presentación Hiperactiva-Impulsiva y 17 a la presentación combinada (80.95%). El 52.38% de la muestra se encontraba bajo tratamiento farmacológico (11 participantes) y 10 (47.61%) presentaban comorbilidad con Trastorno Oposicionista Desafiante. En relación a la gestión educativa, 10 estudiantes (47.62%) pertenecían a escuelas públicas y 11 (52.38%) a instituciones privadas.



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad, sexo, presentación TDAH, medicación, comorbilidad con TOD, ni gestión escolar en la conformación de los grupos.

Procedimiento

Para dar cuenta de los objetivos específicos 3 y 4 se pasó a las fases de aplicación y evaluación del programa propuesto (Álvarez Rojo y Hernández Fernández, 1998). De acuerdo a los autores, la “Etapa 3” consiste en la evaluación pretest con el objeto de obtener medidas de base de las variables de análisis y la aplicación del programa al grupo con intervención; mientras que la “Etapa 4”, consiste en la evaluación de la efectividad del programa de intervención Post-test inmediato, y el posterior seguimiento, post-test retardado I (3 meses) y post-test retardado II (6 meses).

Acceso a la muestra:

Los participantes del estudio fueron derivados por médicos neurólogos y psiquiatras de instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata. A partir de los datos proporcionados por el médico derivante se establecieron de forma individual los contactos con los padres. Se realizó una evaluación que permitió confirmar el diagnóstico y considerar los criterios de inclusión y exclusión. En cada caso se llevó a cabo una reunión informativa con los padres y el niño, niña o adolescente, presentándose los objetivos del estudio y una descripción de las actividades. Estas tareas se realizaron en las instalaciones del IPSIBAT, a excepción de las actividades para los docentes que se realizaron en las instituciones educativas correspondientes.

Con los grupos áulicos, se trabajó generando un marco acuerdo con inspección general. Primero se comenzó dialogando con una de las inspectoras en psicología comunitaria y psicología social. Se le presentó el proyecto, y se le comentó los beneficios esperados de un trabajo de este estilo: inclusivo, que buscaba promover habilidades sociales, el desarrollo de la autoestima, la empatía, la resiliencia y fortalezas personales. Se elevó una nota al jefe distrital, con el criterio favorable de la inspectora. En un principio por dos colegios. Y luego previo a ingresar a cada colegio, se elevaba pedido de sumar a la institución al marco acuerdo general. De esta forma, las actividades quedaban amparadas por inspección.

- Grupo intervención:

Se solicitó el consentimiento informado de los padres y el asentimiento del niño/a o adolescente. Durante la fase Pre-test y Post-test, Post-test tres meses y Post-test seis meses se administraron los instrumentos.

La fase intervención consistió en ocho encuentros individuales, tres encuentros con los padres, dos talleres con sus docentes y dos talleres con el grupo áulico.

- Grupo control:

Se solicitó el consentimiento informado de los padres y el asentimiento del niño/a o adolescente. Se administraron los instrumentos de la fase pretest. A los tres meses, se contactaron a los niños, niñas o adolescentes y sus padres, y se llevó a cabo nuevamente la administración de los cuestionarios. Durante el periodo de intervención, este grupo permaneció sin intervención específica. Al finalizar la fase post test, se les ofreció un encuentro de devolución, con orientación a padres y psicoeducación sobre el trastorno y orientación para posibles tratamientos. Al finalizar el estudio se les ofreció la posibilidad de participar en el programa de intervención.

Instrumentos de evaluación

Confirmación del diagnóstico de TDAH: se utilizaron los criterios de inclusión para el diagnóstico de TDAH del Manual DSM-V (APA, 2013; 2022) y los siguientes instrumentos:

- Cuestionario SNAP IV de Swanson, Nolan y Pelham en su versión argentina (Grañana et al., 2006; 2011): Es un instrumento que se administra a padres y docentes para la detección de características específicas del TDAH de los 4 a 14 años. Consiste en una escala de detección que evalúa las conductas de hiperactividad, impulsividad y los síntomas de déficit de atención, con respuestas tipo Likert de cuatro opciones que puntúan de 0 a 3 (0=no, en absoluto, 1=sólo un poco, 2=bastante, y 3=mucho). Posee puntajes de corte de acuerdo a la sensibilidad y especificidad en la población para las subescalas de déficit de atención, hiperactividad/impulsividad y combinado. La determinación de la validez para déficit de atención indicó una sensibilidad de 72% y una especificidad de 65%, y para hiperactividad e impulsividad los valores fueron de 86% y 73.5% respectivamente (Grañana et al., 2011).

- Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V) (Wechsler, 2015): Es un instrumento clínico de aplicación individual que evalúa la inteligencia desde los 6 años y 0 meses a los 16 años y 11 meses. Se utilizó para descartar dificultades de nivel intelectual. La fiabilidad del CIT es de .95. Los índices primarios ofrecen coeficientes de fiabilidad que varían entre .88 (IVP) y .93 (IRF); la fiabilidad de los índices secundarios varía entre .92 (ICC) y .95 (INV). La fiabilidad media de las pruebas es de .84, y oscila entre .74 (Comprensión) y .93 (Balanzas). Con respecto a la validez, las correlaciones entre las puntuaciones oscilan entre .59 (IMT) y .83 (CIT).

- El listado de síntomas de la niñez CBCL (Child Behavior Checklist), validado en Argentina (Samaniego, 2008): Instrumento que se administra a los padres y evalúa síntomas comórbidos internalizantes y externalizantes. Presenta un índice de confiabilidad: test-retest de .91; entre padres para muestra normal un valor de .60 y para muestra clínica .40, y una estabilidad a largo plazo de .79. La consistencia interna muestra un alfa de Cronbach rango que va de .85 a .90.

Evaluación Pre-test/Post-test/Seguimiento:

- Cuestionario multidimensional AF5 (Musitu et al., 2001): Se utilizó para evaluar el autoconcepto. Está compuesto por 30 ítems agrupados en cinco dimensiones: autoconcepto social, académico, emocional, familiar y físico. Los ítems se puntúan utilizando una escala tipo Likert, la cual en su versión original abarca 11 posibilidades de respuesta (0=nunca y 10=siempre). Sin embargo, para facilitar la comprensión en el presente estudio se ha utilizado la adaptación de Bakker y Rubiales (2012), que consiste en una escala Likert de 4 niveles (desde “nunca” a “siempre”) donde los participantes expresan su grado de acuerdo seleccionando una de las alternativas de respuesta. A cada respuesta se le asigna un valor numérico que permite calcular una puntuación total la cual refleja la posición en la escala de actitudes que expresa un continuo con respecto al objeto de estudio. El puntaje cuantitativo total (que oscila entre 1-4) puede ser transformado a un valor cualitativo resultando en: Autoconcepto bajo: puntaje 1-2; Autoconcepto medio: puntaje 2.1 a 3 y Autoconcepto alto: 3.1 a 4 (Bakker y Rubiales, 2012). Las propiedades psicométricas en el contexto local refieren a una consistencia interna satisfactoria. Consta de 5 factores que explican el 54% de la varianza, con alphas por subdimensión entre .85 y .61, y un índice de confiabilidad satisfactoria de .72 para la escala global (Marasca et al., 2013).

- Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida para estudiantes (*Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*, BMSLSS, por sus siglas en inglés) (Seligson et al., 2003): El instrumento mide bienestar psicológico a través de la satisfacción con la vida en cinco ámbitos (vida familiar, amistades, escuela, si mismo y barrio) y una medida general. Está compuesta de cinco ítems que refieren a cada uno de los ámbitos. Para este estudio se utilizó la adaptación de Cancino Norambuena et al. (2021) en donde los ítems puntúan en una escala tipo Likert que admite 5 posibilidades de respuesta (1=nada satisfecho; 2=levemente satisfecho; 3=ni satisfecho ni insatisfecho; 4=satisfecho; y 5=totalmente satisfecho). En distintos niveles educativos, se han obtenido propiedades psicométricas adecuadas. La escala reporta un Alpha de Cronbach de la puntuación total de la BMSLSS de .75 para estudiantes de nivel primaria y de .81 para los estudiantes de secundario (Seligson et al., 2003). En términos generales los coeficientes reportados van desde .80 hasta .85 y se observa un solo factor significativo que explica la mitad de la varianza (Huebner et al., 2006). El rango de correlaciones entre los cinco ítems y el puntaje total de la BMSLSS es de entre .56 y .69 y la correlación de cada uno de los ítems con el puntaje total de la BMSLSS es significativa al 99% de confianza (Cancino Norambuena et al., 2021).

- Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida para padres (*Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*, BMSLSS) (Seligson et al., 2003; Miranda Casas et al., 2011): Se utilizó para evaluar el bienestar psicológico desde la visión de sus padres. Se trata de la adaptación de la BMSLSS para su cumplimentación por los padres. Para este estudio se utilizaron las mismas opciones de respuesta que la escala en versión para estudiantes (5 posibilidades de respuesta: 1=nada satisfecho; 2=levemente satisfecho; 3=ni satisfecho ni insatisfecho; 4=satisfecho; y 5=totalmente satisfecho). Posee una confiabilidad interna de $\alpha=.7$, un solo factor en la estructura factorial de la escala y adecuada correlación ítem con puntaje total (entre .55 y .73).

- Escala Messy (Trianes et al., 2002): Se utilizó para evaluar habilidades sociales específicas implicadas en comportamientos sociales adaptativos y no adaptativos. Es la versión en español del Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) administrable a población infantojuvenil (Matson et al., 1983), de 62 ítems, agrupados en cinco dimensiones (Agresividad/Conducta Antisocial, Habilidades Sociales Apropiadas, Amistad, Sobreconfianza/Celos/Soberbia, Soledad/Ansiedad Social), con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1=Nunca, 2=A veces, 3=A menudo, 4=Siempre). La escala total mostró una consistencia interna de $\alpha=.81$, también los factores 1 (24 ítems, $\alpha=.85$) y 2 (18 ítems, $\alpha=.79$) muestran una buena consistencia interna. Mientras que los factores 3 (9 ítems, $\alpha=.69$), 4 (7 ítems, $\alpha=.65$) y el factor 5 (4 ítems, $\alpha=.43$) (Ipiña et al., 2011).

- Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes 2 (BASC 2) (Reynolds et al., 2004): Se utilizó para analizar la conducta y adaptación al contexto escolar de los participantes. Es un cuestionario que se administró a docentes. Evalúa las dimensiones: Exteriorizar problemas (agresividad, hiperactividad y problemas de conducta), Interiorizar problemas (ansiedad, depresión y somatización), Problemas escolares (problemas de atención y problemas de aprendizaje), otros problemas (atipicidad y retraimiento) y Habilidades adaptativas (adaptabilidad, liderazgo, habilidades para el estudio, etc.). Se utilizó el T2, la versión del BASC específica para docentes de nivel primario. Posee 150 enunciados con 4 alternativas de respuesta desde nunca a casi siempre. El respaldo psicométrico del BASC incluye una alta consistencia interna ($\alpha=.85-.96$) y una confiabilidad test-retest de 1 a 10 semanas ($r=0.84-0.90$). Los puntajes

T específicos por edad y sexo se obtienen a través de la conversión de puntajes brutos. En el presente estudio se utilizó la subescala de resiliencia para evaluar la resiliencia y adaptación al contexto escolar (12-13 ítems; p. ej., “es resiliente”, “se recupera rápidamente después de un revés”). Las puntuaciones más altas indican niveles más altos de resiliencia y adaptación al contexto (Chan et al., 2021). La validez concurrente de estas escalas ha sido apoyada por asociaciones con índices globales y específicos de adaptación al estrés o condiciones de riesgo (Dean et al., 2018; Happer et al., 2017; Hass et al., 2012; Zaharakis et al., 2018), así como por su sensibilidad para detectar mejoras relacionadas con el tratamiento a partir de intervenciones diseñadas específicamente para aumentar la resiliencia y la adaptación frente condiciones de adversidad, como es presentar diagnóstico de TDAH (Chan et al., 2021; Habayeb et al., 2017).

Evaluación continua de los efectos del programa de intervención:

Con la finalidad de complementar la información aportada a través de la evaluación pre-post test se realizó una evaluación continua del programa.

- Para realizar el seguimiento de los participantes durante las sesiones que integraron el programa se utilizó una “Ficha de registro para seguimiento durante la intervención” (disponible en Anexos). Los resultados obtenidos se agruparon bajo el Índice de Tareas Inter Sesión (TIS) y la medida Predisposición. En relación al Índice TIS, luego de cada sesión se registraba si el participante había o no realizado la tarea. Asignándole 1 punto en caso de haberla realizado, y 0 puntos en caso contrario. El Índice TIS agrupa los resultados de los participantes en un rango de 0 a 1, obteniendo una media. Referido a la medida Predisposición, luego de cada sesión se registró la predisposición del participante como mala (0 puntos), buena (1 punto) y muy buena (2 puntos), obteniendo una media grupal.

- Para realizar un seguimiento de la percepción de los padres sobre los efectos de la intervención en sus hijos/as se realizaron las mismas preguntas de seguimiento en cuatro ocasiones: promediando la intervención (al momento de realizarse la intervención con los padres), post intervención, y seguimiento posterior a los tres y seis meses (incluyendo una pregunta final a continuación al cuestionario SNAP IV). La pregunta era: ¿Creen que su hijo/a ha mejorado? Las opciones de respuesta consistían en: Nada, Poco, Mucho. Luego se les preguntaba, “Si cree que su hijo/a ha mejorado, describa en qué aspecto” (características de mejora).

- Del mismo modo, a los docentes se les solicitó que respondan a las mismas preguntas: ¿Creen que su estudiante ha mejorado? Las opciones de respuesta eran: Nada, Poco, Mucho. Luego se les preguntaba, “Si cree que su estudiante ha mejorado, describa en qué aspecto”. Estas preguntas fueron realizadas en tres ocasiones: post intervención, y seguimiento posterior a los tres y seis meses.

Análisis de datos

Con el objeto de caracterizar las variables incluídas en el estudio se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar, frecuencias, porcentajes), para cada una de las variables analizadas, en condición Pre, Post Test, Post Test Retardado tres meses y Post test Retardado seis meses para ambos grupos.

Se realizó la evaluación del supuesto homocedasticidad utilizando el Test de Levene y del supuesto de normalidad de las distribuciones utilizando la prueba de Shapiro-Wilk (Pardo y Ruiz, 2002). Los resultados indicaron que estos supuestos no se cumplían en



algunas de las variables analizadas. Por lo tanto, se optó por un enfoque estadístico conservador, recurriendo a pruebas no paramétricas (tablas en Anexos).

Para evaluar los efectos del programa de intervención, se utilizó la *prueba de Friedman* para análisis de datos de muestras k relacionadas repetidas y la *Prueba de rangos de Wilcoxon*, para 2 muestras relacionadas. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.

5.4 Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de ética del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética, dependiente de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNMDP.

La realización del estudio cumplió con la legislación vigente del ejercicio profesional del psicólogo, y sigue los principios de la Declaración de Helsinki (2009) de la Asociación Médica Mundial, del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 2013), la ley Provincial 11.044 (1990) derogada en el año 2023 por la ley provincial 15.462 y del nuevo Código Civil y Comercial (2014). Asimismo, se respetaron las normas éticas consideradas por las instituciones intervinientes y por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades.

Entre los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta para la realización de esta investigación se señala que: 1- Los participantes firmaron un Consentimiento Informado luego de leer la Hoja de Información, 2- La UNMDP cuenta con un seguro que protege a investigadores, y el investigador responsable cuenta con un seguro que protege a los sujetos de la investigación, 3- Se tuvo en cuenta la autonomía progresiva de los participantes, 4- Se procuraron las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad de la identidad y datos de los participantes de acuerdo a la Ley 25.326 (2000) de Protección de Datos Personales.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS

Para facilitar la lectura y la evaluación de este trabajo, los resultados se presentan siguiendo el plan de análisis presentado en el apartado Metodología, organizado por objetivos.

6.1 Resultados del objetivo 1: Habilidades positivas y fortalezas en niños, niñas y adolescentes con TDAH

En el presente apartado se describen los resultados referentes al primer objetivo particular del trabajo de investigación: “Identificar habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH para proporcionar una comprensión positiva de las capacidades de esta población y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar”.

Se realizó una revisión sistemática como herramienta para identificar habilidades positivas y fortalezas en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, desde una base empírica. Se siguió el propósito de conocer el estado actual del conocimiento, para luego ser consideradas en el diseño del programa de intervención acorde con las necesidades de la población infanto-juvenil con este diagnóstico.

Los 9 artículos que fueron seleccionados para la presente revisión se presentan en la Tabla 5, en la cual pueden observarse las variables de publicación de los artículos incluidos en la revisión sistemática.

El 77.78% de los artículos que fueron seleccionados estaban escritos en inglés. Se pudo observar una gran variabilidad de países de origen, repitiéndose sólo Canadá y Brasil en una ocasión. Respecto a las fechas de publicación, el 33.33% de los artículos fueron publicados en el periodo 2010-2014, mientras que un 66.67% de los artículos corresponden al periodo 2015- 2020.

Tabla 5 - Variables de publicación de los artículos incluidos en la revisión sistemática

Código	Título	Autores	Año	País	Idioma
1	Factors Associated with Empathy Among Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Gunat y Kilic	2019	Turquía	Inglés
2	Relación entre experiencia óptima percibida y rendimiento académico según la presencia de TDAH	Jimenez-Torres et al.	2010	España	Español
3	An international qualitative study of ability and disability in ADHD using the WHO-ICF framework	Mahdi et al.	2017	Brasil, India, Arabia Saudita, Sudáfrica y Suecia	Inglés
4	‘He’s just enthusiastic. Is that such a bad thing?’ Experiences of parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Mcintyre y Hennessy	2012	Irlanda	Inglés
5	La resiliencia en estudiantes con Déficit Atencional por Hiperactividad	Pérez Quinteros	2018	Chile	Español
6	Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study	Rates Regalla et al.	2019	Brasil	Inglés
7	Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross-sectional survey	Schei et al.	2015	Noruega	Inglés
8	Fitness Level and Gross Motor Performance of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.pdf	Verret et al.	2010	Canadá	Inglés
9	The Influence of Health Behaviors in Childhood on Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Adolescence	Wu et al.	2016	Canadá	Inglés

La Tabla 6 presenta las principales variables sustantivas codificadas de los estudios revisados. Se encontraron diversidad de fortalezas y habilidades positivas estudiadas en la población de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, siendo la resiliencia la más frecuente (presente en el 33.33% de los estudios), seguido por la empatía (22.22%) y fortalezas ligadas a la aptitud física (22.22%). En cuanto a los instrumentos/metodologías de evaluación empleados, la entrevista fue la herramienta más utilizada para explorar las habilidades positivas (33.33% de las publicaciones la incluyeron), seguida por la Escala de Resiliencia, en dos versiones distintas (Pesce et al., 2005 y von Soest et al., 2010) elegida en el 22.22% de los trabajos.

Tabla 6 - Variables sustantivas codificadas en la revisión sistemática

Código	Fortalezas y habilidades positivas estudiadas	Definición	Instrumento/metodología de evaluación
1	Empatía básica: a) Empatía emocional y b) Empatía cognitiva	a) Capacidad de sentir las emociones que experimenta otra persona y proporcionar la respuesta más adecuada al estado emocional del otro. b) Capacidad de evaluar los acontecimientos desde la perspectiva del otro y ser eficaz en el funcionamiento social de los individuos.	Basic Empathy Scale (Topçu et al., 2010).
2	Experiencia óptima percibida	Estado de absorción, eficiencia y disfrute que puede sentir una persona al acometer una determinada actividad.	Flow State Scale-2 (FSS-2) (Jackson y Eklund, 2004).
3	a) Altos niveles de energía y empuje, b) Creatividad, c) Hiperfoco, d) Amabilidad, e) Empatía y f) Voluntad de ayudar a los demás	a) Facilidad para participar en ejercicios físicos, alcanzar metas personales y enfrentar demandas y desafíos generales en la vida. b) Capacidad para pensar de forma poco convencional. c) Capacidad de mantener la atención en áreas de interés. d/e/f) Atributos de temperamento y personalidad.	Grupos focales y entrevistas personales
4	a) Amabilidad, b) Cariño, c) Diversión, d) Individualismo y e) Entusiasmo por la vida.	No brinda definición.	Entrevistas, observaciones.
5	Resiliencia	Elemento fundamental para la adaptación positiva, enfatizando en los procesos y factores que están en la base del desarrollo de la capacidad para sobreponerse a la adversidad.	Grupos de discusión, entrevistas en profundidad, observación participante, y la aplicación de una Escala de Likert (sin información específica).
6	Resiliencia	Proceso dinámico a través del cual una persona afronta eventos y riesgos en el contexto de sus características personales, su historia familiar, social y cultural.	Resilience Scale (Pesce et al., 2005).
7	Resiliencia - Conducta prosocial.	No brindan definiciones.	Resilience Scale for Adolescents (READ) (von Soest et al., 2010).

8	Aptitud física y habilidades motoras gruesas	Composición corporal, las capacidades musculares y aeróbicas, así como la flexibilidad.	Evaluación de la composición corporal y aptitudes musculoesqueléticas (CSEP, 1998), Protocolo de Bruce en cinta de correr (Wessel et al., 2001), Prueba de desarrollo motor grueso-2 (TGMD-2; Ulrich, 2000) y la prueba Shuttle (Léger et al., 1984)
9	a) Actividad física, b) Dieta sana y c) Autoconcepto	a) Sin definición. b) Variedad, adecuación, moderación y equilibrio general de la dieta. c) Resultado de la autopercepción, problemas externalizantes, problemas internalizantes y percepción social.	Harvard Youth/Adolescent Food Frequency Questionnaire (YAQ) (Rockett et al., 1995) y Children's Lifestyle and School Performance Study (Wang y Veuglers, 2008)

En cuanto a las variables metodológicas codificadas (Tabla 7), el 33.33% de los trabajos adoptaron un tipo de diseño correlacional cuasiexperimental, mientras que el mismo porcentaje de estudios que optaron por contar con una modalidad cualitativa (incluyendo en estos aquellos del tipo mixto). Además, sólo el 11.11% de los estudios fueron de diseño longitudinal obteniendo puntajes en diferentes momentos. En relación a las poblaciones objeto de estudio, el 66.66% de los estudios incluyó adolescentes con TDAH, el 44.44% niños y niñas con TDAH, el 22.22% a padres o cuidadores y el mismo porcentaje a hermanos/as. El *N* muestral promedio para los grupos con TDAH fue de 143 personas, con un *N* mínimo de 25 y un *N* máximo de 469 participantes. La edad media en años para los grupos conformados por la población con el diagnóstico fue de 11.65 (1.41), con un 71.10% de varones. Los criterios de selección de la muestra fueron en la mayoría por conveniencia (88.88%), a excepción de un trabajo que realizó una muestra incidental y otro que sumó el reclutamiento por efecto “bola de nieve”.

Tabla 7 - Variables metodológicas codificadas en la revisión sistemática

Código	Tipo de diseño	Población	N Muestra	Edad media en años (DE)	Género (% de varones)	Criterio de selección de la muestra
1	Correlacional cuasiexperimental	Adolescentes (12-16 años) con y sin TDAH	Grupo TDAH: 101 Grupo Control: 50	Grupo TDAH: 13.89 (1.58) Grupo control: 13.82 (1.53)	Grupo TDAH: 65.3% Grupo Control: 64%	Por conveniencia
2	Transversal, Correlacional cuasiexperimental	Niños y niñas 7 a 12 años, con y sin TDAH	Grupo TDAH: 121 Grupo Control: 124	9.70 (1.60)	50.20%	Muestreo incidental
3	Empírico, intercultural, cualitativo-deductivo	Personas con TDAH desde los 7 años, cuidadores o profesionales en la temática	Niños con TDAH: 15 Adolescentes con TDAH: 10 Adultos con TDAH: 16 Padres de hijos con TDAH: 13 Profesionales de salud especialistas en la temática: 13 Miembros de ONG: 4	Sin datos	Sin datos	Por conveniencia
4	Mixto. Exploratorio, descriptivo	Padres de varones con TDAH (7-12 años)	18	9.64 (sin datos)	Sin datos	Por conveniencia y reclutamiento por "bola de nieve"

5	Descriptivo, bajo paradigma interpretativo, con una metodología mixta (investigación acción)	NNA (10-13 años) con TDAH	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Por conveniencia
6	Diseño familiar, descriptivo-cuantitativo	Adolescentes con TDAH (12-17 años), sus hermanos, y un grupo control similar	Adolescentes con TDAH: 45 Hermanos sin TDAH: 27 Adolescentes de desarrollo típico con sus hermanos: 39	Grupo TDAH: 13.5 (1.3) Grupo hermanos: 14.8 (2.8) Grupo control: 14.7 (2.5)	Grupo TDAH: 82.2% Grupo hermanos: 44.4% Grupo control: 51.3%	Por conveniencia
7	Descriptivo, transversal.	Adolescentes (13-18 años) con TDAH	194	15.48 (1.71)	55.15%	Por conveniencia
8	Transversal, Correlacional cuasiexperimental	Niños (7-12 años) TDAH (Presentación combinada o H-I, tratado con estimulantes y sin medicación) y sin TDAH	Grupo TDAH sin medicación: 19 Grupo TDAH con medicación: 24 Grupo control: 27	Grupo TDAH sin medicación: 9.4 (1.5) Grupo TDAH con medicación: 10 (1.1) Grupo control: 9.7 (1.3)	100%	Por conveniencia
9	Encuesta de base poblacional, longitudinal.	Estudiantes adolescentes de 5to grado con y sin TDAH	Grupo TDAH: 469 Grupo sin TDAH: 4406	Se evaluó cuando tenían entre 10 y 11; y nuevamente a los 18 años.	Grupo TDAH: 73.77% Grupo sin TDAH: 49.2%	Por conveniencia

La Tabla 8 presenta los principales hallazgos de cada investigación y las propuestas a futuro. El estudio de Gunat y Kilic (2019) (*estudio 1*) no identificó diferencias significativas en los niveles de empatía entre los adolescentes con y sin TDAH, a excepción de aquellos que presentaban como trastorno comórbido al Trastorno Oposicionista Desafiante, quienes mostraron niveles significativamente inferiores que sus pares del grupo control. A su vez, resalta que la toma de conciencia sobre las fortalezas individuales estaría implicada en el desarrollo de la empatía.

Jimenez-Torres et al. (2010) (*estudio 2*) evidenciaron áreas en las cuales los niños y niñas con TDAH presentarían menores niveles de experiencia óptima que sus pares normotípicos: actividades académicas, artísticas y vínculos de amistad; como así también que la experiencia óptima en el estudio incide en la obtención de mejores resultados académicos.

Mahdi et al. (2017) (*estudio 3*) aunaron criterios interculturales y transnacionales en relación a las características propias del TDAH, y describieron aspectos positivos de esta condición. A partir de grupos focales con personas con TDAH de diversas edades, familias y profesionales se presentan como aspectos positivos los altos niveles de energía y empuje, la creatividad, la capacidad de hiperfoco y ciertas características de la personalidad (amabilidad, empatía y voluntad de ayudar a los demás).

En la investigación de McIntyre y Hennessy (2012) (*estudio 4*) se detallan los desafíos de los padres y madres de niños con TDAH, debido a la falta de conocimiento sobre el trastorno, la estigmatización y las complejidades de la crianza. Propusieron brindar a las familias estrategias para la crianza y sensibilización a la población para promover una visión positiva y basada en las fortalezas para el TDAH.

En el trabajo de Pérez Quinteros (2018) (*estudio 5*), se describen estrategias para promover el desarrollo de la personalidad resiliente: fortalecimiento de la autoestima y construcción de la identidad personal a través de la implementación de destrezas comunicativas en situaciones de interacción y trabajo en equipo, expresión y regulación de emociones y reconocimiento de cualidades y habilidades propias y no propias.

En la publicación de Rates Regalla et al. (2019) (*estudio 6*) se compararon los niveles de resiliencia en adolescentes con TDAH, sus hermanos no afectados y un grupo control de similares características sociodemográficas, pero de desarrollo típico. Los resultados mostraron niveles de resiliencia más bajos en el grupo con TDAH. A su vez, los niveles de resiliencia fueron más altos en los hermanos que en los adolescentes con TDAH, y más bajos que en el grupo control; este último resultado sin significación estadística. Los autores sostienen que los factores familiares compartidos podrían promover menores niveles de resiliencia.

En el estudio de Schei et al. (2016) (*estudio 7*) identificaron que las competencias individuales, estilo de vida estructurado, competencia social y competencia personal, son mediadores con una disminución de los problemas emocionales coexistentes y un aumento en la calidad de vida en adolescentes con TDAH. Los autores proponen que cuanto mejores recursos sociales cuenten los adolescentes con TDAH, podrán estar más protegidos de los problemas emocionales y de conducta coexistentes, lo cual estuvo asociado con una mejor calidad de vida.

Verret et al. (2010) (*estudio 8*) compararon niños con TDAH bajo tratamiento con metilfenidato, sin medicación y un grupo control de niños de desarrollo típico, encontrando que si bien la aptitud física de los tres grupos fue similar hay diferencias significativas en la masa corporal y las habilidades motoras gruesas, especialmente las de locomoción en favor de los niños del grupo control. Se sostiene que el estilo de vida sedentaria y la gran cantidad de tiempo en videojuegos, podría estar influenciando negativamente en esta población.

Finalmente, la publicación de Wu et al. (2016) (*estudio 9*) observó que la baja calidad de la dieta, las actividades físicas inadecuadas y el uso excesivo de pantallas en la infancia se asocian con el aumento del uso de los servicios de salud en adolescentes con TDAH. También hallaron que la baja autoestima corporal, social y en relación a las expectativas sobre el futuro durante la infancia, aumentaban las probabilidades de recibir un diagnóstico de TDAH. Esto resultó especialmente notorio en los niños por sobre las niñas, debido a una mayor cantidad de síntomas externalizantes y dificultades vinculares con sus pares.

En relación a las propuestas y futuras líneas, Gunat y Kilic (2019) (*estudio 1*) indicaron que la comorbilidad con el Trastorno Opositor Desafiante afecta los niveles de empatía en adolescentes con TDAH, subrayando la importancia en esta población de tratamientos que fomenten la toma de conciencia sobre fortalezas individuales. A su vez, plantean que los resultados son limitados para determinar relaciones causales/temporales, por lo que se necesitan estudios prospectivos, con tamaños de muestra más grandes y grupos más homogéneos para generalizar los resultados.

El trabajo de Jimenez-Torres et al. (2010) (*estudio 2*) destaca la eficacia de combinar tratamiento farmacológico con terapia cognitivo-conductual, sugiriendo utilizar técnicas de relajación y respiración, control de estímulos, control de contingencias, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas, seguimiento de autoinstrucciones, detención del pensamiento y entrenamiento en habilidades sociales. A su vez señalan que los tratamientos pueden verse beneficiados incorporando herramientas de la psicología positiva que se focalizan sobre las fortalezas humanas y el funcionamiento óptimo, para promover el bienestar psicológico y la capacidad para vivenciar experiencias óptimas. Proponen trabajar sobre la autoeficacia percibida fomentando una mirada más realista sobre sus fortalezas y debilidades, y la necesidad de

utilizar diseños experimentales que permitan establecer posibles relaciones causa-efecto entre Experiencia Óptima Percibida y rendimiento escolar.

La publicación de Mahdi et al. (2017) (*estudio 3*) sostiene la necesidad de evaluar el TDAH en un contexto más amplio que abarque facilitadores, barreras ambientales y aspectos positivos, recomendando realizar estudios en entornos ecológicos.

En la investigación de McIntyre y Hennessy (2012) (*estudio 4*) destacaron que un enfoque basado en fortalezas puede ayudar a los padres a mantener una visión positiva, especialmente frente a la heterogeneidad del trastorno. El trabajo enfatiza la necesidad de estudios con un diseño cuantitativo, para complementar los estudios retrospectivos actuales. Finalmente, se argumenta la importancia del trabajo con los contextos en los que desarrollan su vida cotidiana, debido al alto impacto negativo que tiene la sintomatología del trastorno en su desarrollo.

En el trabajo de Pérez Quinteros (2018) (*estudio 5*), se describe una herramienta como confiable para la promoción de la resiliencia en estudiantes con TDAH, y se plantea como desafío el desarrollo de un programa de intervención que fortalezca el autocontrol y las funciones ejecutivas. Se recomienda además, fortalecer herramientas para la regulación emocional, particularmente del enojo/rabia. En relación al ámbito educativo, se propone una mirada integral, reconociendo aspectos positivos y dificultades; lo que resultará en un eslabón fundamental en el desarrollo de una personalidad resiliente en la población infantojuvenil con TDAH.

Por otro lado, Rates Regalla et al. (2019) (*estudio 6*) fundamentan la necesidad de generar más estudios con diseños del tipo cuantitativo sobre la resiliencia en adolescentes con TDAH. A su vez, plantea la necesidad de profundizar en el conocimiento de los factores no genéticos que impactan en la crianza de hijos e hijas con TDAH, debido a que las familias de adolescentes con esta condición se caracterizan por mayor presencia de interacciones negativas.

En la investigación de Schei et al. (2016) (*estudio 7*) se propone continuar profundizando en la evaluación de los factores de protección y de riesgo en la población con TDAH, enfatizando en el desarrollo de la competencia social y un mejor funcionamiento familiar, que permita identificar posibles objetivos de tratamiento y la mejora de la calidad de vida en esta población.

En la publicación de Verret et al. (2010) (*estudio 8*) se recomienda trabajar en la promoción de una mayor participación en actividades relacionadas con el deporte y el ejercicio físico. Se resalta como área de vacancia la exploración del impacto del déficit de habilidades motoras en la población infantojuvenil con TDAH en la participación deportiva, para indagar si la falta de habilidades motoras condiciona la participación deportiva, y si la falta de participación en actividades físicas o vinculadas al deporte repercute en el desarrollo de las habilidades motoras. Finalmente, los autores concluyen que, con una correcta estimulación en actividades ligadas a ejercicio físico, los niños, niñas y adolescentes con TDAH podrían desarrollar fortalezas en este aspecto.

Por último, en el estudio de Wu et al. (2016) (*estudio 9*), se sostiene la importancia del desarrollo de programas de intervención y de promoción de la salud que apunten a mejorar la calidad alimentaria y promover estilos de vida activos en los niños con TDAH. Los autores sostienen que esto podría reducir la carga sobre los sistemas salud pública en relación a las consultas por TDAH. El estudio plantea la necesidad de continuar profundizando el conocimiento sobre el impacto de los videojuegos y el tiempo en pantallas, como factor ambiental influyente en el desarrollo del TDAH.

Tabla 8 - Principales hallazgos y propuestas a futuro de los artículos incluidos en la revisión sistemática.

Código	Principales hallazgos	Propuesta
1	<p>Niveles similares de empatía con el grupo control. Los adolescentes con TDAH más empáticas que los varones con TDAH.</p> <p>Los y las adolescentes con TDAH y TOD mostraron niveles significativamente menores de empatía que el grupo control.</p>	<p>Los tratamientos planificados para adolescentes diagnosticados con TDAH y comorbilidad deben apoyar la toma de conciencia sobre sus fortalezas para contribuir positivamente al desarrollo de la empatía.</p>
2	<p>El grupo control presentó niveles de experiencia óptima percibida (EOP) significativamente superiores al grupo TDAH en las actividades académicas, artísticas y de amistad.</p> <p>No se encontraron diferencias al ver televisión, entretenerse con videojuegos o practicar deporte.</p> <p>En ambos grupos la EOP en la actividad de estudio está asociada al rendimiento académico.</p>	<p>Incluir herramientas de la psicología positiva en los tratamientos para la niñez y adolescencia con TDAH.</p> <p>Futuros estudios deberían utilizar diseños experimentales que permitan establecer posibles relaciones causa-efecto entre EOP y rendimiento escolar.</p> <p>Se debería profundizar en qué factores propician la EOP al realizar una determinada actividad (aumentan la atención), qué factores la impiden y qué factores la interrumpen.</p>
3	<p>Se presentó una posible organización de las características del TDAH en función de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, y la versión para niños y jóvenes, CIF(-CY)).</p>	<p>Existe una necesidad de evaluar el TDAH en un contexto más amplio, que se extienda más allá de los criterios de diagnóstico a muchas áreas de capacidad y discapacidad, así como a facilitadores, barreras ambientales y aspectos positivos.</p> <p>Se necesita mayor respaldo empírico para las fortalezas en esta población.</p>
4	<p>Existe una falta de estudios sobre las fortalezas en población con TDAH.</p>	<p>La importancia de tomar una postura basada en fortalezas para aproximarse al TDAH.</p>
5	<p>Se caracterizan estrategias que promueven la resiliencia: fortalecimiento de la autoestima, construcción de la identidad personal a través del desarrollo de las destrezas comunicativas, expresión de emociones y reconociendo cualidades y habilidades propias y de los demás.</p>	<p>Se recomienda continuar adaptando las estrategias de promoción de la resiliencia a la población con TDAH, en especial en lo que refiere a fortalecer las estrategias para la regulación emocional, particularmente del enojo/rabia.</p>
6	<p>El TDAH en adolescentes se asoció con una menor resiliencia, incluso cuando se controlaron los factores de confusión que a menudo se observan en asociación con el trastorno, no coincidiendo con otras investigaciones.</p>	<p>Son pocos las investigaciones que estudian la resiliencia en TDAH desde medidas cuantitativas, por lo que proponen la realización de más investigaciones en la temática.</p>
7	<p>Las competencias individuales, que incluyen el estilo estructurado, la competencia social y la competencia personal, fueron los mediadores más fuertes de la relación entre los problemas emocionales y la calidad de vida entre los adolescentes con TDAH.</p> <p>En los y las adolescentes con TDAH, el estilo de vida estructurado, competencia social y competencia personal, actuaron como factores de protección de los problemas emocionales coexistentes, lo cual se asoció con una mejor calidad de vida.</p>	<p>Continuar profundizando en la evaluación de los factores de protección y de riesgo en la población con TDAH, para identificar posibles objetivos de tratamiento.</p>

	<p>El nivel de aptitud física de los niños con TDAH fue similar al del grupo de control.</p>	
	<p>Los niños con TDAH y medicación presentaron un menor índice de masa corporal.</p>	
8	<p>Los niños con TDAH presentaron puntuaciones significativamente más bajas para las habilidades de locomoción.</p>	<p>Se recomienda trabajar en un mayor compromiso con la actividad física y evaluar estas diferencias como posible área de fortaleza.</p>
	<p>Los niños con TDAH mostraron altos niveles de actividad motora, pero presentaron niveles similares en capacidad física (fitness), posiblemente debido a su vida sedentaria, gran cantidad de tiempo jugando videojuegos y soledad.</p>	
	<p>El autoconcepto positivo estuvo asociado con mayor salud mental.</p>	
9	<p>A mejor dieta, menor sintomatología TDAH.</p>	<p>Importancia del desarrollo de programas de intervención que promuevan la vida activa y la alimentación saludable entre los niños y niñas con TDAH para la prevención y reducción de la</p>
	<p>Importancia del desarrollo de la autoestima.</p>	<p>utilización de servicios de salud por razones ligadas al trastorno.</p>
	<p>La actividad física alrededor de tres veces por semana, estuvo asociada a menores consultas de salud por cuestiones relacionadas con el TDAH.</p>	

En síntesis, la revisión realizada permitió identificar una diversidad de fortalezas y habilidades positivas estudiadas en la población de niños, niñas y adolescentes con TDAH, siendo la resiliencia la más estudiada, seguida de la empatía y fortalezas ligadas a la aptitud física. En líneas generales, los estudios presentan como potenciales a las habilidades positivas y fortalezas estudiadas, sosteniendo la necesidad de brindar apoyo y contribuir a su desarrollo. La resiliencia se destaca no sólo por ser la más estudiada sino porque es presentada como factor de protección, promotora de calidad de vida y bienestar psicológico.

Las dificultades en la crianza y las características familiares también han sido objeto de análisis en los trabajos revisados, sosteniéndose cómo un ámbito a trabajar para obtener mejoras significativas en los aspectos sintomáticos.

Finalmente, en líneas generales comparten la propuesta de continuar trabajando con medidas cuantitativas de habilidades positivas en esta población y promover el desarrollo de programas de intervención que tengan por objetivo disminuir los síntomas primarios del trastorno, como potenciar el desarrollo de las fortalezas y habilidades positivas.

6.2 OBJETIVO 2: Diseño del programa de intervención: “¡Vamos con Tuti!”

El presente apartado responde al segundo objetivo particular del trabajo de investigación: “Diseñar un programa de intervención psicoeducativo, en el ámbito escolar, con validez ecológica y basado en la evidencia, orientado a fortalecer las habilidades positivas de niños, niñas y adolescente con TDAH y fomentar en sus docentes una percepción integral sobre las dificultades y fortalezas.”

El programa se encuentra publicado bajo el título “¡Vamos con Tuti!”. Programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar habilidades positivas en estudiantes con TDAH.” (Paneiva Pompa et al., 2024b). A lo largo del marco teórico y en la justificación de esta investigación se han expuesto las principales características que presentan los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, no sólo centrándose en los aspectos deficitarios sino también en las fortalezas y habilidades positivas de esta población. El programa de intervención “¡Vamos con Tuti! busca dar una respuesta integral y ecológica a sus necesidades y potencialidades. Integral, al estar dirigido no solo de manera individual, sino también a su familia, pares y docentes (Chan et al., 2023); y

ecológica, por buscar un impacto positivo y resultados que puedan ser transferidos a situaciones de la vida cotidiana. Por lo tanto, la propuesta de intervención integral diseñada aborda la problemática desde diferentes perspectivas: sesiones individuales con el niño, niña o adolescente con diagnóstico de TDAH; talleres dirigidos al grupo áulico, sesiones a padres y talleres con sus docentes (y miembros de la institución educativa que quieran participar). Cada una de estas perspectivas se abordarán en detalle luego de la fundamentación teórica general, especificando áreas de trabajo, objetivos, recursos necesarios y materiales brindados.

“¡Vamos con Tuti!” está centrado en promover y potenciar habilidades positivas y fortalezas de niños, niñas y adolescentes escolarizados con diagnóstico de TDAH, que contribuya no sólo a compensar la sintomatología propia del trastorno, sino también a mejorar su adaptación al contexto escolar, su calidad de vida, capacidad de resiliencia, autoestima y competencia social.

A continuación, se desarrollan la estructura y descripción del programa de intervención diseñado, implementado y evaluado a lo largo de este estudio.

Esquema general del programa de intervención

La intervención se encuentra estructurada en tres bloques y tiene una duración aproximada de 11 semanas:

- BLOQUE 1: Se centra en áreas de trabajo y objetivos vinculados al conocimiento del TDAH, aportes de la neurociencia y compensación de los síntomas primarios del trastorno. Incluye seis encuentros individuales, la sesión 1 con sus docentes, la entrevista inicial y la segunda sesión con la familia.
- BLOQUE 2: Aborda el fortalecimiento de habilidades positivas y fortalezas. Incluyen un encuentro individual, dos talleres con el grupo áulico y la sesión 2 con sus docentes.
- BLOQUE 3: Corresponde al cierre del programa para consolidar aprendizajes y prevención de recaídas. Incluye el cierre individual y la entrevista de cierre con la familia.

En la Tabla 9 se presenta el Esquema General del programa de intervención.

Tabla 9 - Esquema general del programa de intervención.

BLOQUE	AREAS	SEMANA	SESIÓN	OBJETIVOS
1	Conocimiento del TDAH, aportes de la neurociencia y compensación de los síntomas primarios del trastorno.	1	Padres 1	- Brindar psicoeducación sobre las características del TDAH. - Presentar el programa. - Generar rapport para la intervención.
			Docentes 1	- Presentar el objetivo y la modalidad de trabajo. - Establecer rapport. - Brindar aportes desde la neurociencia. - Potenciar el trabajo docente respecto a los desafíos que plantea la heterogeneidad en las aulas. - Reflexionar sobre el valor de un aula inclusiva. - Proporcionar información específica y actualizada del TDAH y sus síntomas: déficit atencional, hiperactividad e impulsividad.
		2	Individual 1	- Psicoeducar sobre características del TDAH. - Explicación sobre el programa. - Generar rapport para la intervención.
		3	Individual 2	- Introducir el concepto de emoción. - Identificar emociones. Conocer y comprender los cambios fisiológicos asociados a cada emoción. - Introducir al análisis de la relación entre pensamiento y emoción.

		4	Individual 3	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir al análisis de la relación entre la tríada cognitiva pensamiento-emoción-conducta. - Explorar la diversidad en la interpretación de una misma situación. - Introducir en estrategias de regulación emocional. - Conocer los cambios fisiológicos y psicológicos generados por las emociones intensas. - Comprender las consecuencias de las conductas bajo la pérdida de control.
		5	Padres 2	<ul style="list-style-type: none"> - Informar de lo trabajado hasta el momento. - Mejorar la competencia y habilidades parentales para el manejo de la conducta. - Brindar herramientas y entrenamiento para el manejo de la conducta.
			Individual 4	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia de la dimensionalidad de las emociones. - Reconocer los niveles de activación emocional. - Reconocer e identificar estados emocionales de diferente intensidad.
		6	Individual 5	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la impulsividad. - Aprender una herramienta para la regulación emocional. - Promover el autocontrol.
		7	Individual 6	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar lo aprendido en los encuentros anteriores. - Continuar entrenamiento en las habilidades aprendidas. - Incorporar nuevas herramientas de regulación emocional y resolución de conflictos. - Reconocimiento y entrenamiento en habilidades sociales para lograr una resolución pacífica de conflictos, una convivencia armónica y el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias.
2	Fortalecimiento de habilidades positivas y fortalezas.	8	Docentes 2	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilitar un espacio de intercambio de experiencias y apoyo para los docentes. - Psicoeducar sobre las características positivas de la población con TDAH. - Favorecer la adquisición de estrategias para detectar y potenciar habilidades positivas y fortalezas en niños, niñas y adolescentes con síntomas de déficit atencional, hiperactividad e impulsividad. - Brindar estrategias aplicables a la práctica educativa que favorezcan la inclusión educativa del estudiante con diagnóstico de TDAH. - Desarrollar un cierre, focalizando en los aprendizajes y en la prevención de recaídas.
			Grupal 1	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una comprensión positiva de las capacidades la población con TDAH y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar. - Descubrimiento y reconocimiento de las habilidades positivas, buscando desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades. - Promover habilidades positivas, brindando la posibilidad a aquellos con diagnóstico de TDAH de desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades.
		9	Grupal 2	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento y reconocimiento de las habilidades positivas, buscando desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades - Conocer, promover y fortalecer la resiliencia. - Promover una actitud resiliente: reformulación positiva del problema, aplicar la creatividad para resolverlos y aprendizaje de los errores y aciertos.
		10	Individual 7	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una visión integral, considerando fortalezas y habilidades positivas. - Promover una actitud resiliente de reformulación positiva de las características personales.

6.2.1
Sesiones

				- Fomentar conductas prosociales que promuevan una autoestima positiva.
3	Cierre del programa y prevención de recaídas.	11	Individual 8 Padres 3	- Desarrollar un cierre, focalizando en los aprendizajes y en la prevención de recaídas.

individuales con el niño, niña o adolescente con diagnóstico de TDAH

Esquema general de los encuentros

La intervención individual se estructura en 8 encuentros con una duración aproximada de 40 minutos cada uno, de frecuencia semanal. Todos los encuentros tienen una estructura similar con los siguientes 4 momentos: repaso y revisión de la Tarea Inter Sesión (TIS) brindada en el encuentro anterior, psicoeducación, entrenamiento y explicación de la nueva TIS. Entre la sesión 6 y 7 individual, se propone dar lugar a los talleres junto a su grupo áulico.

Al comenzar el primer encuentro, se brinda un “Cuadernillo de administración” para que registre lo trabajado en cada encuentro. El mismo puede observarse en Anexos.

Esquema particular de cada sesión

Sesión 1: “¡Vamos con Tuti!”

- Objetivo general: Introducir en la psicoeducación sobre las características del TDAH. Explicación sobre el programa. Establecer un rapport para la intervención.

☞ *Actividad 1: ¡Vamos con Tuti!*

- Objetivos: Brindar información sobre las características de la población con TDAH: tanto aspectos sintomatológicos como fortalezas. Reflexionar sobre cómo el contexto influye en la percepción de una característica como positiva o negativa. Sentar las bases para futuras intervenciones: importancia de compensar lo negativo y fortalecer lo positivo de esta condición.

- Tiempo: 30/40 minutos.

- Desarrollo:

Se utiliza el cuento original creado para esta intervención “Tuti, hoy te convertiste en héroe.”, en donde se describe un día cotidiano de un niño con diagnóstico de TDAH. El mismo se encuentra disponible en Anexos. Luego de leerlo se pide al participante que dibuje a Tuti.

Posteriormente, utilizando una serie de “Preguntas para reflexionar” (preguntas orientativas para guiar el proceso de reflexión) se invita a escribir alrededor del dibujo las características de Tuti (tanto positivas como negativas). Se buscará destacar no solo los aspectos sintomatológicos, sino también las fortalezas de esta condición de neurodesarrollo. La identificación con el personaje principal del cuento, será utilizada como insumo para dialogar. En este sentido, psicoeducar con recursos lúdicos y creativos puede ser útil para desdramatizar e introducir elementos de humor al tratamiento (Bunge et al., 2009).

☞ *Preguntas para reflexionar:*

Luego se realiza un espacio de reflexión para compartir si se siente identificado/a, como punto de partida para iniciar la psicoeducación sobre el diagnóstico.

¿Quién es Tuti? ¿Cómo es Tuti? ¿Cómo lo podrías describir? (señalar aspectos relacionados al diagnóstico y aspectos positivos)

¿Qué pasó en el cuento? ¿Te sentiste identificado/a con Tuti? ¿Te acordás alguna vez que te haya pasado algo parecido?

Sesión 2: “Las emociones”.

- Objetivos: Introducir el concepto de emoción. Identificar emociones. Conocer y comprender los cambios fisiológicos asociados a cada emoción. Introducir al análisis de la relación entre pensamiento y emoción.

☞ Actividad 1: Dígalo con mímica de las emociones

- Objetivos: Introducir el concepto de emoción. Identificar emociones. Conocer los cambios fisiológicos propios de cada emoción.

- Tiempo: 20 minutos.

- Desarrollo: Se comienza brindando una definición de emoción.

“Las emociones son como trajes que un superhéroe se va cambiando según el lugar a donde tiene que ir o el enemigo al que tiene que enfrentar. Como si tuviera que ir abajo del agua, seguramente se pondría un traje con tubos de oxígeno, branquias de pez para poder respirar y aletas. O si el villano volara se pondría un traje que le permitiera también volar, con alas o propulsores. De la misma manera, las emociones son cambios que nos pasan en el cuerpo que nos permiten realizar alguna conducta con más posibilidades de éxito, es decir de lograr un objetivo. Cuando nos emocionamos de alguna manera, nos estamos preparando para algo.”

Luego se presentan tarjetas que especifican diferentes emociones y un ejemplo de situación para representar. De manera alternada con el participante se van representando las emociones, tratando de adivinar que emoción se está representando. Por ejemplo, en la primera ronda el participante toma una de las tarjetas y representa la emoción que allí se describe y el terapeuta intenta adivinar de cuál se trata. Luego cambian de roles, el terapeuta realiza la mímica y el participante intenta adivinar. Al dar una respuesta correcta, se enfatiza en la toma de conciencia sobre los cambios en el cuerpo y la conducta característicos de cada emoción.

Se dirá: *“Hoy haremos un juego. ¿Conocés el juego dígalo con mímica? Hoy vamos a jugar al “Dígame con mímica de las emociones”. Iremos actuando una vez cada uno. Tenemos que pensar cómo actuar la emoción que salí en la tarjeta. En las tarjetas tenemos también un ejemplo para que tengamos alguna idea si no se nos ocurre nada. La primera empiezo yo para mostrarte. El otro tiene que adivinar cuál de las emociones de esta tarjetita (se señala lamina donde figuran las posibles emociones a representar) estamos actuando”.*

En Anexos se pueden ver las tarjetas con las emociones y ejemplos. A continuación, se copia una imagen de las mismas reducida en tamaño.



Ilustración 3 - Tarjetas "Dígalos con mímica de las emociones"

Luego se pregunta "¿Cómo te diste cuenta de que emoción estaba haciendo? ¿O cómo crees que me di cuenta yo? (hacer referencia a los cambios conductuales y expresiones); ¿Qué cosas te hacen sentir así?" Finalizar definiendo el concepto de emoción.

Posteriormente se conversa sobre las características principales de cada una de las emociones. En Anexos juntos a las tarjetas de la actividad, se presenta un breve resumen de las ideas que se buscan transmitir.

- Recursos: Lámina con las emociones incluidas en la actividad. Tarjetas con nombre de las emociones para sortear.

Actividad 2: "Los anteojos con los que miramos"

- Tiempo 20 minutos.

- Objetivos: Introducir al análisis de la relación entre pensamiento y emoción.

- Desarrollo: Se relata una situación específica "El ejemplo de la cartuchera", una breve representación/relato que ilustra como una misma situación que podría darse en el aula puede provocar diferentes emociones y comportamientos, según nuestros pensamientos de ese momento.

"Supongamos que estamos en el colegio y pasa un compañero por al lado de nuestro banco, y nos tira la cartuchera. Si en ese momento pensamos que "lo hizo para molestarnos, para pelearnos y provocarnos... que lo hizo a propósito..." ¿Cómo nos vamos a sentir? ¿Qué vamos a hacer?"

Ahora supongamos la misma situación, estamos en el colegio y pasa un compañero por al lado de nuestro banco, y nos tira la cartuchera. Si en ese momento pensamos que "lo hizo para hacernos reír, a manera de un chiste, para divertirnos..." ¿Cómo nos vamos a sentir? ¿Qué vamos a hacer?"

Una misma situación la podés interpretar de diferentes maneras y eso influye en la manera en que te sentís. Los pensamientos son como anteojos a la hora de mirar. Según qué color tengan los lentes será el color con el que vamos a ver".

Luego se colocan dos pares de anteojos sobre la mesa, y se nombran diferentes situaciones. Al colocarse los anteojos, se pide al participante que imagine una emoción y exprese qué podría estar sucediendo. Luego se le solicita que cambie de anteojos y se le indica cuál es la nueva emoción que podría estar sintiendo y se le pregunta qué pensamiento sería coherente con esa emoción. Se busca guiar en la respuesta cuáles

podrían ser los cambios fisiológicos. En la Tabla 10 se presentan las situaciones y las emociones de las consignas.

Tabla 10 - Situaciones para la actividad "Los anteojos con los que miramos"

SITUACIÓN	EMOCIONES
Me regalan una bicicleta nueva.	Miedo – Alegría
Pido si me dejan jugar, y me dicen que no.	Enojo – Tristeza
Me regalan un sándwich en el recreo.	Asco – Alegría
Me están por entregar la nota de una prueba.	Vergüenza – Miedo
Me invitan a la casa de un amigo.	Sorpresa – Miedo
Un compañero se sacó un 10 en una prueba.	Alegría – Envidia

- Recursos: 2 anteojos de gran tamaño. En los Anexos se presentan los anteojos para ser impresos y recortados en papel cartulina.

TIS:

- Objetivos: consolidar lo aprendido en las actividades 1 y 2.

- Desarrollo: Esta actividad se encuentra en el cuadernillo. Consiste en una tabla para completar. La primera columna contiene caras de emociones al estilo emoticones. En las dos columnas siguientes el participante debe escribir la emoción correspondiente y el posible pensamiento asociado a dicha emoción.

a) ¿Qué emoción representa cada cara?

b) ¿Qué podría estar pensando?

EMOJI*	¿QUÉ EMOCIÓN REPRESENTA?	¿QUÉ PUEDE ESTAR PENSANDO?
		
		
		
		
		

Ilustración 4 - TIS sesión 2: Las emociones

Sesión 3: "Pensamiento-Emoción-Conducta".

- Objetivos: Introducir al análisis de la relación entre la tríada cognitiva pensamiento-emoción-conducta. Explorar la diversidad en la interpretación de una misma situación. Introducir en estrategias de regulación emocional. Conocer los cambios fisiológicos y psicológicos generados por las emociones intensas. Comprender las consecuencias de las conductas bajo la pérdida de control.

Repaso TIS:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en la sesión 2.

- Tiempo 5 minutos.

- Desarrollo: Se revisa la TIS, observando las respuestas y corrigiendo según lo esperado si fuera necesario.

Actividad 1: "Cambiando la tele de canal."

- Objetivos: Introducir al análisis de la relación entre la tríada cognitiva pensamiento-emoción-conducta. Explorar la diversidad en la interpretación de una misma situación.

- Tiempo 25 minutos.

- Desarrollo: se presentan diversas situaciones. A partir de cada una el participante deberá completar un cuadro, analizándolas bajo “dos canales de televisión” distintos que representan dos perspectivas diferentes: el canal de las malas noticias y el canal de las buenas noticias (pensamiento alternativo positivo). Se busca ayudar a identificar pensamientos automáticos y desarrollar habilidades para poder pensar de manera alternativa.

Se dice: *“En el encuentro anterior aprendimos qué son las emociones, cómo se expresan en nuestro cuerpo y que siempre van acompañadas de algún pensamiento. ¿Te acordás del ejemplo de la cartuchera? (Sesión 2. Volver a contarlo enfatizando en que nos comportamos de una forma o de otra según lo que interpretemos de la situación). Según lo que nosotros pensemos de la situación, es cómo nos vamos a sentir y cómo vamos a actuar.*

Hoy vamos a profundizar un poco más en eso, pero vamos a pensar un poco más en nuestra conducta, es decir lo que nosotros hacemos o no hacemos.

Imaginemos que nuestra mente es como un televisor, y tenemos el poder de cambiar de canal. En el canal 1 vemos malas noticias y en el canal 2 vemos buenas noticias. Te voy a leer diferentes situaciones, y me vas a tener que ir diciendo qué pensamiento tendrías si estuvieras en el canal 1 (el de las malas noticias) y qué pensamiento tendrías si estuvieras viendo el canal 2 (buenas noticias). Por ejemplo, si estuviera en el recreo y un grupo de chicos del otro grado te invita a jugar con ellos. ¿Qué podríamos estar pensando en el canal de las buenas noticias? ¿y en el canal de las malas noticias?”

Luego se agrega: *“Ahora quiero que me digas que emoción podrían tener estas personas de acuerdo a los pensamientos que me dijeron. ¿Cómo podrían sentirse?, y ¿Cómo podrían reaccionar o qué cosa podrían hacer?”*

- Situaciones:

- 1) La maestra va a entregar las notas de la prueba.
- 2) Están jugando Boca y River, y hay un gol de Boca.
- 3) Un compañero del colegio está entregando las tarjetas de invitación a su cumpleaños.
- 4) Un nuevo jueguito para computadora saldrá hoy a la tarde.
- 5) Mi familia me va a llevar a la plaza después del colegio.
- 6) Mañana tengo turno en el dentista.

El cuadro para completar forma parte del cuadernillo del participante.

Situación	Canal	Pensamiento	Emoción	Conducta

Ilustración 5 - Cuadro actividad “cambiando la tele de canal”.

🗨️ Preguntas para reflexionar:

Luego se invita a reflexionar: ¿Todos pensaríamos las mismas cosas, o habría diferencias? ¿Cuál de los canales uso más seguido en la vida? ¿El de las buenas noticias o el de las malas noticias? ¿Cómo me siento si tengo ese canal todo el tiempo?

📖 Actividad 2: “Un globo por explotar”

- Objetivos: Introducir estrategias de regulación emocional. Conocer los cambios fisiológicos y psicológicos generados por las emociones intensas. Comprender las consecuencias de las conductas bajo la pérdida de control.

- Tiempo: 20 minutos.

- Desarrollo:

Se dice “Algunas personas piensan que las emociones sólo se expresan cuando llegamos al límite y tenemos que descargar. Es como si pensáramos que somos una especie de bomba, que no le damos importancia hasta que explotamos. Pero si esperamos a explotar para prestarle importancia, ya será tarde porque cuando la bomba explotó saldrá lastimada mucha gente, entre ellos nosotros.

Otra manera de pensar a las emociones es como un globo. Un globo no se llena de una vez y explota. Sino que se va llenando de a poco. A medida que lo vamos inflando vamos prestando atención a si ya es suficiente la cantidad de aire o podemos inflarlo un poco más. Así, por ejemplo, cuando estamos muy enojados el globo se hincha y se hincha y cuando explota, es porque perdimos el control. ¿A quién le gusta escuchar el ruido de un globo que explota? Por eso, hay que evitar explotar como el globo y cuando notemos que vamos a explotar como un globo no seguir.

Tanto en el caso de la bomba, como con el globo, existen señales que nos pueden avisar antes de que explotemos. A nosotros nos pasa lo mismo:

En los pensamientos: “me están provocando”, “lo quiero matar”, “si lo agarro...”, “es un...”.

En el cuerpo: se me ponen tensos los músculos, me pongo colorado, el corazón late más fuerte, me muerdo los labios, cierro los puños.

En la conducta: subo el tono de voz, se me escapa algún insulto, me pongo en actitud de ataque o de defensa.

Estas señales u otras parecidas pueden ser tus alarmas de enojo. ¿Te animas a pensarlas y dibujarlas/escribirlas?”

Se brinda un cuadro para completar con las señales de alarma que el participante identifique como propias. El mismo forma parte del cuadernillo. El completar el cuadro ayuda a reconocer las señales de alarma a nivel de pensamiento, fisiológico y conductual que se experimenta con el aumento del enojo. Se propone desarrollar habilidades metacognitivas para acceder y describir adecuadamente pensamientos, emociones y sentimientos, con sus correspondientes registros, así como comprender la relación entre pensamientos y emociones y el reconocimiento de diferentes niveles o grados de activación emocional.





SEÑALES DE ALARMA	
<p>En el pensamiento:</p> 	
<p>En el cuerpo:</p> 	
<p>En la conducta:</p> 	

Ilustración 6 - Cuadro actividad un globo por explotar

 Tarea para el hogar:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en las actividades 1 y 2.
- Desarrollo: Cada participante recibe una copia con la actividad en su cuadernillo, que debe traer realizada para la próxima sesión. La TIS es en una adaptación del método A-

B-C de Ellis y Grieger (1977), que consiste en orientar a los participantes mediante situaciones ejemplo y tablas para completar, en la detección de los autodiálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas para luego poder cuestionarlos.

“A continuación, tenés un ejemplo de cómo ante una misma situación se pueden pensar cosas distintas y sentir emociones distintas. Completá los espacios en blanco.”

Situación	Pensamientos	Emoción	Conducta	Cambios en el cuerpo
La señorita dice que mi trabajo está mal hecho.	"Soy un fracasado"			Falta de energía, ganas de llorar.
	"Seguro se equivocó"			Musculos relajados, respiración profunda.
	"Papá y mamá se van a enojar"			Dolor de panza, inquietud, transpiración.
	"Me odia"			Mis caros termos, almohada y paños apretados, calor.
Mis papás no me dejan jugar a mi juego favorito.		Sorpresa		
			Falta de energía, ganas de llorar.	
			Falta de gusto	

Ilustración 7 - Cuadro a completar TIS sesión 3

Sesión 4: "El emocionómetro".

- Objetivos: Tomar conciencia de la dimensionalidad de las emociones. Reconocer los niveles de activación emocional. Reconocer e identificar estados emocionales de diferente intensidad.

☞ Repaso TIS:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en la sesión 3.

Se revisa la TIS, observando las respuestas, y corrigiendo según lo esperado si fuera necesario.

- Tiempo: 10 minutos.

☞ Actividad 1: Termómetro de las emociones¹

- Objetivos: Tomar conciencia de la dimensionalidad de las emociones. Reconocer los niveles de activación emocional. Reconocer estados emocionales de diferente intensidad.

- Tiempo: 20 minutos.

- Desarrollo: El emocionómetro (Bunge et al., 2009; Isern, 2016) es una herramienta útil para regular las emociones y para trabajar la dimensionalidad de las mismas. Se comienza con una analogía del termómetro que se utiliza para registrar la temperatura corporal. Se presenta una imagen de un termómetro, que muestra niveles de enojo de 0 a 10; diferenciando tres bloques: 0 a 3 lo que molesta, 4 a 7 se encienden nuestras alarmas (trabajado en la sesión anterior), 8 a 10 perdemos el control.

Se expresa: *“¿Para qué sirven los termómetros? Cuando estamos enfermos nuestros papás usan un termómetro para saber si tenemos fiebre, y así decidir si nos llevan al médico o nos quedamos en casa descansando y estamos listo para el ir al cole. No es lo mismo tener mucha fiebre, que tener un poquito.*

De igual forma podemos medir nuestras emociones. Hoy te voy a presentar el termómetro de las emociones. El emocionómetro, o termómetro de las emociones, nos

¹ Basado en Isern (2016) y Bunge, et al. (2009).

sirve para saber qué tan intensamente estamos viviendo una emoción, y al igual que cuando tenemos fiebre, dependiendo de la temperatura que tengamos tomar una decisión. De acuerdo a qué temperatura emocional tengamos nuestras alarmas nos irán avisando si tenemos que tranquilizarnos un poco antes de seguir.

Podemos distinguir tres grandes niveles:

‡ De 0 a 3: estamos tranquilos. Nuestras alarmas emocionales aún no están encendidas. Si estamos contentos podemos reírnos, pero sin molestar, si tenemos miedo podemos pedir ayuda, si algo no sale como esperaba puedo sentirme desilusionado y si hay algún problema podemos reconocer qué nos molesta.

Ejemplo: Cuando llego al cole y saludo a la seño, me siento bien, y pienso que voy a tener un buen día.

‡ De 4 a 6: hay una situación que te activa emocionalmente. Sus alarmas se activarán cercano al nivel 6, y van a empezar a sentir ciertos cambios. Si estoy contento me dan muchas ganas de compartirlo, si tenemos miedo empiezo a sentir que me dan ganas de irme, si estoy triste tengo ganas de estar más tranquilo sin nadie y quizás me dan ganas de llorar, y si hay un problema, estás enojado, pero todavía estás bajo control. Es un buen momento para comunicarte con otros y expresarles cómo te sentís.

Ejemplo: Salgo del cole., les pregunto a mis papás si puedo invitar mañana algún amigo a casa y me dicen que no.

‡ De 7 a 10: sus alarmas pueden llegar a sonar tan fuerte que no los dejarán actuar de forma controlada. Lo que sentís te desborda y podés llegar a perder el control sobre vos mismo. Por eso cuando llegamos a estos niveles no es momento de compartir con otros hasta que logremos calmarnos y llevar nuestras emociones a niveles controlables. Actuar bajo la influencia de las emociones en este momento podrá tener consecuencias negativas.

Por ejemplo: estoy súper contento porque me saqué un 10 en el examen de matemática. Cuando llega la teacher de inglés, yo estoy súper contento (nivel 10 del termómetro). Estoy saltando de alegría, gritando de contento. La teacher se pone a explicar un tema, si no bajo mi temperatura emocional ella me va a retar porque tengo que estar tranquilo para prestar atención.”

Luego se continúa con el ejemplo del enojo:

“Esta técnica es de especial utilidad para cuando estamos enojados. Poder diferenciar nuestra temperatura del enojo nos va a permitir evitar explotar como una bomba. En el enojo para cada nivel de temperatura podemos llamarlo de una manera distinta. Por ejemplo (mostrar la versión de nuestro termómetro cuando no estamos para nada enojados, al nivel 1, estamos <<Totalmente en paz>>, a un nivel 5 podemos decir que estamos <<molestos>> y al 8 <<furiosos>>.”

Ahora juntos vamos pensar 1) ¿Qué sensaciones, pensamientos y conductas tenemos cuando estamos entre la temperatura 7 a 10? 2) ¿Qué podés hacer para bajar el enojo de nivel 10 a nivel 5 que es cuando todavía lo controlamos?



2

Ilustración 8 - Termómetro de las emociones (diferentes niveles de enojo)

Tarea para el hogar:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en la actividad 1.
- Desarrollo: Cada participante recibe una copia con la actividad en su cuadernillo que debe traer realizada para la siguiente sesión. Consiste en un registro semanal de situaciones que generen enojo, con los pensamientos y conductas aparejados.

“A continuación, tenés un cuadro para que puedas ir registrando tus enojos durante la semana. La idea es que en algún momento del día puedas anotar si te molesto algo o quizás te enojaste. Quizás no sea algo que te lleve a nivel 10 del termómetro, la idea es que puedas ir “midiendo” tus emociones. Vas a tener que anotar a qué temperatura llegaste, qué estabas pensando y qué te llevo a hacer ese nivel de enojo.”

Día	Temperatura	Pensamiento	Conducta

Ilustración 9 - Cuadro para realizar TIS sesión 4

Sesión 5: “El semáforo de las emociones”

- Objetivos: Reducir la impulsividad. Aprender una herramienta para la regulación emocional. Promover el autocontrol.

Repaso TIS:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en la sesión 4. Se revisa la TIS, observando las respuestas y corrigiendo según lo esperado si fuera necesario.
- Tiempo: 10 minutos.

Actividad 1: El semáforo de las emociones.

- Objetivos: Reducir la impulsividad. Aprender una herramienta para su regulación emocional. Promover el autocontrol.
- Tiempo: 20/25 minutos.
- Desarrollo: El semáforo de las emociones (Bunge et al., 2009) es una herramienta útil para regular las emociones y para trabajar la resolución pacífica de conflictos. A partir de un elemento del entorno conocido por los participantes, se les enseña y entrena en ser conscientes de que las emociones pueden ser experimentadas de acuerdo a diferentes niveles de intensidad, y no sólo como una experiencia de “todo o nada”. Esta técnica es una guía de actuación al sentir emociones que nos pueden hacer perder el control,

² Ilustración obtenida de Bunge, et al. (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos. Librería Akadia Editorial.

incorporando tres pasos: rojo (respirar y detenerse), amarillo (pensar en opciones) y verde (elegir una opción considerando las consecuencias).

Introducir la actividad con las siguientes preguntas: “¿Para qué sirven los semáforos? ¿Qué hacen los autos cuando el semáforo está en rojo? ¿Y en verde? ¿Qué pasaría si no hubiera semáforos en la calle? ¿Qué pasaría si todas las personas anduvieran a toda velocidad sin pensar en las demás personas? ¿Qué les podría pasar?”.

Posteriormente, se hace evidente el paralelismo con respecto a “ir por la calle sin semáforos – actuar intensamente e impulsivamente” y “respetar los semáforos – tener en cuenta las dimensiones emocionales y saber regular mis emociones”. Y se dice: “Ya aprendimos a reconocer las temperaturas de las emociones y medir los grados del enojo. Vimos que algunas veces, cuando nos enojamos mucho, actuamos sin pensar y contestamos mal. Por eso es importante no llegar a esos niveles en los que perdemos el control. En los momentos previos nos haría falta un semáforo que nos ayude a frenar como a los autos.

Te propongo que empecemos a usar un semáforo imaginario que será una herramienta muy útil para ayudarte a frenar y pensar.”

Ayudados con la imagen del semáforo del cuadernillo de administración, se van coloreando las luces de colores explicando que significa cada color:

“Te propongo que pienses que tenemos un semáforo en nuestra mente:


Luz roja: Nos ayudará a parar unos instantes. Debemos parar y detectar qué nos pasa. Es necesario que respiremos hondo dos o tres veces y nos relajemos mientras pensamos que emoción estamos sintiendo. Por ejemplo, me pregunto ¿me estoy enojando demasiado? ¿qué es lo que me enoja? ¿me parece mal que no me dejen jugar?

Luz amarilla: Nos ayudará a pensar tres formas de solucionar el problema que estamos teniendo. Pensá: ¿Qué puedo hacer frente a esta situación? No importa que las ideas sean buenas o malas. Por ejemplo: 1) mando a todos a la “miércoles” y me voy gritando, 2) me quedo sentado/a sin decir nada y sin jugar, 3) trato de calmarme y pedirle a la señora que me ayude.

Luz verde: Ya paramos, sabemos cómo nos sentimos y pensamos alternativas para dar respuesta a la situación. Ahora, nos toca actuar. ¿Qué debemos hacer? Por eso lo primero que vamos a hacer es elegir la alternativa más adecuada. El objetivo es que entiendan lo que vos necesitás sin buscar perjudicar a los otros. Vas a elegir según el resultado. De esas alternativas que dijimos, cuál será la que me ayude a tener el resultado que espero. Algunas veces no vamos a llegar a la solución ideal, y nos debemos conformar con la menos mala...

La idea es que cuando tengamos algún conflicto, problema o sintamos que nos estamos desbordando pensemos en nuestro <<semáforo mental>>, lo miremos y sigamos estos pasos.”

Una vez que los participantes se interiorizaron con la técnica, se trabaja a partir de los ejemplos utilizados en la TIS de la última sesión. Se retomará cada una de las situaciones, y se irá preguntando en qué temperatura del emocionómetro se encontrarían los participantes.

 Tarea para el hogar:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en la actividad 1.

- Desarrollo: La TIS consiste en indicar al participante que piense una situación escolar que lo podría haber llevado al máximo nivel del “emocionómetro” y utilice el semáforo, siguiendo el paso a paso para abordar la situación.

emocional: “el entrenador”, “el freezer del enojo” (entrenamiento en autoinstrucciones) y “soy un globo” (respiración profunda).



Ilustración 11 - Mapa del tesoro para la actividad "Volviendo sobre nuestros pasos"



Ilustración 12 - Barco para la actividad "Volviendo sobre nuestros pasos".

☞ Actividad 2: Las técnicas del maestro Shifu

- Objetivos: Repasar las emociones básicas. Incorporar nuevas herramientas de regulación emocional y resolución de conflictos.

- Tiempo: 35 minutos.

- Desarrollo: Se presentan diferentes herramientas a través de una historia. Cuando aparece el maestro Shifu en la narración, se presenta la imagen de este personaje, la cual se encuentra disponible en Anexos. A partir de ese momento, se enseñan y entrenan diferentes técnicas de regulación emocional. Se le destinan veinte minutos al entrenamiento en respiración profunda/diafragmática, utilizando un video como herramienta para modelar la técnica. El material seleccionado es una reversión en español del original "Just Breathe" de Julie Bayer Salzman y Josh Salzman (Wavecrest Films). La versión original se encuentra disponible en la plataforma YouTube en el link: <https://www.youtube.com/watch?v=csLMKZCpTAA>. En “¡Vamos con Tuti!”, se prioriza el idioma por lo que se reproducirá la versión “Solo respira”, del Colegio Bicentenario de Excelencia Pedro Apóstol, que también se encuentra disponible en YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=O37YB5-Ob_E

A continuación, se dice: “Al llegar a esta nueva isla, emprendimos la búsqueda del tesoro que nos habían prometido. Buscamos durante horas. En un momento, unos ruidos lejanos llamaron nuestra atención. Con mucho esfuerzo, agitados luego de subir una colina, llegamos hasta donde creímos que se originaban los ruidos. Vimos unos animales moverse cerca nuestro. La sorpresa fue muy grande. ¿Cómo creen que fue la cara que pusimos?

De esta manera, estamos preparados para prestar atención.

Los misteriosos animales se acercaron poco a poco. El miedo se empezó a apoderar de nosotros al descubrir que eran... tigres... ¿Qué cambios tuvimos en nuestro cuerpo? (se da lugar para la respuesta). Del miedo que teníamos salimos corriendo a una gran velocidad. ¡Corrimos y corrimos! Hasta que nos quedamos sin energía. Cuando ya nos sentimos seguros paramos. No sabíamos ni dónde estábamos... Estábamos cansados, desanimados. Sin fuerza. Mientras tomábamos aire para recuperar energía, pensábamos en todo el esfuerzo, en todo lo que habíamos hecho, y al final para nada... Los

pensamientos nos llevaban a pensar que nada tenía sentido... qué cómo íbamos a caer en semejante trampa. Las ganas de llorar llenaban nuestros ojos de lágrimas... ¿Qué emoción sentimos? (se da lugar a la respuesta).


Luego la tristeza dio lugar a otros pensamientos. Empezamos a pensar que todo esto era injusto. Apretamos nuestros dientes. Cerramos los puños. Nos pusimos colorados y nuestros músculos se pusieron tensos... ¿Qué emoción sentimos? (se da lugar a la respuesta). ¿Qué temperatura tendrías en el termómetro del enojo?

Cuando nuestra alarma del enojo estaba sonando hace rato, y no podíamos aplicar el semáforo de las emociones, apareció el maestro Shifu.




Ilustración 13 - Imagen del maestro Shifu para actividad "Las técnicas del maestro Shifu"

El maestro Shifu es un gran maestro del arte de la regulación emocional, es decir del manejo de las emociones. Había aprendido muchas técnicas a lo largo de su vida, y se ofreció a enseñárnoslas. Este era nuestro tesoro...

 **El entrenador:** consiste en darse órdenes a uno mismo. Es algo parecido a la charla que el entrenador da al equipo en el vestuario, antes de salir a jugar un partido importante.

a) Es muy importante alentarnos y decirnos frases de ánimo cuando debemos enfrentar un desafío importante. Es como si pudiéramos ver el partido desde afuera, no dejarnos atrapar por el momento, sino pensar como si estuviéramos viendo el partido desde el banco de suplentes.

b) Además, cuando aprendemos una habilidad nueva debemos darnos órdenes sobre las cosas que tenemos que ir haciendo. Es como cuando aprendemos a surfear o andar en bicicleta. No alcanza con que nos enseñen, sino que cada vez que intentamos debemos ir diciéndonos en voz alta las instrucciones. Las primeras veces tendremos que esforzarnos en pensarlas mucho. Hasta que de tanto practicar ya nos van a salir de manera automática.

 **El freezer del enojo:** Cuando nos enojamos se nos vienen a la cabeza pensamientos que lo único que hacen es hacernos enojar aún más. En esos momentos puede ser útil decirnos frases o palabras que nos <<enfrien un poco>>. Algunos ejemplos pueden ser: <<Olvidate, ya fue>>, << No vale la pena que te pongas así por esta pavada>>, << ¡Quedate tranquilo!>>, << Relajate>>.

Es muy importante que cada uno tenga sus propias frases para enfriar, así que ahora vas a pensar las tuyas".



Ilustración 14 - Imagen para actividad "El freezer del enojo"

El participante debe completar los globos con sus propias frases. En caso de que no se le ocurran se lo podrá ayudar, y si aún no pueden les quedará pendiente para seguir pensando en sus hogares.



Soy un globo: Respiración

Se indica: *“Respirar es algo que hacemos todos los días para sobrevivir. Incorporamos aire inspirando, y liberamos lo que no sirve expirando. Generalmente lo hacemos sin darnos cuenta, y cuando nuestro termómetro emocional está con mucha temperatura nuestra respiración es agitada. Lo que no colabora para estar más tranquilos.*

Ahora miremos un video en donde algunos chicos nos muestran lo que pasa cuando estamos enojados.



Ilustración 15 - “Solo respira”. Colegio Bicentenario de Excelencia Pedro Apóstol

Aprender a respirar más profundamente nos ayudará a bajar la temperatura emocional, y será útil en nuestro semáforo de las emociones al utilizar la luz roja.

Para practicar vamos a pensar que somos un globo. Para inflarlo lo primero que tenemos que hacer es inspirar aire por la nariz profundamente y largarlo suavemente por la boca. Podemos poner un dedo delante de la boca para sentir como va saliendo el aire”.

(Practicar 5 veces)

“Ahora vamos a imaginar que tenemos un globo en la panza. Vamos a apoyarnos una mano encima de la panza para que cuando respiremos profundamente sintamos como la mano se mueve y la panza se infla. Después largamos suavemente el aire por la boca.”

(Practicar 5 veces)

“Ahora nos vamos a ayudar con los brazos. Cuando el globo se infle respirando por la nariz, vamos a abrir y levantar los brazos. Y cuando se desinfla soplando por la boca los vamos a cerrar y bajar los brazos.”

(Practicar 5 veces)

“Por último, lo haremos sólo respirando por la nariz, y soplando por la boca”.

(Practicar 5 veces)

Tarea para el hogar:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en las actividades 1 y 2.
- Desarrollo: se brindan siete dibujos para colorear, uno para cada día de la semana, que el participante utiliza para practicar la respiración profunda. Cada día que se acuerde de practicar la respiración profunda debe pintar uno de los siete dibujos.



Ilustración 16 - Actividad para la TIS de la sesión 6

Sesión 7: “La caja de herramientas”

- Objetivos: Fomentar una visión integral, considerando fortalezas y habilidades positivas. Promover una actitud resiliente de reformulación positiva de las características personales. Fomentar conductas prosociales que promuevan autoestima positiva.

☞ Repaso TIS:

Se revisa lo trabajado en los encuentros con su grupo áulico, repasando los objetivos trabajados en cada sesión grupal.

- Tiempo: 15 minutos.

☞ Actividad 1: La caja de herramientas

- Objetivo: reflexionar sobre las diferentes habilidades que todos tenemos.

- Tiempo: 25 minutos.

- Desarrollo: Se lee una adaptación del cuento “Las herramientas de la carpintería” (de autor desconocido, disponible en Anexos), que narra una pelea entre diferentes herramientas debido a que no valoran sus diferencias, sino que enfatizan sus aspectos negativos. La historia relata como finalmente pueden trabajar en equipo, sacando lo mejor de cada uno (fortalezas). Se le solicita al participante que dibuje las herramientas que van apareciendo en el cuento mientras se va leyendo. Posteriormente, utilizando una serie de “Preguntas para reflexionar” se guiará la reflexión a reconocer las fortalezas de cada uno.

☞ Preguntas para reflexionar:

Luego se invita a reflexionar: “¿Qué herramientas aparecen? ¿Qué pasó entre ellas? ¿y qué pasó cuando vino el carpintero? ¿Qué aprendieron del cuento? ¿Podés ser como el carpintero y centrarse en las cosas buenas de los demás y no en las malas?”

Sesión 8: “El detective”

- Objetivos: Realizar un cierre, focalizando en los aprendizajes para la prevención de recaídas.

☞ Actividad 1: El detective.

- Objetivo: Realizar un cierre, focalizando en los aprendizajes para la prevención de recaídas.

- Tiempo: 25 minutos.

- Desarrollo: A partir de un juego se propone repasar los contenidos trabajados durante la intervención. Se muestran diferentes dibujos de aulas, y el participante debe encontrar la “pista” que le recuerde lo trabajado en cada sesión. Por cada respuesta correcta, suma un punto, y si la explicación es correcta, sumará otro punto adicional.

Se indica: “Hoy es la última vez que nos vemos. Y para despedirnos vamos a hacer un juego. Vamos a jugar al detective. Vamos a ver escenas donde como detectives tenemos que encontrar pistas. Las pistas irán en orden según las cosas que fuimos aprendiendo juntos. Cada vez que te pida vas a tener que buscar en la imagen la pista que nos diga lo que vimos en cada sesión, y escribirla en tu cuaderno. Al lado tenés que explicar qué cosa aprendimos en ese encuentro. Por eso antes de cada escena te voy a pedir que abras tu cuaderno en la clase que corresponda. Por ejemplo, si la clase fuera la primera que tuvimos ¿Cuál podría ser la pista? En este caso escribiríamos a “Tuti nadando”, porque en esa clase leímos el cuento de Tuti en donde aprendimos qué es el TDAH.”

Las pistas (imágenes) con la explicación esperada se pueden encontrar en Anexos.

☞ Actividad 2: Entrega de certificados

- Objetivo: Realizar un cierre, focalizando en los aprendizajes para la prevención de recaídas.
- Tiempo: 5 minutos.
- Desarrollo: Una vez finalizada la actividad anterior, se procede a entregar un certificado que de manera simbólica buscará ser un recordatorio de lo trabajado durante el programa de intervención.
- Recursos: Diploma de participación (disponible en Anexos).

6.2.2 Talleres con su grupo áulico.

Esquema general de los encuentros

La intervención está diseñada en dos encuentros presenciales de aproximadamente sesenta minutos, con el grupo áulico al que asiste el participante. Ambos talleres forman parte del segundo bloque de “¡Vamos con Tuti!”, cuyos objetivos pertenecen al área “Fortalecimiento de habilidades positivas y fortalezas.”. Según la secuenciación dentro del esquema general del programa de intervención, se ubica entre las sesiones individuales 6 y 7.

Durante los talleres con su grupo áulico, se propone trabajar de forma inclusiva, con el objetivo de que todos los/as estudiantes se vean beneficiados en el descubrimiento y desarrollo de habilidades positivas y fortalezas como la resiliencia y la autoestima positiva. Al mismo tiempo se busca proporcionar una comprensión positiva de las capacidades la población con TDAH y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar.

Esquema particular de cada taller

Taller grupal 1: “Tan distintos e iguales”.

- Objetivos: Proporcionar una comprensión positiva de las capacidades la población con diagnóstico de TDAH y fomentar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar. Trabajar en el descubrimiento y reconocimiento de las habilidades positivas y la sociabilización de visiones positivas de los y las compañeros/as de clase. Promover habilidades positivas, brindando la posibilidad a aquellos con diagnóstico de TDAH de desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades.

Actividad 1: Somos tan distintos e iguales

- Objetivos: Fomentar el desarrollo de la autoestima basada en la autoeficacia. Proporcionar un contexto para el descubrimiento de las fortalezas personales. Promover interacciones positivas entre el alumnado y docentes que forman parte de un mismo grupo áulico. Involucrar a la familia en el sostenimiento de una visión integral.

- Tiempo: 15 minutos aproximadamente.

- Recursos: Video “Partly Cloudy” (parcialmente nublado). <https://www.youtube.com/watch?v=ix13P9NqBjo>, proyector o televisor, computadora, sistema de audio.

- Desarrollo: La actividad comienza con la reproducción del cortometraje animado “Partly Cloudy”, disponible en la plataforma Disney+ o YouTube. Luego, se guía una reflexión grupal mediante preguntas que fomenten el intercambio grupal sobre las emociones presentes en la historia, la actitud inclusiva de los personajes, la posibilidad de centrar la mirada en las fortalezas o debilidades de cada uno.

El encuentro inicia con: “¡Hola! Hoy nos encontramos por primera vez. A lo largo de estos encuentros iremos aprendiendo más de cada uno de nosotros. A través de juegos,

dinámicas y videos iremos conociendo un poquito cómo funciona nuestra mente, cuáles son nuestras fortalezas y cómo poder usarlas para hacer amigos.

Vamos a empezar viendo un video, les pido que presten mucha atención porque después les voy a hacer algunas preguntas.

Se reproduce el video Partly cloudy.



Ilustración 17 - Portada del cortometraje "Partly cloudy"

🗨 Preguntas para reflexionar:

Luego se abre un espacio de conversación grupal, guiado por las siguientes preguntas:

1) Objetivo: repasar algunos conceptos sobre emoción:

“¿Les gustó? ¿Cuál fue la parte que más les gustó? ¿Y la que menos? ¿Pudieron identificar diferentes emociones? ¿Qué emociones pudieron identificar? ¿En qué momento? ¿Cómo se dieron cuenta? ¿Qué podría estar pensando la nube en ese momento? ¿Eso que pensaba era lo que realmente estaba pasando? (rastrear sesgos/distorsiones de pensamiento)”

2) Objetivo: Introducir en el autoconocimiento de fortalezas personales y habilidades positivas:

“¿Qué diferenciaba a la nube protagonista de las otras nubes? ¿Cuáles eran las fortalezas y habilidades positivas que tenía esa nube? ¿Era igual a las otras nubes? ¿En qué cosas se parecían y se diferenciaban?”

3) Objetivo: Fomentar conductas prosociales que sean fuente de autoestima positiva.

“Hay otro personaje que tiene un papel protagónico en el video. ¿Cuál es? (La cigüeña) ¿Cómo era? ¿Cómo se portaba con la nube protagonista? ¿Cómo la ayudó a descubrir el lado positivo de su habilidad? ¿Fue amigable y solidaria con la nube o la dejó de lado?”.

Posteriormente se continúa trabajando con la dinámica “La cigüeña”.

📖 Actividad 2: La cigüeña

- Objetivo: Fomentar una visión integral, teniendo en cuenta fortalezas y habilidades positivas. Promover una actitud resiliente de reformulación positiva de las características personales. Fomentar conductas prosociales que sean fuente de autoestima positiva.

- Tiempo 40 minutos aproximadamente.

- Desarrollo: Cada estudiante y docente recibe una copia de una cigüeña impresa llevando una bolsa (similar a la del cortometraje) en la que debe escribir su nombre. Luego se van pasando de forma ordenada esa copia y cada uno de los integrantes del grupo áulico escribe por escrito fortalezas de la persona que sea dueña de esa hoja. Luego de que todos escribieron en la “cigüeña” de todos sus compañeros, se invita a que cada uno lea en voz alta los aspectos positivos que les han escrito. Es importante que el/la docente también haga su comentario con algún color especial.

Se dirá: “Nosotros también podemos tener la actitud de la cigüeña, y ayudar a nuestros compañeros a descubrir el lado positivo de su forma de ser. ¿Se animan a ser como esa cigüeña y ayudar a sus compañeros a encontrar sus habilidades positivas? Cada vez que

reciban una cigüeña deberán escribir una habilidad positiva o fortaleza del compañero que está esperándola, por ejemplo: “me ayuda con los deberes” o “aprende muy rápido.”

Preguntas para reflexionar:

Luego de compartir las habilidades positivas y fortalezas que recibieron en sus cigüeñas, se los invita a reflexionar con preguntas tales como:

¿Qué emoción me generó leer esas habilidades positivas sobre mí? ¿Alguna me sorprendió? ¿Cuál me generó más alegría ver escrita? ¿Esperaba encontrar alguna que no está? ¿Cuáles creo que son las que más me describen sobre cómo soy?

- Recursos: imágenes de la cigüeña con la bolsa de fortalezas. La misma puede verse original en Anexos.

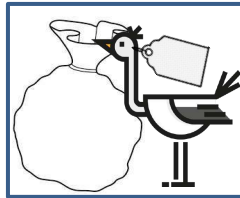


Ilustración 18 - Imagen para la actividad "La cigüeña".

Tarea Inter Sesión:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en las actividades 1 y 2.
- Desarrollo: para el próximo encuentro cada uno deberá conversar con su familia y sumar en otro color al menos 3 fortalezas que tengan y que sus compañeros no les hayan escrito en la actividad anterior.

Actividad suplente: Mi árbol de fortalezas⁴

En caso de que no pueda realizarse el taller grupal, se ofrece una versión individual. Esta actividad suplantarán a la actividad 2, “La cigüeña”.

- Tiempo 20 minutos aproximadamente.
- Desarrollo: Se comienza explicando que todos sin excepción tenemos estas 24 fortalezas, pero que cada persona tiene unas 3-5 que destacan sobre las demás. Son sus mayores fortalezas del carácter. A continuación, se lee y explica un breve listado de las fortalezas VIA del carácter (Peterson y Seligman, 2004): “*Todos somos como las nubes del video que vimos. Porque nadie es bueno para todo, pero todos somos buenos para algo. Tenemos que ir descubriendo en qué cosas somos buenos, para aprovechar más y mejor nuestras fortalezas. Ahora te voy a leer un listado de virtudes y fortalezas que todas las personas tenemos, pero de las cuales cada uno tiene entre 3 a 5 que se destacan más que las demás. Prestá atención y pensá cuáles podrían ser las tuyas:*”

- Virtud Sabiduría: Fortalezas del pensamiento para aprender.

1. Creatividad: Tengo ideas originales y que sirven.

2. Curiosidad: Tener interés por lo que pasa en el mundo, encontrar temas fascinantes y descubrir nuevas cosas.

⁴ Actividad adaptada de Jain y Tsabary (2021). *Tienes superpoderes: Vence la ansiedad con autoestima, confianza y valentía*. B DE BLOK.

3. *Apertura mental: Acepto maneras de pensar distintas a las mías.*
4. *Amor por aprender: Ganas de aprender cosas nuevas.*
5. *Perspectiva: Poder pensar y comprender las cosas tomando distancia pudiendo dar buenos consejos.*
- *Virtud Coraje: Fortalezas emocionales enfrentándose a desafíos.*
6. *Valentía: Hago lo que está bien, tomando riesgos.*
7. *Perseverancia: Cumplo mis objetivos, superando los obstáculos.*
8. *Vitalidad: Vivo la vida con entusiasmo y energía.*
9. *Integridad: Soy auténtico. Hago lo que digo. Cumple mis promesas.*
- *Virtud Humanidad: Fortalezas que tienen que ver con relacionarse con los demás, buscando el bien de todos.*
10. *Amabilidad: Ayudo sin esperar nada a cambio.*
11. *Inteligencia Social: Me doy cuenta de mis emociones y de las emociones de los demás.*
12. *Amor: Tengo amistades y otros vínculos cercanos.*
- *Virtud Justicia: fortalezas para buscar una vida más justa.*
13. *Trabajar en Equipo: Trabajo bien dentro de un grupo de personas.*
14. *Sentido de la justicia o Equidad: Trato a todas las personas como iguales.*
15. *Liderazgo: Capacidad para influenciar en la conducta de otros.*
- *Virtud Templanza: Fortalezas que nos protegen de hacer cosas demás.*
16. *Autorregulación: Sé frenar a tiempo.*
17. *Prudencia: Soy cuidadoso a la hora de tomar decisiones, no tomando riesgos que no hacen falta.*
18. *Perdón: Tengo capacidad de perdonar, dando una segunda oportunidad.*
19. *Humildad: No me agrando ni hablo de lo bueno que soy haciendo algo.*
- *Virtud Trascendencia: Fortalezas que me ayudan a pensar más allá de mí y buscar sentido a la vida.*
20. *Disfrutar de la Belleza: Se disfrutar las cosas lindas de cada día.*
21. *Gratitud: Me doy cuenta y agradezco las cosas buenas que me pasan.*
22. *Esperanza: Espero cosas buenas para el futuro y trabajo para conseguirlo.*
23. *Sentido del humor: Disfruto reír y hacer bromas, ver el lado positivo de la vida.*
24. *Espiritualidad: Pienso que existe un propósito o sentido para las cosas que pasan en el mundo. Creo en Dios o alguna fuerza superior que nos protege.*
- Posteriormente se completa el siguiente árbol (disponible en Anexos). En las raíces se invita a escribir al menos 3 de sus mayores fortalezas. En la copa del árbol, se invita y ayuda a escribir cómo se plasman o plasmarían esas fortalezas en su vida diaria a través de acciones concretas.

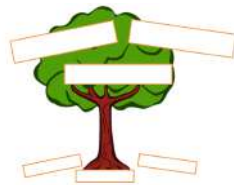


Ilustración 19 - Árbol de fortalezas

Tarea Inter Sesión (versión individual):

- Objetivo: consolidar lo aprendido en las actividades 1 y 2.
- Desarrollo: Para el siguiente encuentro debe poner en práctica sus fortalezas y completar el siguiente cuadro:

Día	Fortaleza	Acciones concretas	¿Cómo me sentí?

Ilustración 20 - Cuadro para TIS de "Mi árbol de fortalezas".

Taller grupal 2: "Sacando lo bueno de lo no tan bueno".

- Objetivos: Conocer, promover y fortalecer la resiliencia. Continuar profundizando los objetivos de la sesión anterior. Promover una actitud resiliente: enseñar a reformular positivamente el problema, aplicar la creatividad para resolverlos y aprender de los errores y aciertos. Descubrimiento y reconocimiento de las habilidades positivas, buscando desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades

Esta sesión es similar tanto para la versión grupal como individual, en caso de haber alguna diferencia a continuación se detallará.

Repaso TIS:

Versión grupal:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en el taller anterior.
- Tiempo 10 minutos.
- Desarrollo: Se forman dos equipos dividiendo el curso por la mitad. Se invita a mencionar alguna de las fortalezas que agregaron a su bolsa de fortalezas. Se les dará un punto por cada estudiante que haya realizado la tarea.

Versión individual:

- Tiempo: 10 minutos.
- Desarrollo: se revisa en conjunto el cuadro completado. En caso de que no lo haya realizado, se lo ayuda a pensar algunas situaciones en dónde podría haber puesto en práctica sus fortalezas.

Actividad 1: Sacando lo bueno de lo no tan bueno.

- Objetivos: Promover y fortalecer la resiliencia. Proporcionar una comprensión positiva de sus capacidades y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar. Trabajar en las habilidades positivas de los estudiantes, brindando la posibilidad a aquellos con diagnóstico de TDAH de desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades.

- Tiempo: 15 minutos.
- Recursos: Video Boundin' https://youtu.be/pR6MtDZs_eM, proyector, computadora, pantalla, sistema de audio.

- Desarrollo: Se comienza con la reproducción del cortometraje animado "Boundin'", disponible en la plataforma Disney+ o YouTube. Luego se guía con preguntas que inviten a la reflexión e intercambio grupal sobre: las emociones presentes, actitudes de los personajes, especialmente la actitud resiliente del personaje principal, la capacidad de influenciar sobre estado de ánimo de los otros y de ayudar a superar adversidades.

Se comienza diciendo: “Ahora vamos a ver un video, les pido que presten mucha atención porque después voy a hacer algunas preguntas. Vamos a ver cómo les va.” Se reproduce el video Boundin’.



Ilustración 21 - Portada del cortometraje "Boundin'"

Preguntas para reflexionar:

Luego se conversa con el grupo guiando la conversación con las siguientes preguntas:

1) Objetivo: repasar algunos conceptos sobre emoción:

“¿Les gustó? ¿Qué parte les gustó más? ¿Y la que menos? ¿Pudieron identificar diferentes emociones? ¿Qué emociones pudieron identificar? ¿En qué momento? ¿Cómo se dieron cuenta? ¿Qué podría estar pensando la oveja en ese momento? ¿Eso que pensaba era lo que realmente estaba pasando? (rastrear sesgos/distorsiones de pensamiento).”

2) Objetivo: dar a conocer y promover la resiliencia:

“¿Saben lo que significa la palabra resiliencia?” Según las respuestas guiaremos a pensar la resiliencia como una habilidad que todos tenemos para adaptarnos y superar situaciones difíciles. ¿En qué momento del video se pudo ver una actitud resiliente? ¿Qué aprendió la oveja en esa situación? ¿Quién la ayudó? ¿Alguno recuerda alguna situación en la que haya sido resiliente, es decir que ante una situación mala haya podido superarla, aprender algo y fortalecerse? ¿Hubo alguien que actuara como el conejo?

A continuación, se narra una historia de resiliencia personal, y se los invita a contar historias o experiencias de resiliencia que hayan vivido.

Actividad 2: “Clasificados de la amistad”⁵:

- Objetivo: Fomentar una visión integral, teniendo en cuenta fortalezas y habilidades positivas. Promover una actitud resiliente de reformulación positiva de las características personales. Fomentar conductas prosociales que sean fuente de autoestima positiva.

- Tiempo 35’.

- Desarrollo: Mostrar diversos anuncios clasificados. Diferenciar aquellos que ofrecen de aquellos que buscan. A modo de ejemplo a continuación se presentan algunos anuncios clasificados disponibles en internet.



⁵ En caso de no poder realizarse el taller grupal esta actividad será igual a excepción del momento de compartir con el resto de la clase.

Ilustración 22 - Imágenes de anuncios clasificados.

Luego se les solicita a los estudiantes que escriban dos avisos clasificados: un aviso para decir qué pueden ofrecer para ser un buen amigo/a y otro aviso para decir qué buscan de un buen amigo/a. Se recalca que lo importante no son las cosas materiales, sino alguna habilidad o capacidad que puedan compartir. Se remarca la conveniencia de mantener el estilo de escritura de los avisos clasificados. En caso de que la lectoescritura no esté desarrollada, o por preferencia, se puede optar por sólo realizar el dibujo de lo que “se ofrece” y “se busca”. A continuación, se muestran ejemplos de cómo podrán ser estos anuncios. En Anexos pueden observarse en mayor tamaño.



Ilustración 23 - Ejemplos de anuncios para actividad "Clasificados de la amistad".

Luego se les solicita que compartan sus anuncios de ofrecimiento y de búsqueda. A medida que haya coincidencias entre lo que algunos estudiantes ofrecen y otros buscan se comentan y remarcan. Fomentando nuevos vínculos.

Les diremos: *“Ahora vamos a hacer una nueva actividad. ¿Saben lo que es un anuncio clasificado? Son avisos que se publican en diarios, revistas o en internet para ofrecer y pedir productos y servicios. La idea es que cada uno de nosotros hoy pueda hacer un aviso clasificado sobre lo que tiene para ofrecer a sus compañeros/as y lo que buscan de un amigo/a. Por eso empezaremos pensando: ¿en qué soy bueno/a?, ¿qué puedo enseñar a mis compañeros/as?, ¿en qué puedo ayudar?, ¿qué puedo ofrecer a mi clase?, ¿qué busco de un amigo/a? ¿Qué necesito de un amigo/a?*

Nadie es bueno para todo, pero todos somos buenos para algo... Cuando lo hayamos pensado, lo pasaremos por escrito de la siguiente forma (se muestran los ejemplos).

Tarea para el hogar:

- Objetivo: consolidar lo aprendido en las actividades 1 y 2.
- Desarrollo tanto para la versión individual como grupal: cada uno deberá poner en práctica la habilidad/talento que ofreció en su “clasificado de la amistad”, para ayudar a otros.

6.2.3 Sesiones con padres o cuidadores

Esquema general de los encuentros

Con el objetivo de acompañar los procesos individuales y en la escuela, la intervención cuenta con tres entrevistas con los padres o cuidadores de aproximadamente 60 minutos. Los encuentros consisten en sesiones semi-estructuradas en las que se brinda psicoeducación, y se realizan juegos de roles, técnicas de modelado e intervenciones cognitivas.

Están dirigidas a padres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH de entre 7 y 13 años. Es conveniente la participación de ambos padres, y si en

alguna ocasión la crianza fuera compartida con algún otro cuidador debe ser evaluada la posibilidad de su inclusión en las sesiones.

La primera entrevista es previa al inicio de la intervención y corresponde al bloque 1, al área “Conocimiento del TDAH, aportes de la neurociencia y compensación de los síntomas primarios del trastorno”. La segunda entrevista también forma parte del primer bloque, promediando la intervención, en la semana 5; y propone transferir lo trabajado en las sesiones individuales y proveer herramientas para el manejo de la conducta. Finalmente, la tercera entrevista es un cierre del programa de intervención “¡Vamos con Tuti!”, y pertenece al tercer bloque “Cierre del programa y prevención de recaídas”.

Breve marco teórico

Los estudios actuales dan cuenta que el TDAH posee una fuerte carga hereditaria, siendo la variabilidad del trastorno el resultado de la interacción de múltiples genes y factores ambientales (Puddu et al., 2017). Por consiguiente, el ambiente psicosocial desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, siendo el rol del contexto familiar significativo en la evolución de la sintomatología.

Por lo tanto, resulta importante que los padres estén informados sobre las características propias de esta condición del neurodesarrollo, pero, sobre todo, con información basada en la evidencia sobre estrategias que puedan utilizar para compensar su sintomatología y potenciar fortalezas en sus hijos/as. La adquisición y puesta en práctica de estas herramientas, es considerada un factor de buen pronóstico y adecuado desarrollo. Las guías de tratamientos psicológicos eficaces para el TDAH señalan la importancia de sumar a padres y cuidadores en las intervenciones (Scandar y Bunge, 2017).

En “¡Vamos con Tuti!” se proponen una serie de orientaciones psicoeducativas enmarcadas en la evidencia, adaptadas de diferentes programas validados, dirigidos a padres. Tomando como guía “Hiperactivos: estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela” de Barkley (2010), “Hijos desafiantes y rebeldes” del mismo autor (1997b) y “Counseling and training parents”. Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook” de Anastopoulos y colaboradores (2006), más algunos aportes de diversos autores (Bunge et al., 2009; Gratch, 2009; Joselevich, 2005; Martínez Martín, 2013; Rief, 2006). Los contenidos teóricos en lenguaje de divulgación de cada sesión con padres o cuidadores se encuentran disponible en el apartado Anexos.

Esquema particular de cada sesión

Sesión 1: Presentación del programa - Psicoeducación

- Objetivo: Brindar psicoeducación sobre las características del TDAH. Presentar el programa. Generar rapport para la intervención.

- Desarrollo: En un encuentro de 50 /60 minutos aproximadamente, se brinda psicoeducación a los padres.

- Contenidos básicos: conceptualización del trastorno (¿qué es y qué no es TDAH?), síntomas primarios, etiología (factores genéticos, neurobiológicos y ambientales) y diagnóstico.

Sesión 2: Entrenamiento a padres

- Objetivo: Informar a los padres de lo trabajado en las sesiones individuales hasta el momento en la intervención. Mejorar la competencia y habilidades parentales para el manejo de la conducta. Brindar herramientas para el manejo de la conducta.

- Desarrollo: En un encuentro de 50/60 minutos aproximadamente, se brinda psicoeducación a los padres.



- Contenidos básicos: bases del comportamiento desafiante (personalidad de los padres, factores estresores, características de los niños, niñas y adolescentes con TDAH), manejo del comportamiento desafiante (circuito de la desobediencia, herramientas para el manejo de la conducta en el hogar).

Sesión 3: Cierre del programa

- Objetivo: Desarrollar un cierre, focalizando en los aprendizajes y en la prevención de recaídas.

- Desarrollo: Duración aproximada 50/60 minutos. Se comienza conversando sobre los resultados y dificultades de lo propuesto en la sesión anterior. Se reforzarán los elementos que hicieran falta.

6.2.4 Talleres con sus docentes

Esquema general de los encuentros

En los talleres grupales con los docentes se abordan los fundamentos teóricos de la neuroeducación, analizando propuestas aplicables a la práctica educativa para promover la reflexión sobre el valor de un aula donde se respeten las diferentes maneras de aprender. Con el objetivo de que los resultados esperados por la intervención puedan continuar en el tiempo se invita a participar no sólo a los docentes del estudiante que está realizando la intervención sino a todos los miembros de la institución educativa que quieran participar. La modalidad puede ser presencial en las instituciones educativas o de forma virtual. La duración es de dos encuentros de noventa minutos cada uno aproximadamente. El Taller 1 se realiza al comienzo del Bloque 1 de “¡Vamos con Tuti!”, correspondiendo a las áreas “Conocimiento del TDAH, aportes de la neurociencia y compensación de los síntomas primarios del trastorno”, mientras que el Taller 2 se debe realizar al comienzo del Bloque 2, correspondiendo al área “Fortalecimiento de habilidades positivas y fortalezas”.

Los contenidos teóricos en lenguaje de divulgación del “Taller 1 y 2 con docentes”, se encuentra disponible en el apartado Anexos.

A continuación, se presenta el esquema particular de los talleres docentes.

Esquema particular de cada Taller

Taller 1: Presentación del programa – Psicoeducación

- Objetivos: Presentar los objetivos y la modalidad de trabajo, establecer rapport, brindar aportes desde la neurociencia: neuroeducación, plasticidad cerebral; potenciar el trabajo de los y las docentes respecto de los desafíos que plantea la heterogeneidad en las aulas, reflexionar sobre el valor de un aula inclusiva y proporcionar información específica y actualizada del TDAH y sus síntomas: déficit atencional, hiperactividad e impulsividad.

- Desarrollo: En un encuentro de noventa minutos aproximadamente, se trabaja bajo modalidad taller (presencial o virtual) con los docentes brindando información sobre los siguientes contenidos básicos: 1) Psicoeducación: Introducción a la Neuroeducación. Cerebro y aprendizaje: Neurodesarrollo y neuroplasticidad. Emociones y aprendizaje. Aportes de la neurociencia a la enseñanza. Neurodiversidad. 2) ¿Qué es el TDAH? ¿Qué no es el TDAH? Etiología del TDAH. Síntomas primarios y secundarios. Presentación a lo largo del ciclo vital. Diagnóstico. Manifestación de los síntomas en el aula. La modalidad taller implica que se irán proponiendo y explicando contenidos, dando lugar al intercambio con y entre los mismos docentes.

En el siguiente link se puede acceder a la presentación de power point utilizada en este taller:

https://drive.google.com/file/d/1kJw9d0VYIPYVAO4OuTTXjgBGziKggcmA/view?usp=share_link



Ilustración 24 - Portada de la presentación power point del Taller con docentes

Taller 2: Características positivas de niños, niñas y adolescentes con TDAH – Estrategias áulicas inclusivas

- **Objetivos:** Posibilitar un espacio de intercambio de experiencias y apoyo para los docentes de estudiantes con diagnóstico de TDAH. Psicoeducar sobre características positivas de la población con TDAH. Favorecer la adquisición de estrategias para detectar y potenciar habilidades positivas y fortalezas en esta población. Brindar estrategias aplicables a la práctica educativa que favorezcan la inclusión educativa de estudiantes con diagnóstico de TDAH. Desarrollar un cierre, focalizando en los aprendizajes y en la prevención de recaídas.

- **Desarrollo:** En un encuentro de noventa minutos aproximadamente, se trabaja bajo modalidad taller (presencial o virtual) con los docentes brindando información sobre los siguientes contenidos básicos: 1) Comprensión de las características positivas en la población infantojuvenil con TDAH y 2) Estrategias de intervención en el aula: estrategias inclusivas para potenciar habilidades relacionadas con la atención, la hiperactividad y la impulsividad. Comunicación con la familia y los profesionales. La modalidad taller implica que se irán proponiendo y explicando contenidos, dando lugar al intercambio con y entre los mismos docentes.

En el siguiente link se puede acceder a la presentación de power point utilizada en este taller: https://drive.google.com/file/d/1ErMQShriK_RUKiaJDybl-GMwZegyqCd0/view?usp=sharing

6.3 ESTADÍSTICOS PRE Y POST INTERVENCIÓN

El presente apartado responde al tercer y cuarto objetivo del trabajo de investigación: “Implementar y evaluar los efectos del programa de intervención psicoeducativa.” y “Obtener evidencias empíricas sobre los beneficios de potenciar habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con TDAH”.

Por lo tanto, se presentan los resultados tras la implementación del programa de intervención “¡Vamos con Tuti!” destinado a promover y potenciar habilidades positivas de niños, niñas y estudiantes escolarizados con diagnóstico de TDAH, que contribuya a mejorar la adaptación al contexto escolar, promover el bienestar psicológico, la autoestima y la competencia social.

A continuación, se muestran los estadísticos descriptivos (media y desviación estándar), para cada una de las variables analizadas, en las condiciones Pretest, Post Test, Post Test Retardado 3 meses y Post test Retardado 6 meses. Se utilizaron la *prueba de Friedman*

para análisis de datos de muestras k relacionadas repetidas y la *Prueba de rangos de Wilcoxon*, para 2 muestras relacionadas. Finalmente, se exponen los resultados de la evaluación continua del programa.

6.3.1 Sintomatología TDAH: Escala SNAP-IV padres y docentes.

Para evaluar los posibles cambios luego de la intervención en las conductas de hiperactividad, impulsividad, desatención, presentación combinada y síntomas oposicionistas-desafiantes, se valoraron las puntuaciones obtenidas en la escala SNAP-IV tanto en la versión completada por los padres como la completada por sus docentes. Los análisis incluyeron: comparación de las puntuaciones pre-post intervención mediante el estadístico para muestras relacionadas, no paramétrico, de Wilcoxon y comparación de las puntuaciones pre, post intervención y seguimiento (post 3 meses y post 6 meses) utilizando el estadístico no paramétrico para medidas repetidas de Friedman.

En la Tabla 12 se presentan los estadísticos para sintomatología TDAH valorados por sus padres en los diferentes momentos de la evaluación para el Grupo Intervención. Como puede observarse, luego de la intervención del programa los participantes han mostrado un descenso significativo de los niveles de sintomatología evaluada.

Tras la intervención, estas diferencias fueron de $p < .01$ para los síntomas de desatención, y presentación combinada; y de $p < .05$ para los síntomas de hiperactividad – impulsividad y oposicionismo-desafiante. En el seguimiento a los 3 meses estos cambios se mantienen o acentúan, con niveles de $p < .05$ para desatención y de $p < .01$ en hiperactividad - impulsividad y combinado. Finalmente, a los 6 meses, se mantiene o acentúa la baja en los síntomas, resultando estadísticamente significativo sólo en la medición de síntomas combinados.

Tabla 11 - Resultados en las fases de pre, post, seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses del grupo intervención para la escala SNAP en su versión padres. Prueba de Friedman para medidas repetidas. Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias

	Media (DE)				Friedman χ^2 (p)	Prueba de Wilcoxon		
	Pretest	Postest	Post 3 meses	Post 6 meses		Pretest vs Postest $z(p)$	Pretest vs Post 3 meses $z(p)$	Pretest vs Post 6 meses $z(p)$
SNAP-IV ¹								
Desatención	2.06 (.58)	1.57 (.68)	1.5 (.64)	1.59 (.71)	6.50 (.08)	-3.20 (.00)**	-2.30 (.02)*	-1.78 (0.07)
Hiperactividad - Impulsividad	1.90 (.76)	1.51 (.75)	1.30 (.88)	1.32 (.97)	5.10 (.16)	-2.04 (.04)*	-2.58 (.01)**	-1.47 (.13)
Combinado	1.98 (.48)	1.54 (.60)	1.40 (.59)	1.45 (.72)	7.66 (.05)	-2.81 (.00)**	-2.92 (.00)**	-1.98 (.04)*
Oposicionismo - Desafiante	2.05 (.81)	1.62 (.83)	1.55 (.76)	1.27 (.91)	5.22 (.15)	-2.33 (.01)*	-1.33 (.18)	-1.83 (.06)

Nota: (1) a menor puntuación menor presencia de sintomatología; ** $p < .01$; * $p < .05$

En la Tabla 13 se presentan los estadísticos para sintomatología TDAH valorados por los docentes en los diferentes momentos de la evaluación para el Grupo Intervención. Como puede observarse, una vez finalizado el programa de intervención los participantes han mostrado un descenso de los niveles de sintomatología evaluada. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas en niveles de $p < .05$ para los síntomas oposicionismo-desafiante entre las medidas pre y seguimiento a los 3 meses.

Tabla 12 - Resultados en las fases de pre, post, seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses del grupo intervención para la escala SNAP en su versión docentes. Prueba de Friedman para medidas repetidas. Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias

	Media (DE)				Friedman χ^2 (p)	Prueba de Wilcoxon		
	Pretest	Postest	Post 3 meses	Post 6 meses		Pretest vs Postest z(p)	Pretest vs Post 3 meses z(p)	Pretest vs Post 6 meses z(p)
SNAP ¹								
Desatención	1.71 (.91)	1.63 (.92)	1.32 (.72)	1.15 (.66)	6.51 (.08)	-.36 (.71)	-1.36 (.17)	-.67 (.49)
Hiperactividad - Impulsividad	1.63 (.95)	1.10 (.79)	1.12 (.64)	.80 (.61)	1.22 (.74)	-1.58 (.11)	-1.16 (.09)	-.36 (.71)
Combinado	1.67 (.81)	1.37 (.79)	1.22 (.54)	.97 (.58)	2.79 (.42)	-1.03 (.31)	-1.26 (.20)	-1.13 (.89)
Oposicionismo - Desafiante	1.42 (1.04)	1.07 (.80)	.94 (.65)	.50 (.70)	1.96 (.58)	-.876 (.38)	-2.19 (.02)*	-.55 (.58)

Nota: (1) a menor puntuación menor presencia de sintomatología; * $p < .05$

6.3.2 Autoconcepto: Cuestionario multidimensional AF5

Para evaluar los posibles cambios en el autoconcepto luego de la intervención, se valoraron las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario multidimensional AF5, considerando las dimensiones: académicas, sociales, emocionales, familiares y físicas. Se compararon las puntuaciones en las medidas de resultado pre-post (tanto en grupo Control como grupo Intervención) con el estadístico para muestras relacionadas, no paramétrico, de Wilcoxon y las medidas pre, post y seguimiento (post 3 meses y post 6 meses) para el Grupo Intervención fueron analizadas utilizando el estadístico no paramétrico para medidas repetidas de Friedman.

En la Tabla 14 se presentan los estadísticos para Autoconcepto en los diferentes momentos de la evaluación para ambos grupos. En la misma puede observarse que el Grupo Control no ha presentado diferencias estadísticamente significativas en los momentos pre-post. Por otro lado, los participantes del Grupo Intervención han mostrado un aumento significativo ($p < .05$) en su Autoconcepto Emocional y Familiar. Estos cambios se mantuvieron o aumentaron levemente a los 3 meses sin resultar en diferencias significativas. Las mismas variables continuaron su aumento a los 6 meses, hallándose diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto Familiar ($p < .05$). El Autoconcepto Físico también presenta una notable mejoría en las medidas post intervención, sin hallarse las mismas estadísticamente significativas. Esta mejora continuó en el seguimiento a los 3 meses, encontrándose diferencias significativas a un valor $p < .05$.

Tabla 13 - Resultados para el Cuestionario multidimensional AF5 en las fases de pre, post (para ambos grupos), seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.

	Grupo	Media (DE)				Friedman χ^2 (p)	Prueba de Wilcoxon		
		Pretest	Postest	Post 3 meses	Post 6 meses		Pretest vs Postest z(p)	Pretest vs Post 3 meses z(p)	Pretest vs Post 6 meses z(p)
AF5									
Autoconcepto Académico	Control	2.90 (.58)	2.92 (.57)	-	-	-	-.23 (.81)	-	-
	Intervención	3.18 (.73)	3.16 (.69)	3.21 (.65)	3.07 (.68)	3.29 (.34)	-.37 (.70)	-.70 (.48)	-.53 (.59)

Autoconcepto Social	Control	2.84 (.49)	3.00 (.59)	-	-	-	-	-	-
	Intervención	2.96 (.56)	2.96 (.46)	3.02 (.54)	2.93 (.49)	.29 (.96)	-.41 (.67)	-.34 (.72)	-.31 (.75)
Autoconcepto Emocional	Control	1.87 (.68)	1.80 (.62)	-	-	-	-.59 (.55)	-	-
	Intervención	1.91 (.79)	2.12 (.75)	2.16 (.64)	2.06 (.55)	7.33 (.06)	-2.05 (.04)*	-1.73 (.08)	-1.91 (.05)
Autoconcepto Familiar	Control	3.17 (.53)	3.25 (.43)	-	-	-	-.50 (.61)	-	-
	Intervención	3.18 (.50)	3.37 (.44)	3.26 (.55)	3.36 (.37)	4.73 (.19)	-2.06 (.03)*	-1.14 (.25)	-2.20 (.02)*
Autoconcepto Físico	Control	2.59 (.57)	2.60 (.68)	-	-	-	-.35 (.72)	-	-
	Intervención	2.80 (.56)	2.90 (.62)	3.02 (.70)	2.63 (.61)	1.76 (.62)	-.91 (.23)	-2.15 (.03)*	-.35 (.72)
Autoconcepto General	Control	2.59 (.23)	2.69 (.29)	-	-	-	-.76 (.44)	-	-
	Intervención	2.70 (.35)	2.75 (.40)	2.72 (.39)	2.65 (.31)	1.33 (.72)	-.32 (.74)	-.13 (.89)	-.05 (.95)

Nota: * $p < .05$;

6.3.3 Competencia Social: Escala Messy

Para evaluar los posibles cambios en la competencia social luego de la intervención, se valoraron las puntuaciones obtenidas en la Escala Messy. Se compararon las puntuaciones en las medidas de resultado pre-post (tanto en grupo Control como grupo Intervención) con el estadístico para muestras relacionadas, no paramétrico, de Wilcoxon y las medidas pre, post y seguimiento (post 3 meses y post 6 meses) para el Grupo Intervención fueron analizadas utilizando el estadístico no paramétrico para medidas repetidas de Friedman.

En la Tabla 15 se presentan los estadísticos para las HHSS en los diferentes momentos de la evaluación para ambos grupos. En la misma puede observarse que el Grupo Control no ha presentado diferencias estadísticamente significativas en los momentos pre-post. Por otro lado, los participantes del Grupo Intervención han mostrado un aumento en las HHSS adaptativas y una disminución en las HHSS no adaptativas. Estos cambios alcanzaron niveles estadísticamente significativos en la variable Amistad a los 3 meses de seguimiento ($p < .05$) sin mantener los niveles de significancia a los 6 meses. Por otro lado, los participantes del Grupo Intervención disminuyeron sus niveles de Agresividad / Conducta Antisocial de manera significativa luego de la intervención ($p < .05$), mejorando estos niveles en el seguimiento a los 3 meses ($p < .01$). En la variable Soledad / Ansiedad social, los participantes del Grupo Intervención también presentaron una disminución estadísticamente significativa tanto post intervención como a los 6 meses de seguimiento ($p < .05$), alcanzando un pico de mejora a los 3 meses de realizada la intervención ($p < .01$). Finalmente, la medida general de Total Negativas también presentó una disminución, que alcanzó niveles estadísticamente significativos a los 3 meses de finalizada la intervención.

Tabla 14 - Resultados para la Escala Messy en las fases de pre, post (para ambos grupos), seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.

Grupo	Media (DE)		Friedman		Prueba de Wilcoxon		
	Pretest	Postest	Post 3 meses	Post 6 meses	χ^2 (p)	Pretest vs Postest $z(p)$	Pretest vs Post 3 meses $z(p)$

MESSY

Agresividad / Conducta antisocial	Control	45.42 (13.54)	46.63 (15.97)	-	-	-	-0.34 (.73)	-	-
	Intervención	43.78 (9.63)	37.10 (8.99)	34.79 (7.59)	37.82 (6.47)	3.18 (.36)	-2.02 (.04)*	-2.84 (.00)**	-.51 (.61)
HH SS apropiadas	Control	53.47 (8.63)	58.00 (11.87)	-	-	-	-1.78 (.07)	-	-
	Intervención	54.67 (8.26)	55.43 (8.70)	56.21 (8.81)	56.45 (9.21)	5.02 (.17)	-.41 (.67)	-.59 (.55)	-1.68 (.09)
Amistad	Control	26.42 (3.86)	25.11 (4.98)	-	-	-	-1.17 (.24)	-	-
	Intervención	25.50 (4.44)	27.24 (4.13)	28.00 (3.66)	26.91 (4.43)	1.83 (.58)	-.94 (.34)	-1.91 (.05)*	-.98 (.32)
Sobreconfianza / Celos / Soberbia	Control	11.89 (3.36)	13.84 (5.60)	-	-	-	-1.30 (.19)	-	-
	Intervención	11.83 (4.13)	11.14 (3.02)	11.16 (3.5)	10.82 (1.32)	3.03 (.38)	-.04 (.96)	-.81 (.41)	.00 (1.00)
Soledad / Ansiedad social	Control	7.11 (1.82)	7.26 (1.93)	-	-	-	-.42 (.67)	-	-
	Intervención	8.67 (2.74)	7.29 (2.36)	6.53 (2.11)	8.18 (2.31)	15.41 (.00)**	-2.05 (.04)*	-2.94 (.00)**	-1.95 (.04)*
Total Negativas	Control	64.42 (16.44)	67.73 (20.57)	-	-	-	-1.14 (.25)	-	-
	Intervención	64.27 (12.97)	55.52 (12.18)	52.47 (10.48)	56.82 (7.29)	4.68 (.19)	-1.80 (.07)	-3.04 (.00)**	-1.02 (.30)
Total Positivas	Control	79.89 (11.29)	83.10 (15.93)	-	-	-	-.88 (.37)	-	-
	Intervención	80.16 (11.49)	82.66 (12.03)	84.21 (11.57)	83.36 (13.20)	4.92 (.17)	-.51 (.60)	-1.08 (.28)	-1.42 (.15)

** $p < .01$; * $p < .05$;

6.3.4.1 Bienestar psicológico: Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida BMSLSS para padres.

Para evaluar los posibles cambios en la variable satisfacción con la vida luego de la intervención, se valoraron las puntuaciones obtenidas en la Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida BMSLSS para padres. Se compararon las puntuaciones en las medidas de resultado pre-post (en ambos grupos) con el estadístico para muestras relacionadas, no paramétrico, de Wilcoxon y las medidas pre, post y seguimiento (post 3 meses y post 6 meses) para el Grupo Intervención fueron analizadas utilizando el estadístico no paramétrico para medidas repetidas de Friedman.

En la Tabla 16 se presentan los estadísticos para las dimensiones de la satisfacción con la vida en los diferentes momentos de la evaluación para ambos grupos. En la misma puede observarse que el Grupo Control no ha presentado diferencias estadísticamente significativas en los momentos pre-post. Por otro lado, los participantes del Grupo Intervención han mostrado un aumento estadísticamente significativo en la satisfacción con respecto a su vida en la escuela ($p < .05$). Estos cambios no se mantuvieron en las evaluaciones post test 3 meses, ni 6 meses.

Por otro lado, se presenta el grado de Interferencia con la vida cotidiana producto de la sintomatología propia del TDAH. En ambos grupos pueden observarse diferencias estadísticamente significativas en los momentos pre-post, en el caso del GC en un valor $p < .01$, y en el caso del GI en un valor de $p < .05$.

Tabla 15 - Resultados para la Escala BMSLSS versión padres en las fases de pre, post (para ambos grupos), seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.

	Media (DE)	Friedman	Prueba de Wilcoxon
--	------------	----------	--------------------

Grupo		Pretest	Posttest	Post 3 meses	Post 6 meses	χ^2 (p)	Pretest vs Posttest z(p)	Pretest vs Post 3 meses z(p)	Pretest vs Post 6 meses z(p)
BMSLSS									
Vida Familiar	Control	5.00 (1.32)	5.33 (1.04)	-	-	-	-1.60 (.10)	-	-
	Intervención	5.36 (1.21)	5.50 (1.10)	6.06 (1.02)	5.67 (.88)	3.23 (.35)	-.23 (.81)	-1.81 (.07)	-1.26 (.20)
Amistades	Control	4.89 (1.07)	5.33 (1.04)	-	-	-	-1.89 (.05)	-	-
	Intervención	5.55 (.91)	5.80 (.69)	5.94 (.89)	5.75 (.86)	.60 (.89)	-.79 (.42)	-1.12 (.26)	-.94 (.34)
Escuela	Control	3.56 (1.65)	4.13 (1.30)	-	-	-	-1.61 (.10)	-	-
	Intervención	4.23 (1.57)	5.00 (.91)	4.65 (1.32)	4.83 (1.52)	4.69 (.19)	-2.02 (.04)*	-.83 (.40)	-1.48 (.13)
Si mismo	Control	4.67 (1.23)	4.80 (.75)	-	-	-	-.23 (.81)	-	-
	Intervención	5.00 (1.19)	5.05 (1.05)	5.18 (.88)	5.33 (.88)	2.10 (.55)	.00 (1.00)	-.21 (.82)	-1.13 (.25)
Barrio	Control	5.33 (.84)	5.27 (.96)	-	-	-	-.27 (.78)	-	-
	Intervención	5.45 (1.50)	5.60 (.82)	5.35 (1.11)	5.17 (.71)	4.05 (.25)	-1.10 (.91)	-.59 (.55)	-.43 (.66)
General	Control	4.69 (.91)	5.00 (.65)	-	-	-	-1.78 (.07)	-	-
	Intervención	5.11 (.98)	5.39 (.69)	5.39 (.69)	4.93 (1.61)	1.48 (.68)	-.68 (.49)	-.50 (.61)	-.53 (.59)
Interferencia en la vida diaria	Control	2.57 (.65)	2.31 (.55)	-	-	-	-2.80 (.00)**	-	-
	Intervención	2.43 (.61)	2.10 (.60)	2.11 (.65)	2.11 (.46)	7.14 (.06)	-2.54 (.01)*	-1.48 (.13)	-1.61 (.10)

** $p < .01$; * $p < .05$

6.3.4.2 Satisfacción con la Vida: Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida BMSLSS para estudiantes.

Para evaluar los posibles cambios en satisfacción con la vida luego de la intervención, se valoraron las puntuaciones obtenidas en la Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida BMSLSS en la versión para estudiantes. Se compararon las puntuaciones en las medidas de resultado pre-post (tanto en grupo Control como grupo Intervención) con el estadístico para muestras relacionadas, no paramétrico, de Wilcoxon y las medidas pre, post y seguimiento (post 3 meses y post 6 meses) para el Grupo Intervención fueron analizadas utilizando el estadístico no paramétrico para medidas repetidas de Friedman.

En la Tabla 17 se presentan los estadísticos para las dimensiones de la satisfacción con la vida en los diferentes momentos de la evaluación para ambos grupos. En la misma puede observarse que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Grupo Intervención ($p < .05$), en la variable "Si mismo" en el seguimiento a los 6 meses.

Tabla 16 - Resultados para la Escala BMSLSS para estudiantes en las fases de pre, post (para ambos grupos), seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses (sólo GI). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias. Prueba de Friedman para medidas repetidas para el GI.

		Media (DE)				Friedman	Prueba de Wilcoxon		
Grupo	Pretest	Posttest	Post 3 meses	Post 6 meses	χ^2 (p)	Pretest vs Posttest z(p)	Pretest vs Post 3 meses z(p)	Pretest vs Post 6 meses z(p)	

BMSLSS

Vida Familiar	Control	4.63 (.76)	4.68 (.58)	-	-	-	-	-	-
	Intervención	4.57 (.67)	4.57 (.81)	4.68 (.47)	4.63 (.50)	1.66 (.64)	-0.08 (.93)	-1.13 (.25)	.00 (1.00)
Amistades	Control	4.68 (.67)	4.57 (.69)	-	-	-	-	-	-
	Intervención	4.47 (.81)	4.66 (.48)	4.68 (.47)	4.81 (.40)	1.94 (.58)	-1.30 (.19)	-1.40 (.16)	-1.00 (.31)
Escuela	Control	3.89 (1.44)	4.52 (.77)	-	-	-	-	-	-
	Intervención	4.38 (.86)	4.33 (.73)	4.26 (.65)	4.27 (1.19)	1.68 (.44)	-1.19 (.85)	-1.16 (.86)	-1.13 (.89)
Si mismo	Control	4.73 (.45)	4.57 (.59)	-	-	-	-	-	-
	Intervención	4.38 (.74)	4.57 (.81)	4.52 (.51)	4.81 (.40)	7.09 (.06)	-1.10 (.27)	-.63 (.52)	-2.12 (.03)*
Barrio	Control	4.15 (1.16)	4.26 (1.09)	-	-	-	-	-	-
	Intervención	4.33 (1.06)	4.42 (.51)	4.21 (1.03)	3.72 (1.19)	5.84 (.11)	-1.41 (.68)	-.87 (.38)	-1.93 (.05)
General	Control	4.42 (.42)	4.53 (.49)	-	-	-	-	-	-
	Intervención	4.42 (.51)	4.51 (.50)	4.47 (.45)	4.45 (.42)	1.78 (.61)	-1.13 (.25)	-.35 (.72)	-.07 (.94)

* $p < .05$

6.3.5 Adaptación al contexto escolar: cuestionario BASC-T. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, versión docente.

Para evaluar posibles cambios en las conductas y adaptación al ámbito escolar, se valoraron las puntuaciones obtenidas en el cuestionario BASC-T. Se compararon las puntuaciones en las medidas de resultado pre-post (tanto en grupo Control como grupo Intervención) con el estadístico para muestras relacionadas, no paramétrico, de Wilcoxon.

En la Tabla 18 se presentan los estadísticos para los indicadores emocionales, problemas conductuales y rasgos y habilidades positivas en los diferentes momentos de la evaluación para ambos grupos. En la misma puede observarse que el Grupo Control no ha presentado diferencias estadísticamente significativas a excepción de la variable atipicidad, que ha aumentado de los momentos pre a post ($p < .05$). Por otro lado, los participantes del Grupo Intervención han mostrado un aumento en las habilidades positivas y una disminución en los problemas conductuales. Estos cambios alcanzaron niveles estadísticamente significativos ($p < .05$), en las variables Resiliencia/Adaptabilidad, Habilidades Sociales y Habilidades Adaptativas en donde se pudo hallar un aumento de las mismas; y en la variable Hiperactividad en donde se encontró un descenso estadísticamente significativo ($p < .05$).

Tabla 17 - Resultados para el BASC-T en las fases de pre, post (para ambos grupos). Análisis mediante Prueba Wilcoxon para hallar diferencias.

	Grupo	Media (DE)		Prueba de Wilcoxon $z(p)$
		Pretest	Postest	
BASC-T				
Resiliencia/ Adaptabilidad	Control	46.06 (12.38)	51.20 (11.61)	-1.48 (.13)

	Intervención	47.10 (11.96)	54.94 (10.89)	-2.15 (.03)*
	Control	42.73 (9.23)	44.64 (10.49)	-.22 (.82)
HH SS	Intervención	42.15 (7.54)	45.62 (6.75)	-2.35 (.01)*
	Control	44.06 (7.86)	42.85 (5.08)	-.71 (.47)
Liderazgo	Intervención	44.47 (9.61)	49.11 (9.02)	-1.68 (.09)
	Control	58.40 (13.68)	57.28 (13.87)	-.04 (.96)
Agresividad	Intervención	61.10 (16.80)	60.11 (10.95)	-.17 (.86)
	Control	51.86 (10.00)	54.00 (10.90)	-1.48 (.13)
Hiperactividad	Intervención	57.00 (11.50)	50.29 (7.61)	-2.13 (.03)*
	Control	55.80 (12.01)	57.07 (14.25)	.00 (1.00)
Problemas de conducta	Intervención	61.89 (17.18)	55.52 (8.71)	-1.47 (.14)
	Control	64.20 (7.26)	64.07 (9.34)	-.30 (.75)
Inatención	Intervención	65.26 (12.51)	63.11 (10.24)	-.88 (.37)
	Control	55.80 (12.01)	52.14 (9.04)	-1.47 (.14)
Problema de Aprendizaje	Intervención	54.31 (11.37)	52.64 (9.06)	-.03 (.97)
	Control	49.00 (9.68)	52.78 (9.75)	-2.32 (.20)*
Atipicidad	Intervención	58.68 (15.80)	55.35 (12.99)	-.15 (.87)
	Control	65.40 (22.92)	63.57 (23.45)	-.27 (.78)
Depresión	Intervención	58.05 (18.46)	61.35 (15.66)	-.73 (.46)
	Control	53.53 (11.92)	50.64 (10.13)	-.80 (.42)
Ansiedad	Intervención	48.73 (10.68)	49.64 (10.48)	-.24 (.80)
	Control	50.53 (11.01)	50.64 (10.13)	-.22 (.82)
Retraimiento	Intervención	50.00 (9.17)	51.94 (9.62)	-.28 (.77)
	Control	50.26 (10.59)	50.28 (11.80)	-1.17 (.24)
Somatización	Intervención	52.31 (11.07)	55.64 (11.29)	-1.11 (.26)
	Control	54.46 (11.04)	54.50 (11.48)	-.74 (.45)
Exteriorizar problemas	Intervención	61.73 (15.92)	56.05 (9.50)	-1.16 (.24)
	Control	57.40 (15.12)	56.14 (16.78)	-.52 (.60)
Interiorizar problemas	Intervención	53.94 (13.38)	55.93 (13.19)	-1.50 (.13)
	Control	44.53 (9.21)	46.50 (8.08)	-.49 (.62)
Habilidades adaptativas	Intervención	45.26 (9.82)	51.58 (7.71)	-2.10 (.03)*
Síntomas comportamentales	Control	57.86 (11.35)	57.71 (11.46)	-.86 (.38)

	Intervención	59.47 (13.95)	58.88 (11.48)	-.22 (.82)
Problemas escolares	Control	59.80 (8.66)	57.64 (8.81)	-1.07 (.28)
	Intervención	59.47 (11.99)	58.52 (8.26)	-.17 (.86)

* $p < .05$

6.3.6 Resultados de la evaluación continua del programa.

Los resultados obtenidos de la “Ficha de registro para seguimiento durante la intervención” se presentan en la Tabla 19. En Relación al Índice TIS, se obtuvo una media de .76, lo cual implica un porcentaje de realización de las TIS del 76%. En cuanto a la medida Predisposición la media obtenida fue cercana a muy buena, con un puntaje promedio de 1.88 y un *DE* de .14.

Tabla 18 - Seguimiento de TIS y predisposición durante la intervención.

	Media	DE
Índice TIS	.76	.21
Predisposición	1.88	.14

En cuanto al seguimiento de la percepción de los padres de los efectos de la intervención, los resultados se muestran en la Tabla 20. Puede observarse que durante el desarrollo de la intervención el 95% de los padres coincidían en afirmar que sus hijos/as habían mejorado mucho. Post intervención, el 90% de los padres sostenía que su hijo/a había mejorado (35% poco y 55% mucho). En el seguimiento a los 3 meses estos resultados se mantienen relativamente estables, ya que el 94.1% de los padres sostienen que su hijo/a ha mejorado (29.4% poco y 64.7% mucho). Finalmente, a los 6 meses, el 22.2% de los padres señala que su hijo/a no ha mejorado, un 33.3% cree que sí un poco y un 44.4% afirman que mucho.

Tabla 19 - Evaluación continua de resultados. Respuesta de los padres expresada en porcentajes.

Momento	¿Cree que su hijo ha mejorado?		
	Nada	Poco	Mucho
Medio término	5%	0%	95%
Post	10%	35%	55%
Post 3 meses	5.9%	29.4%	64.7%
Post 6 meses	22.2%	33.3%	44.4%

En cuanto a las características de mejora, las respuestas se clasificaron en seis dimensiones según el análisis que se hizo posteriormente de las mismas: “Ámbito escolar: conductual”, “Ámbito escolar: académico”, “Regulación emocional”, “Autoestima”, “Social” y “Otros ámbitos”. Los resultados se presentan en la Tabla 21 en formato de porcentajes. Cada respuesta podía estar abarcando más de una dimensión.

- Dimensión ámbito escolar conductual y académico: durante el desarrollo de la intervención los padres señalan mejoras tanto en lo conductual (66.66%) como en lo académico (44.44%). Inmediatamente luego de finalizada la intervención, las mejoras conductuales descienden a 21.05% y las académicas a 31.57%. Con cifras similares a los 3 y 6 meses.

- Dimensión regulación emocional: el 83.33% de los padres señalaba que su hijo/a había adquirido mayor habilidad para la regulación emocional. Luego de la intervención y a los 3 meses se encuentra un descenso en la percepción de los padres para esta dimensión de mejora (73.68% y 61.11% respectivamente). A los 6 meses vuelve a subir a un 88.88%.

- Dimensión autoestima: los padres señalaron que un 38.88% mejoró durante la intervención alcanzando un 26.31% al finalizar su participación en el programa. Sin embargo, a los 3 y 6 meses se registra un descenso a 11.11% y 22.22% respectivamente.
- Dimensión social/vincular: señala que el 44.44% de sus hijos había mejorado en el aspecto Social/Vincular durante la intervención, número que se reduce al terminar la misma a un 15.78%. Esta cifra se mantiene relativamente estable a los 3 meses y vuelve a descender a un 11.11% a los 6 meses.

Tabla 20 - Evaluación continua de resultados. Aspectos de mejora según los padres expresada en porcentajes.

Dimensiones	¿En qué aspecto/s cree que ha mejorado?					
	Ámbito escolar: conductual	Ámbito escolar: académico	Regulación emocional	Autoestima	Social	Otros ámbitos
Medio término	66.66%	44.44%	83.33%	38.88%	44.44%	0%
Post	21.05%	31.57%	73.68%	26.31%	15.78%	10.52%
3 meses	33.33%	33.33%	61.11%	11.11%	16.66%	5.55%
6 meses	22.22%	22.22%	88.88%	22.22%	11.11%	0%

Los resultados de percepción de los y las docentes sobre los efectos de intervención se muestran en la Tabla 22. Puede observarse que post intervención, el 100% sostenía que su estudiante había mejorado (75% poco y 52% mucho). En el seguimiento a los 3 meses continuaron sosteniendo que observaban el cambio (50% poco y 50% mucho). Finalmente, a los 6 meses, el 16.7% de los docentes señalaron que su estudiante no presenta mejoras, un 66.7% cree que sí un poco y un 16.7% afirman que mucho.

Tabla 21 - Evaluación continua de resultados. Respuesta de los docentes expresada en porcentajes.

Momento	¿Cree que su estudiante ha mejorado?		
	Nada	Poco	Mucho
Post	0%	75%	25%
Post 3 meses	0%	50%	50%
Post 6 meses	16.7%	66.7%	16.7%

En cuanto a las características de mejora, las respuestas se clasificaron en cinco dimensiones según el análisis que se hizo posteriormente de las mismas: “Conductual”, “Atencional”, “Académico”, “Autoestima” y “Social”. Los resultados se presentan en la Tabla 23 expresados en porcentajes, considerando que cada respuesta podía abarcar más de una dimensión.

- Dimensión conductual: inmediatamente finalizado el programa de intervención, el 56.25% de los docentes señalaron que su alumno/a había mejorado en el aspecto conductual en el colegio. Percepción que desciende a 28.57% a los 3 meses y sube levemente a 33.33% a los 6 meses.
- Dimensión atencional: los resultados señalan que los estudiantes con diagnóstico de TDAH mejoraron un 37.5% según la percepción de sus docentes, número que asciende a 42.85% a los 3 meses y continúan en línea ascendente a los 6 meses en un 66.66%.
- Dimensión académica: post tratamiento los docentes perciben que el 43.47% de los participantes habría mejorado en este aspecto. Números que se mantienen prácticamente constantes a los 3 meses, y posteriormente a los 6 meses es nombrado por los docentes como un avance para todos los participantes.
- Dimensión autoestima: inmediatamente finalizada la intervención los docentes perciben que el 6.25% de los estudiantes habría mejorado, y a los 3 meses el 28.57%. Variable que no se mencionó en las respuestas docentes en el seguimiento a los 6 meses.

- Dimensión social/vincular: el 37.5% de los docentes señalaron que sus estudiantes habían mejorado en este aspecto luego del tratamiento. Este porcentaje incrementó al 57.14% a los 3 meses, aunque luego descendió al 33.33% en el seguimiento a los 6 meses.

Tabla 22 - Evaluación continua de resultados. Aspectos de mejora según los docentes expresada en porcentajes.

Dimensiones	¿En qué aspecto/s cree que ha mejorado?				
	Conductual	Atencional	Académico	Autoestima	Social
Post	56.25%	37.5%	43.47%	6.25%	37.5%
3 meses	28.57%	42.85%	42.85%	28.57%	57.14%
6 meses	33.33%	66.66%	100%	0%	33.33%

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general del presente estudio fue generar evidencias sobre los beneficios de promover y potenciar habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes escolarizados con diagnóstico de TDAH, que contribuya a mejorar la adaptación al contexto escolar, promover el bienestar psicológico, la autoestima y la competencia social.

A continuación, se presenta la discusión de los resultados en función de los objetivos específicos del trabajo de investigación.

7.1 Discusión del objetivo 1: Habilidades positivas y fortalezas en niños, niñas y adolescentes con TDAH

En primera instancia, para dar respuesta al primer objetivo “Identificar habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH para proporcionar una comprensión positiva de las capacidades de esta población y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar”, se realizó una revisión sistemática de estudios como herramienta para identificar habilidades positivas y fortalezas en niños, niñas y/o adolescentes con diagnóstico de TDAH, desde una base empírica.

A partir de los criterios de búsqueda demarcados, se identificaron en las bases de datos un total 3214859 referencias, que luego de las fases de filtro, preselección y selección permitió identificar un total de 9 artículos que cumplieron con los criterios de selección, incluyendo un total de 12 variables analizadas. Pese a la gran cantidad de referencias encontradas en primera instancia, se identificaron pocos estudios que examinen fortalezas o habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con TDAH, escasez que otras investigaciones también han destacado (Chan et al., 2017; 2021; Hai y Climie, 2022; Mastoras et al., 2015; Modesto-Lowe et al., 2011; Sedgwick et al., 2019). De todos modos, a pesar de las limitaciones en la cantidad de estudios disponibles, se logró una visión inicial sobre las fortalezas identificadas y las metodologías empleadas para su análisis.

En cuanto a los instrumentos/metodologías de evaluación, la entrevista fue la herramienta más utilizada para explorar las habilidades positivas, seguida por la Escala de Resiliencia. Los tipos de diseños predominantes fueron correlacionales cuasiexperimentales y de diseño cualitativo (incluyendo aquellos del tipo mixto), siendo estos últimos especialmente frecuentes debido a su carácter exploratorio. Sin embargo, diversos estudios (Jimenez-Torres et al., 2010; Mahdi et al., 2017; Rates Regalla et al., 2019; y Schei et al., 2015) señalan la importancia de un mayor desarrollo de investigaciones de base objetiva con medidas cuantitativas que estudien fortalezas y habilidades positivas en esta población. En este sentido, Elik et al. (2015) y Paneiva Pompa et al. (2022), afirman que transferir estos conocimientos basados en evidencias empíricas a las intervenciones en la población con diagnóstico de TDAH puede ser muy beneficioso.

Es interesante remarcar que solo una de las investigaciones revisadas (Wu et al., 2016) empleó un diseño longitudinal, lo que permitió evaluar resultados en diferentes momentos. Este enfoque es clave para analizar la sostenibilidad de los efectos en el tiempo (Schei et al., 2016); siendo que existen evidencias del impacto moderado y limitado a largo plazo (Barkley, 2014).

Se encontraron diversidad de fortalezas y habilidades positivas, lo cual coincide con lo señalado en investigaciones precedentes (Charabin et al., 2023; Climie y Henley, 2016), siendo la resiliencia la más estudiada, seguida de la empatía y fortalezas ligadas a la aptitud física. Sin embargo, ninguno de los estudios encontró diferencias estadísticamente significativas en favor de los niños, niñas y adolescentes con TDAH en alguna de las

fortalezas evaluadas, en comparación con grupos control. Gunat y Kilic (2019) encontraron niveles similares de empatía entre los grupos, Jimenez-Torres et al. (2010) reportaron niveles inferiores en Experiencia Óptima Percibida en las áreas académicas, artísticas y en vínculos con amigos, Rates Regalla et al. (2019) hallaron que los adolescentes con TDAH mostraron niveles de resiliencia más bajos y Verret et al. (2010) hallaron niveles similares de aptitud física. En este sentido, aquellos estudios de la revisión sistemática que optaron por diseños cuasiexperimentales (Gunat y Kilic, 2019; Jimenez-Torres et al., 2010; Verret et al., 2010), concluían en que las variables estudiadas son áreas de fortaleza potencial (resiliencia, empatía y aptitud física), y que resulta fundamental el desarrollo de programas de intervención dirigidos al desarrollo de las mismas para mejorar su calidad de vida. Aquellos que optaron por diseños cualitativos (Mahdi et al., 2017; Pérez Quinteros, 2018; Wu et al., 2016), describieron diversas fortalezas, pero entre sus limitaciones resaltaban la necesidad de corroborar empíricamente lo relatado en las entrevistas, grupos de discusión o grupos focales. Más allá de las diferencias encontradas según diseños, las investigaciones señalan que promover y potenciar habilidades positivas en niños, niñas y adolescentes con TDAH se asocia con mayor bienestar psicológico, una vida más satisfactoria, productiva y gratificante, ya que dispondrán de más recursos para superar con éxito y resiliencia las situaciones difíciles de la vida (Climie y Henley, 2016; Elik et al., 2015; Hai y Climie, 2022; Mackenzie, 2018; Miranda-Casas et al., 2011). En esta misma línea, en una revisión previa de intervenciones para población con TDAH en el ámbito escolar (Paneiva Pompa et al., 2021), se señala que los programas se han centrado fundamentalmente en la sintomatología o aspectos deficitarios de la población infantojuvenil con TDAH. Además, no se han encontrado evidencias concluyentes de que estas intervenciones mejoren el funcionamiento o aborden completamente los problemas asociados que enfrentan las personas con TDAH, al presentar resultados moderados y un impacto limitado en el mantenimiento de los mismos a largo plazo (López, 2016; Paneiva Pompa et al., 2021; Wright et al., 2015). Por lo tanto, al momento de la escritura de este trabajo, el desarrollo de programas de intervención en entornos escolares para potenciar aspectos positivos en población infantojuvenil con TDAH sigue siendo un área pendiente.

Las dificultades en la crianza también han sido objeto de discusión en los trabajos revisados. Mcintyre y Hennessy (2012) resaltaron las complicaciones con las que conviven los padres y madres de niños, niñas y adolescentes con TDAH, debido a la falta de conocimiento sobre el trastorno, los prejuicios sociales y los desafíos inherentes a la crianza. En este mismo sentido, Schei et al. (2016) hallaron que un mejor funcionamiento familiar se asocia con una menor incidencia de problemas emocionales y conductuales en adolescentes con TDAH subrayando además la importancia del desarrollo de la competencia social como factor protector frente a estas dificultades. Ambos estudios coinciden en la necesidad de implementar y poner a disposición de las familias estrategias para la crianza, adoptando un enfoque más positivo y orientado a las fortalezas

El ambiente familiar ha sido identificado como uno de los factores ambientales más relevantes en la etiología multicausal del TDAH (Azeredo et al., 2018). Estudios han demostrado que la calidad de las interacciones familiares, el estilo de crianza y la presencia de conflictos familiares pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo del mismo (Azeredo et al., 2018; Hoogman et al., 2017); así como la exposición a un entorno familiar con altos niveles de estrés, disfunción familiar y falta de apoyo emocional puede aumentar el riesgo de incrementar los síntomas de TDAH en la infancia y la adolescencia (Hoogman et al., 2019; Villanueva-Bonilla y Ríos-Gallardo, 2018). Otros estudios señalan que una autopercepción positiva del funcionamiento familiar y la crianza se asoció a menores riesgos, mejores resultados en las intervenciones en esta

población y una mayor resiliencia (Charabin et al., 2023; Dvorsky y Langberg, 2016; Masten y Barnes, 2018; Zolkoski y Bullock, 2012). Así mismo, Cabello-Sanz et al. (2024) y Martin et al. (2019) señalan que producto de la desestabilización de la cohesión familiar como consecuencia de los comportamientos poco adecuados, padres y madres pueden mostrar elevados niveles de insatisfacción parental y un elevado nivel de estrés.

En síntesis, se identificaron pocos estudios que dieron cuenta de cierta diversidad de fortalezas o habilidades positivas en la población infantojuvenil con TDAH, siendo la resiliencia la más estudiada. Se destaca la necesidad de evaluar las mismas desde diseños objetivos y cuantificables, con medidas longitudinales. Los hallazgos señalan que las fortalezas o habilidades estudiadas resultan más bien áreas potenciales a ser desarrolladas por medio de intervenciones, que consolidadas en sí mismas. Finalmente, se señala la necesidad de poner a disposición de las familias información sustentada en evidencia empírica, estrategias para mejorar la crianza y considerar con mayor relevancia una perspectiva desde la psicología positiva.

7.2 Discusión del objetivo 2: Diseño del programa de intervención

Para dar respuesta al segundo objetivo particular del estudio: “Diseñar un programa de intervención psicoeducativo, en el ámbito escolar, con validez ecológica (resultados con relación funcional y predictiva con situaciones de su vida cotidiana) y basado en la evidencia, orientado a fortalecer las habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes con TDAH y fomentar en sus docentes una percepción integral sobre las dificultades y fortalezas” se diseñó el programa de intervención “¡Vamos con Tuti!”. Este es un programa de intervención que busca dar una respuesta integral y ecológica a las necesidades y potencialidades de la población infantojuvenil con TDAH:

Integral, al estar dirigido no solo de manera individual, sino también a su familia, pares y docentes. Investigaciones precedentes señalan la influencia del ambiente familiar y escolar como parte de la etiología compleja y multicausal del trastorno (Azeredo et al., 2018; Hoogman et al., 2019; Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020; Thapar, 2018); y la presencia de factores de riesgo y protección ligados al ambiente familiar y escolar (Azeredo et al., 2018; Domitrovich et al., 2017; Palladino et al., 2019). En este sentido, Chan et al. (2023) señalan la importancia de aplicar una perspectiva “del niño en su totalidad” en los tratamientos para esta población, para intervenir no solo en los factores maleables a nivel individual, sino también en sus vínculos y activos familiares, de pares y de la comunidad en general.

Ecológica, porque pretende un impacto y resultados que puedan ser transferidos a situaciones de su vida cotidiana. Las revisiones sistemáticas realizadas por DuPaul et al. (2012), Moore et al. (2016) y Paneiva Pompa et al. (2021) describen que dada la prevalencia del TDAH sería eficaz el desarrollo de intervenciones en entornos escolares de forma ecológica, es decir administrada durante el horario escolar, a todo el grupo áulico buscando beneficios no sólo en el alumnado con TDAH sino en todo el grupo áulico (DuPaul et al., 2012; Moore et al., 2016; Paneiva Pompa et al., 2021).

El programa de intervención se encuentra estructurado en tres bloques y tiene una duración aproximada de 11 semanas, alineándose con la evidencia que indica que las intervenciones más efectivas suelen mantenerse dentro de este rango temporal, ya que programas con una duración mayor no obtuvieron beneficios adicionales significativos (DuPaul et al., 2012; Paiano et al., 2018; Paneiva Pompa et al., 2021).

El primer bloque incluye áreas de trabajo y objetivos vinculados al conocimiento del TDAH, aportes de la neurociencia y compensación de los síntomas primarios del trastorno. El modo de abordaje fue a través de la combinación de las herramientas que las revisiones previas afirman ser efectivas y más utilizadas en esta población:

psicoeducación, modelado, reforzamiento, entrenamiento en regulación emocional y técnicas de intervención en el manejo de contingencias (DuPaul et al., 2012; Fabiano et al., 2009; Paneiva Pompa et al., 2021). En este sentido, el abordaje psicoeducacional de esta intervención buscó transmitir conocimientos desde los aportes de las neurociencias, brindando información sobre el funcionamiento del cerebro y su relación con el aprendizaje, tendientes a mejorar el aprendizaje y la trayectoria escolar de estudiantes con TDAH, optimizando las experiencias en el aula y la convivencia en el hogar (Gómez León, 2022).

El segundo bloque de trabajo aborda el fortalecimiento de habilidades positivas y fortalezas. Por lo tanto, desde el paradigma de la psicología positiva y en función de la revisión sistemática realizada, se buscó no solo compensar aspectos deficitarios sino también desarrollar áreas de fortaleza potencial mediante la promoción de mayores niveles de autoestima, competencia social y resiliencia (Climie y Mastoras, 2015). Las dificultades en la crianza y las características familiares también han sido objeto de trabajo en la intervención. Las investigaciones previas dan cuenta de la importancia de que los padres estén informados sobre el diagnóstico, conozcan sus principales características, causas y tratamiento (Mcintyre y Hennessy, 2012; Schei et al., 2015) y las estrategias que puedan utilizar para potenciar las habilidades de sus hijos e hijas (Charabin et al., 2023; Climie y Mastoras, 2015; Masten y Barnes, 2018). La adquisición de estas herramientas por partes de los padres, es considerada factor de buen pronóstico y adecuado desarrollo (Dvorsky y Langberg, 2016; Zolkoski y Bullock, 2012).

El tercer bloque corresponde al cierre del programa y la prevención de recaídas. Los repasos y los cierres al final de tratamiento son una práctica habitual en las intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual, que proponen revisar las distintas habilidades entrenadas y los conocimientos adquiridos, con el objetivo de consolidar los logros. La prevención de recaídas consiste en repasar las distintas estrategias utilizadas que dieron resultado en la resolución de conflictos, se anticipa la posible aparición de estresores significativos y se fomenta una actitud autónoma de afrontamiento. El cierre suele realizarse con una entrega de certificados o la realización de alguna actividad que le permita al niño consolidar los logros (Bunge et al., 2009).

La intervención individual fue estructurada en ocho encuentros semanales. La secuenciación de contenidos se desarrolló en función de las estrategias de tratamiento que han mostrado ser eficaces: psicoeducación por medio de recursos lúdicos y creativos para desdramatizar e introducir elementos de humor al tratamiento (Bunge et al., 2008); enseñanza, entrenamiento y práctica en competencias y habilidades socio-emocionales (Casas y Ferrer, 2010; Nazarova et al., 2022); reestructuración cognitiva y estrategias de manejo de la contingencia (Catala-Lopez et al., 2015; 2017; Shrestha et al., 2020) y fortalecimiento de habilidades positivas (Alzina y Paniello, 2017). Cada encuentro incluye cuatro momentos: repaso y revisión de la Tarea Inter Sesión (TIS), psicoeducación, entrenamiento y explicación de la nueva TIS. La inclusión de tareas intercesión resulta relevante, en función de las intervenciones analizadas en la revisión previa (Paneiva Pompa et al., 2021). Las mismas promueven la consolidación de lo trabajado, retroalimentar positivamente la alianza terapéutica y afianzar la prevención de recaídas (Pérez y Fernández Álvarez, 2002); además tal como afirman Pfiffner et al. (2016), la realización de actividades en el hogar, facilita la supervisión e involucramiento de la familia en las actividades propuestas en el tratamiento.

Los talleres con el grupo áulico del participante, estructurados en dos encuentros buscaron trabajar de forma inclusiva para beneficiar a todos el estudiantado en el descubrimiento y desarrollo de habilidades positivas y fortalezas. En un estudio precedente, Mikami et al. (2013) señalan que la evidencia respalda que si los

procedimientos complementarios a las intervenciones individuales en contextos escolares, adoptan una perspectiva inclusiva logran mejorar los problemas vinculares con los pares. Al mismo tiempo se buscó proporcionar una comprensión positiva de las capacidades de la población con TDAH y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar. En este sentido, Climie y Mastoras (2015) sostiene que mantener una perspectiva centrada en las fortalezas potenciará la autoestima de los estudiantes con TDAH y favorecerá los vínculos con sus pares.

En los talleres grupales con los docentes, realizados en dos encuentros, se abordaron los fundamentos teóricos de la neuroeducación, analizando propuestas aplicables a la práctica educativa para promover la reflexión sobre el valor de un aula donde se respeten las diferentes maneras de aprender. Estudios en la temática señalan que las intervenciones deberían contribuir a mitigar el desconocimiento y las actitudes y expectativas negativas que los docentes puedan tener hacia esta población (Alle et al., 2023; 2024; Climie y Mastoras, 2015; De Pizzol et al., 2023; Metzger y Hamilton, 2021; Paneiva Pompa et al., 2024a).

Finalmente, con el objetivo de acompañar los procesos individuales y en la escuela, la intervención incluyó tres entrevistas con los padres o cuidadores. Los encuentros consistieron en sesiones semi-estructuradas en las que se brindó psicoeducación, y se realizaron juegos de roles, técnicas de modelado e intervenciones cognitivas. La revisión realizada para esta investigación da cuenta que las dificultades en la crianza y las características familiares también han sido objeto de análisis en los trabajos y sosteniéndose cómo un ámbito a trabajar para obtener mejoras significativas en los aspectos sintomáticos (Schei et al., 2016; McIntyre y Hennessy, 2012).

7.3 Discusión de los objetivos 3 y 4: Efectos del programa de intervención

A continuación, se discuten los resultados obtenidos como respuesta al tercer y cuarto objetivos particulares: “Implementar y evaluar los efectos del programa de intervención psicoeducativa”, y “Obtener evidencias empíricas sobre los beneficios de potenciar las habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes con TDAH.”

Los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH que participaron del programa de intervención han mostrado un descenso significativo de los niveles de sintomatología de desatención, hiperactividad-impulsividad, presentación combinada y comportamiento oposicionista-desafiante, de acuerdo a las valoraciones de sus padres. Estos cambios, en general, se mantuvieron o incluso acentuaron en el seguimiento a los tres y seis meses. La evaluación continua del programa reflejó que los padres percibieron cambios positivos que permanecieron a lo largo de los meses posteriores al tratamiento. Al mismo tiempo, desde la perspectiva de los docentes, también se observaron mejoras significativas, particularmente en los síntomas de oposicionismo-desafiante entre las medidas pre y seguimiento a los tres meses. Por lo tanto, estas mejoras sugieren que el programa fue efectivo en la reducción de los síntomas primarios del TDAH, lo cual se asemeja a estudios previos de Evans et al. (2011), Looyeh et al. (2012), Pffiffer et al. (2014), Steiner et al. (2014), Pffiffer et al. (2016) y Langberg et al. (2017) quienes obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en las medidas de síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad y combinado; y difieren de Steiner y colaboradores (2011), Power et al. (2012), Mikami et al. (2013), Evans et al. (2011), Schultz et al. (2017) y Sibley et al. (2018) quienes no hallaron diferencias estadísticamente significativas post-tratamiento en los síntomas primarios del trastorno.

Es interesante destacar que los efectos positivos del programa se mantuvieron hasta seis meses después de terminado el tratamiento, dato que sólo coincide con lo reportado en el

tratamiento desarrollado por Steiner et al. (2014). El sostenimiento de los resultados positivos en el tiempo resulta crucial al tener en cuenta que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo de curso crónico y por lo tanto sus síntomas se actualizan a lo largo del ciclo vital en función de los cambios y desafíos propios de cada etapa (APA, 2022). La limitada evidencia de intervenciones con resultados sostenibles ha sido una crítica a los tratamientos en esta población (Miranda et al., 2006; Paneiva Pompa et al., 2021; Scandar y Bunge, 2017). En este sentido, el abordaje integral del programa presentado en este trabajo, que abarcó al niño, niña o adolescente, su familia, docentes y pares, podría estar dando evidencias prometedoras para superar estas limitaciones.

En relación a los síntomas comórbidos de Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), las mejoras significativas para los participantes coinciden con lo reportado por Pffiffer et al. (2016). Lo mismo resulta importante ya que entre un 30 y el 50% de los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH presentan esta comorbilidad (Jaraba et al., 2019) que suele ser motivo de conflictos en los ámbitos escolares y el ambiente familiar. Además, que los beneficios se hayan mantenido hasta seis meses luego de finalizado el tratamiento, difiere de lo señalado por Miranda et al. (2006), quienes en una revisión sostenían que los tratamientos escolares para el TDAH son efectivos sólo a corto plazo para reducir los síntomas de TOD o conductas disruptivas.

El programa también demostró un impacto positivo en el autoconcepto emocional, físico y familiar, con mejoras que se mantuvieron o incrementaron en los seguimientos posteriores. Los resultados difieren de Gómez (2014), Sánchez Herraiz (2021) y González Alonso (2018) quienes, por medio de diversas intervenciones en entornos escolares, no habían encontrado una mejora en el autoconcepto de los estudiantes. Sin embargo, coinciden con Frame et al. (2003) y Sanchez et al. (2015) quienes hallaron beneficios similares en el autoconcepto luego de sus tratamientos. De esta manera, la promoción de un autoconcepto positivo realizada en la intervención, por medio de la identificación de fortalezas personales no solo es relevante por sí misma, sino por las consecuencias que esta tendría sobre otras variables relevantes, ya que las investigaciones han evidenciado una fuerte implicancia de las autopercepciones de los niños, niñas y adolescentes con TDAH en su desarrollo, ajuste psicosocial, bienestar y calidad de vida (Hai y Climie, 2022; McQuade et al., 2011; Mikami y Hinshaw, 2006). De acuerdo con Charabin et al., (2023) y Houck et al. (2011) mejoras en el autoconcepto estarían relacionadas con una mayor resiliencia y una optimización de los resultados en las intervenciones cuyo objeto sea la mejora de la calidad de vida y el bienestar psicológico. A su vez, se ha identificado el autoconcepto como un activo relacionado con la resiliencia y la adaptación al contexto escolar, ya que un autoconcepto positivo se asoció con un mejor desempeño académico, mejores habilidades de afrontamiento y relaciones sociales positivas (Dvorsky et al., 2016; Hai y Climie, 2022; Houck, 1999; Houck et al., 2011; Ray et al., 2017). La mejora del autoconcepto de los participantes se encuentra en línea con los hallazgos de Jones y Hesse (2014) quienes reportaron niveles de autoconcepto positivo en niños, niñas y adolescente que mostraron una visión integral sobre su diagnóstico de TDAH, no sólo centrada en los déficits sino en las potencialidades ligadas a los síntomas de hiperactividad (una alta capacidad de actividad física y mental que les permitía tener y manejar adecuadamente pensamientos simultáneos, por ende hacer diversas actividades al mismo tiempo y finalizar actividades académicas mucho más rápido que el resto del alumnado). Es decir, es probable que la visión integral (no sólo centrada en el déficit, sino en las potencialidades sobre las características del TDAH) que se buscó transmitir en la intervención haya influenciado positivamente en las mejoras en el autoconcepto de los participantes.

En relación con la competencia social, los participantes mostraron un aumento en las habilidades sociales adaptativas y una disminución en las habilidades sociales no adaptativas, manteniendo estas mejoras hasta tres meses de finalizado el tratamiento. Por otro lado, los participantes disminuyeron sus niveles de agresividad/conducta, soledad/ansiedad social antisocial de manera significativa luego de la intervención, mejorando estos niveles en el seguimiento a los tres y seis meses, coincidiendo con lo reportado por Evans et al. (2011), Mikami et al. (2013), Pfiffner et al. (2016), Elissa (2017) y Schultz et al. (2017), y difieren de Power et al. (2012) quienes no encontraron mejoras luego del tratamiento. Es significativo que las mejoras evidenciadas en este tratamiento no sólo se relacionan con una reducción del deterioro de la competencia social medida por la presencia de conductas negativas o desadaptativas, sino también con un aumento de habilidades sociales adaptativas. Este dato resulta significativo ya que se suele afirmar que tanto niños/as como adolescentes con TDAH, aunque conocen las competencias y normas sociales no las ejercen de manera adecuada, es decir muestran dificultades para aplicar el comportamiento prosocial de manera efectiva (García et al., 2011; Gómez, 2014). Desde el punto de vista de los docentes, los resultados también muestran un aumento en las habilidades positivas, habilidades sociales y habilidades adaptativas post tratamiento. Particularmente se muestra alentador este resultado, porque los estudiantes con TDAH suelen mostrar un sesgo ilusorio, sobrestimando sus competencias sociales en contraste con el elevado grado de rechazo social que suelen vivenciar (Hoza et al., 2004, Lora-Muñoz y Moreno- García, 2008). Por lo tanto, la evidencia de este programa sostiene que las habilidades sociales adaptativas pueden ser entrenadas, mejorando la competencia social en niños, niñas y adolescentes con TDAH desde el punto de vista subjetivo y de un observador externo y con experiencia en el aula, como lo son los docentes. A su vez, estos hallazgos resultarán beneficios ya que el desarrollo de competencias socioemocionales actúa como factor protector, favoreciendo la adaptación al contexto escolar y el afrontamiento al estrés ante situaciones de vulnerabilidad (Mikulic et al., 2015). Además, Arens y Morin (2016) y Jennings et al. (2017) señalan que el desarrollo de las competencias socioemocionales promueve un clima áulico positivo y favorecen mejores resultados académicos, sociales y emocionales de los estudiantes.

En lo referido al desarrollo del bienestar psicológico, desde la perspectiva de participantes no se han observado cambios significativos luego de la intervención. Por otro lado, desde la perspectiva de los padres los participantes del programa han mostrado un aumento significativo en la satisfacción con respecto a su vida en la escuela. Estas distintas perspectivas podrían deberse a que los niños, niñas y adolescentes con TDAH tienden a sobrevalorar su calidad de vida y bienestar psicológico brindando puntuaciones más positivas que las de sus padres (Danckaerts et al., 2010; Galloway y Newman, 2017; López-Villalobos et al., 2021; Miranda Casas et al., 2011), debido en parte al sesgo de ilusión positiva (Miranda Casas et al., 2011), por lo tanto, es posible que los niveles de satisfacción vital evaluados al momento pre-intervención hayan estado sobrevalorados, no permitiendo evidenciar posibles cambios. A su vez, los cambios positivos en el bienestar psicológico de los participantes según la percepción de los padres, pueden deberse a la disminución de la puntuación de sintomatología de hiperactividad, impulsividad e inatención descripta previamente, ya que Danckaerts et al. (2010), López et al. (2018) y Miranda Casas et al. (2011) señalan que existe una correlación negativa entre la calidad de vida y la puntuación de sintomatología TDAH.

Finalmente, los resultados evidencian un aumento en las habilidades positivas, habilidades sociales, habilidades adaptativas y resiliencia; así como una disminución de los problemas conductuales en el contexto escolar. Además, durante la evaluación

continúa del programa los docentes comunicaron que sus estudiantes habían mejorado luego de la intervención, especialmente en lo que atañe a lo conductual y a la regulación de emociones. Lo cual sugiere que los participantes del programa de intervención han mostrado una mejor adaptación al contexto escolar, y coincidiría con lo reportado por los trabajos de Evans et al. (2011; 2014), Langberg et al. (2017), Mikami et al. (2013), Pfiffner et al. (2014; 2016) y Schultz et al. (2017). Por lo tanto, el programa de intervención implementado aporta evidencia empírica a las afirmaciones de Climie y Mastoras (2015) quienes sostienen que adoptar una perspectiva basada en fortalezas en las intervenciones escolares para estudiantes con TDAH beneficiaría su adaptación a ambientes escolares. En línea con las pautas de promoción de la resiliencia que señala Pérez Quinteros (2018) fomentar la mejora de la competencia social, brindar mayores herramientas de autoregulación emocional y promover un autoconcepto positivo, probablemente aumentó la capacidad de afrontar satisfactoriamente las exigencias o desafíos de la vida cotidiana, en este caso los desafíos propios del contexto escolar, mitigando los efectos de la adversidad o las situaciones de riesgo a las cuales se ven enfrentados (en parte por su condición de neurodesarrollo). En la misma línea, Charabin et al. (2023) y Masten y Barnes (2018) señalan que desarrollar habilidades de autorregulación en niños y niñas con TDAH a una edad más temprana, los ayudará a estar mejor equipados para adaptarse a los desafíos y mostrar un mejor ajuste general y mayor resiliencia.

A su vez, el aumento en los niveles de resiliencia de los participantes resulta relevante ya que investigaciones previas si bien han descripto niveles similares de resiliencia en niños, niñas y adolescentes con y sin diagnóstico de TDAH (Bruwer et al., 2008; Chan et al., 2021; Charabin et al., 2023) o incluso menores (Rates Regalla et al., 2019), coinciden en señalarla como un área potencial de fortaleza a incluir en tratamientos para esta población (Chan et al., 2001; Charabin et al., 2023) ya que se han encontrado evidencias de que la misma actúa como un factor de protección y promotor de satisfacción vital y calidad de vida (Charabin et al., 2023; Schei et al., 2018), favorece vínculos más saludables y aprendizajes efectivos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y favorece un autoconcepto positivo (Dvorsky et al., 2016; Hai y Climie, 2022) y niveles más altos de competencia social (Hai y Climie, 2022).

Para finalizar, cabe resaltar algunos aportes de esta investigación. En primer lugar, este estudio tiene la particularidad de estar enfocado desde el paradigma de la psicología positiva, por lo tanto, no sólo se centró en la compensación de los aspectos deficitarios de los estudiantes con TDAH, sino en la capitalización de áreas potenciales de fortaleza. En segundo lugar, dada la etiología multicausal del trastorno, y afectación funcional que genera en diferentes áreas de la vida cotidiana de los niños, niñas y adolescentes, se diseñó una propuesta de intervención integral que abarque diferentes perspectivas: sesiones individuales, talleres dirigidos al grupo áulico, sesiones a padres y talleres con sus docentes; promoviendo un ambiente que contribuya a la obtención de resultados favorables y que los mismos se mantengan en el tiempo. En tercer lugar, se buscó trabajar de forma ecológica e inclusiva, al realizar talleres con el grupo áulico de procedencia del participante, con el objetivo de que todos los y las estudiantes se vean beneficiados en el descubrimiento y desarrollo de habilidades positivas y fortalezas como la resiliencia y la autoestima positiva y de los aportes de un aula inclusiva, en donde todos son diferentes, con fortalezas y debilidades. Y por último, al realizar los talleres con sus docentes se invitó a participar también a todos los miembros de la institución educativa (otros docentes, directivos, preceptores, tutores, etc.) multiplicando los alcances de la intervención.

7.4 Conclusiones

Los resultados indican que el programa de intervención “¡Vamos con Tuti!”, implementado en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, promovió cambios positivos significativos. Estos incluyen una disminución en la sintomatología propia del TDAH y comportamiento oposicionista-desafiante, fortalecimiento de la autoestima y habilidades sociales adaptativas, reducción de habilidades sociales desadaptativas, mayor satisfacción vital con la escuela y mejor adaptación al contexto escolar. Por lo tanto, estos hallazgos permiten reafirmar la importancia de implementar en esta población programas de intervención que promuevan y potencien habilidades positivas.

Los cambios mencionados mostraron importantes implicancias tanto a nivel individual como colectivo.

A nivel individual la mejora significativa de los participantes, no sólo se ha reflejado en los resultados expuestos sino en los mensajes de agradecimiento de las familias e instituciones educativas, que respalda la percepción de un impacto positivo.

A nivel colectivo, el conocimiento sobre las fortalezas y habilidades positivas potenciales de esta población podría contribuir a generar un cambio de perspectiva en docentes y profesionales de la salud, promoviendo una mirada más equilibrada que considere las capacidades de las personas con TDAH. En las instituciones educativas, el programa posibilitó a los y las docentes desarrollar una percepción más holística de esta población, alejándose de enfoques centrados exclusivamente en el mal comportamiento, bajo rendimiento o la sintomatología. Esto contribuyó a revertir el desconocimiento y las actitudes y expectativas negativas. Además, el programa de intervención fortaleció la inclusión educativa y una mayor integración con el grupo de pares, obteniendo mayor apoyo social, favoreciendo vínculos más saludables y aprendizajes efectivos y afectivos.

Asimismo, se espera que los profesionales de la salud, al comprender mejor las fortalezas potenciales de esta población, adopten una perspectiva de intervención que no se limite a abordar los déficits o compensar la sintomatología; sino que también capitalicen sus fortalezas. Este enfoque integral podría mejorar el bienestar, la calidad de vida y la resiliencia de los niños, niñas y adolescente con diagnóstico de TDAH, contribuyendo a mejores resultados a largo plazo.

7.5 Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio, se encuentra la necesidad de adaptación derivada de la pandemia de COVID-19, que obligó a modificar el formato inicialmente previsto para la intervención. Si bien el programa estaba diseñado para llevarse a cabo completamente en instituciones educativas, algunas actividades debieron realizarse en parte en las oficinas del IPSIBAT (sesiones individuales, sesiones a padres) o de manera virtual (talleres con los docentes). Por lo tanto, se considera interesante para futuros estudios, la posibilidad de probar la eficacia del programa de intervención implementado íntegramente en las instituciones educativas.

Otra limitación fue el tamaño relativamente pequeño de la muestra, por las dificultades encontradas habitualmente cuando se trabaja con programas de intervención en población clínica, por lo que en futuras investigaciones se podría ampliar el tamaño muestral para generalizar los resultados y permitir conclusiones más robustas.

Por otro lado, una limitación que permite ser pensada como posible trabajo a futuro se relaciona con evaluar la sintomatología TDAH de los integrantes del grupo control también en el momento posterior a la intervención. Asimismo, evaluar los cambios en las percepciones de los docentes sobre el TDAH antes y después del programa podría aportar datos adicionales sobre el impacto de la intervención. Por otro lado, dado que el programa



fue inclusivo y se brindaron talleres con el grupo áulico del participante, también sería valioso analizar si el resto de los estudiantes tuvieron efectos favorables.

Otro aspecto a considerar para investigaciones futuras sería incorporar un entrenamiento específico en funciones ejecutivas para poder evaluar el impacto que la mejoría en esta área podría tener en las fortalezas de la población con TDAH.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados obtenidos son alentadores y respaldan la importancia de promover y potenciar habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes escolarizados con diagnóstico de TDAH, para mejorar su adaptación al contexto escolar, el bienestar psicológico, la autoestima y la competencia social.

Se espera que los resultados de este trabajo permitan realizar un aporte sustancial al campo teórico y aplicado de la psicología infantil, tanto para el área clínica como educativa. Los hallazgos destacan la importancia de incorporar la psicología positiva en los programas de intervención dirigidos a esta población, ofreciendo una perspectiva innovadora que promueve no solo la compensación de déficits, sino también el fortalecimiento de sus potencialidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. T. (2017). Trastorno con déficit de atención e hiperactividad: neurobiología a lo largo de la vida. *Pedriátrica de Panamá*, 32-40. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848352/trastorno-con-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-neurobiologi_gSEpRQ8.pdf
- Aduen, P. A., Day, T. N., Kofler, M. J., Harmon, S. L., Wells, E. L. y Sarver, D. E. (2018). Social problems in ADHD: Is it a skills acquisition or performance problem? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(3), 440-451. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9649-7>.
- Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A. y Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(2), 145–156. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1130626>
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008) Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47(1), 39-45. <https://doi.org/10.33588/rn.4701.2008111>
- Alderson, R., Kasper, L., Hudec, K. y Patros, C. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and working memory in adults: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 27(3), 287–302. <https://doi.org/doi:10.1037/a0032371>
- Alle, A., De Pizzol, S., Paneiva Pompa, J.P., Bakker, L. y Rubiales, J. (2023) Estudio sobre actitudes hacia niños y niñas con diagnóstico de TDAH en docentes de nivel primario de la ciudad de Mar del Plata. *Presentación de póster. XIX Reunión Nacional y VIII Encuentro Internacional de la AACC*, del 23 al 25 de agosto de 2023 en CABA, Argentina. <https://doi.org/10.37354/rie.2024.242>
- Alle, A., DePizzol, S., Paneiva Pompa, J. P., Bakker, L y Rubiales, J. (2024) Inclusión educativa y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: estudio sobre conocimiento y actitudes en docentes de escuelas primarias de la ciudad de Mar del Plata. *Revista Internacional de Estudios en Educación*, 24(2), 79-93. <https://doi.org/10.37354/rie.2024.242>
- Alpizar-Velazquez, A. (2019). Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Rev. Costarricense Psicología*, 38(1), 17-36. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.02>
- Álvarez Rojo, V. y Hernández Fernández, J. (1998). El modelo de intervención por programas. *Revista de Investigación Educativa*, 16, 2, 79-123. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10201/98041>
- Alvord, M. K. y Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 238–245. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.238>
- Alzina, R. B. y Paniello, S. H. (2017). Psicología positiva, educación emocional y el programa aulas felices. *Papeles del psicólogo*, 38(1), 58-65. <http://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2822>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC, Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*. Washington, DC, Author. https://doi.org/10.1007/springerreference_179660



- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM- IV-TR)*. Washington, DC, Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. https://doi.org/10.1007/springerreference_179660
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*, text rev. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anastopoulos, A. D., Rhoads, L. H. y Farley, S. E. (2006). Counseling and training parents. *Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook*, 453-479.
- Anastopoulos, A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L., Kollins, S. H. y Ashley-Koch, A. (2011). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 583-592. <https://doi.org/10.1177/1087054710370567>
- Antshel K. M. y Barkley R. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder. En Gallagher A., Bulteau C., Cohen D., Michaud J. L. (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol.174, pp. 37–45). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00003-X>
- Antshel, K. M., Zhang-James, Y., Wagner, K. E., Ledesma, A. y Faraone, S. V. (2016). An update on the comorbidity of ADHD and ASD: A focus on clinical management. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(3), 279-293. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1146591>
- Arens, K. y Morin, A. (2016). Relations between teachers' emotional exhaustion and students' educational outcomes. *Journal of Educational Psychology*, 108(6), 800-813. <https://doi.org/10.1037/edu0000105>
- Artigas-Pallarés, J. (2009) Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, *Rev. neural.*, 49, 587-593. <https://doi.org/10.33588/rn.4911.2009369>
- Artigas-Pallarés, J., Nonell, K. G. y Ratera, E. R. (2013). Comorbilidad en el TDAH. Presentación en papel. *II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet*. <https://doi.org/10.33588/rn.42s02.2005819>
- Asociación Médica Mundial (2009). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 24(2), 209–212. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0522>
- Attoe, D. E. y Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 645-657. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
- Austin, E. J., Saklofske, D. H. y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.009>
- Azeredo, A., Moreira, D. y Barbosa, F. (2018). ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. *Research in developmental disabilities*, 82, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.12.010>
- Baddeley, A. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Nature Reviews. Neuroscience*, 4, 829–839. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1201>
- Baddeley, A. (2007). *Working memory, thought, and action*. Oxford University Press.
- Bai, G., Herten, M. H. V., Landgraf, J. M., Korfage, I. J. y Raat, H. (2017). Childhood chronic conditions and health-related quality of life: Findings from a large population-

- based study. *PloS one*, 12(6), e0178539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178539>
- Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(1), 5-11. <https://doi.org/10.5872/psiencia.v4i1.85>
- Bakker, L., Paneiva Pompa, J. P., Rubiales, J., De Pizzol, S. y Alle, A. (2022). Análisis de antecedentes pre y perinatales en niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 14(1), 136-136. <https://doi.org/10.14718/acp.2023.26.2.15>
- Banaschewski, T., Jennen-Steinmetz, C., Brandeis, D., Buitelaar, J. K., Kuntsi, J., Poustka, L., ... y Asherson, P. (2012). Neuropsychological correlates of emotional lability in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1139-1148. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02596.x>
- Barber, S., Grubbs, L. y Cottrell, B. (2005). Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 235-245. <https://doi.org/doi:10.1016/j.pedn.2005.02.012>
- Barkley, R. A. (1990). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: clinical and research implications. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. <https://doi.org/10.1097/00004703-199012000-00014>
- Barkley, R. A. (1991) The ecological validity of laboratory and analogue assessments of ADHD symptoms, *J Abnorm Child Psychol*, 19, 149-178. <https://doi.org/10.1007/bf00909976>
- Barkley, R. A. (1997a). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94. Recuperado de: <https://asset-pdf.scinapse.io/prod/2106131177/2106131177.pdf>
- Barkley, R. A. (1997b) *Hijos desafiantes y rebeldes*. The Guilford Press. New York, London.
- Barkley, R. A. (1998) A theory of ADHD: Inhibition, executive functions, selfcontrol, and time. En: Barkley, R. A. (ed) *Attention Deficit Hyperactivity Disorders: a handbook for diagnosis and treatment* (New York: Guilford), 225-262. <https://doi.org/10.4324/9781315054315-11>
- Barkley, R. A. (1999). Response inhibition in attention deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(3), 177-184. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-2779\(1999\)5:3<177::aid-mrdd3>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-2779(1999)5:3<177::aid-mrdd3>3.0.co;2-g)
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology review*, 11, 1-29.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Paidós. <https://doi.org/10.35376/10324/18746>
- Barkley, R. A. (2009) Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM- V. *Rev. Neurol.*, 48 Suppl 2,101-06. <https://doi.org/10.33588/rn.48S02.2009003>
- Barkley, R. A. (2010). *Hiperactivos: estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela*. España: Lo que no existe.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. A. y Biederman, J. (1997) Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy*

- of *Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-10. <https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00012>
- Barkley, R. A. y Murphy, K. R. (2009). Deficient Emotional Self-Regulation in Adults with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): The Relative Contributions of Emotional Impulsiveness and ADHD Symptoms to Adaptive Impairments in Major Life Activities. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 4 (1), 5-28. <http://dx.doi.org/10.13056/acamh.10680>
- Barkley, R. A. y Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attention Volubilis). *Journal of attention disorders*, 16(8), 623-630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011). *La fiesta mágica y realista: Manual y técnicas terapéuticas para apoyar y promover la resiliencia de los niños, niñas y adolescentes*. Editorial Gedisa. <https://doi.org/10.33776/erebea.v5i0.2707>
- Bastardas Sardans, J., Ortiz-Guerra, J. J., Sánchez-Gistau, V. y Sabaté Chueca, J. (2015). Diagnóstico del TDAH. *Rev. esp. pediatr. (Ed. impr.)*, 69-74. Recuperado de: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C. C., Martínez, J. V., Cumba, E. y Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 166-179. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00343.x>
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Becker, S. P., Garner, A. A., Tamm, L., Antonini, T. N. y Epstein, J. N. (2019). Honing in on the social difficulties associated with sluggish cognitive tempo in children: Withdrawal, peer ignoring, and low engagement. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(2), 228-237. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1286595>.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Biederman, J., Mick, E. y Faraone, S. V. (1998). Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of pediatrics*, 133(4), 544-551. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(98\)70065-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(98)70065-4)
- Bisquerra, R. y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. <https://bit.ly/3W5qmkX>
- Blewitt, C., Fuller-Tyszkiewicz, M., Nolan, A., Bergmeier, H., Vicary, D., Huang, T., McCabe, P., McKay, T. y Skouteris, H. (2018). Social and emotional learning associated with universal curriculum-based interventions in early childhood education and care centers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 1(8), 1-18. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5727>.
- Bonham, M. D., Shanley, D. C., Waters, A. M. y Elvin, O. M. (2021). Inhibitory Control Deficits in Children with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder Compared to Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Research on child and adolescent psychopathology*, 49(1), 39-62. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00713-9>.

- Boonstra, A. M., Kooij, J. J. S., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A. y Buitelaar, J. K. (2010). To act or not to act, that's the problem: Primary inhibition difficulties in adult ADHD. *Neuropsychology*, 24(2), 209–221. <https://doi.org/doi:10.1037/a0017670>
- Boonstra, A. M., Oosterlaan, J., Sergeant, J., y Buitelaar, J. (2005). Executive functioning in adult ADHD: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 35(8), 1097–1108. <https://doi.org/doi:10.1017/S003329170500499X>
- Boot, N., Nevicka, B. y Baas, M. (2017). Subclinical symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are associated with specific creative processes. *Personality and Individual Differences*, 114, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.050>
- Bracken, B. A. (1996). Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations. En Bracken, B. A. (Ed.), Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations. John Wiley & Sons. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)88866-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)88866-0)
- Brown, T. E. (2014). Smart but Stuck. *Emotions in Teens and Adults with ADHD*. California, EE.UU.: Jossey-Bass.
- Brownlee, K., Rawana, J., Franks, J., Harper, J., Bajwa, J., O'Brien, E. y Clarkson A. (2013). A systematic review of strengths and resilience outcome literature relevant to children and adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 30(5), 435–459. <https://doi.org/10.1007/s10560-013-0301-9>
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C. y Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195–201. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Librería Akadia Editorial.
- Bussing, R., Zima, B. T., y Perwien, A. R. (2000). Self-esteem in special education children with ADHD: Relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1260–1269. <https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00013>
- Cabello-Sanz, S., Otero-Mayer, A. y González-Benito, A. (2024). Programas de intervención en competencias emocionales y sociales para alumnado con TDAH: Programs of intervention in emotional and social competencies for students with ADHD. *Revista Fuentes*, 26(3), 267-278. <https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2023.22803>
- Camacho-Gómez, C. y Camacho-Calvo, M. (2005). Habilidades sociales en la infancia. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 3 (1), pp. 1-27. Recuperado de: <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-del-desarrollo/psicologia-evolutiva-en-la-primera-infancia/habilidades-sociales-en-adolescencia-un-programa-de-intervencion/90450000>
- Cameron, I., Wallace, D. L., Al-Zughoul, A., Kayser, A. S. y D'Esposito, M. (2018). Effects of tolcapo flexibility. *Psychopharmacology*, 235(4), 1295-1305. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-4845-4>
- Cancino Norambuena, F., Rubio, A., Gutiérrez, L., Ríos Peñafiel, J., Oyanedel, J. C. y Díaz, F. (2021). Propiedades Psicométricas de una Escala de Bienestar Subjetivo (BMSLSS) En Primera Infancia. *Psocial*, 7(2), 82-93. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.29447>
- Capdevila Brophy, C., Artigas Pallarés, J., Ramírez Mallafré, A., López Rosendo, M., Real, J. y Obiols Llandrich, J. E. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de

- déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos? *Revista de Neurología*, 40(Supl 1), 17-23. <https://doi.org/10.33588/rn.40s01.2005074>
- Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de neurología*, 46(6), 365-372. <https://doi.org/10.33588/rn.4606.2007529>
- Carretié, L., López-Martín, S. y Albert, J. (2010). Papel de la corteza prefrontal ventromedial en la respuesta a eventos emocionalmente negativos. *Revista de Neurología*, 50(4), 245- 252. <https://doi.org/10.33588/rn.5004.2009292>
- Casas, A. M. y Ferrer, M. S. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información psicológica*, (100), 100-114. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0dmn.6>
- Casas, G., García Santana, C. y Cote Martínez, D. (2024). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de Tourette (TT): entre la comorbilidad y el diagnóstico diferencial. *Medicina* 84, 20-25. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0dmn.6>
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L... y Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53(7), 607-616. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830070053009>
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W. ... y Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1740>
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3) 43-72. <https://doi.org/10.47553/rifop.v34i3.81620>
- Casullo, M. M. y Castro Solano, A. (2002) Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3927>
- Catala-Lopez, F., Hutton, B., Nunez-Beltran, A., Mayhew, A. D., Page, M. J., Ridao, M., et al. (2015). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Syst. Rev.* 4, 19. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0005-7>
- Catala-Lopez, F., Hutton, B., Nunez-Beltran, A., Page, M. J., Ridao, M., Macias Saint-Gerons, D., et al. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-Analyses of randomized trials. *Plos One* 12 (7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-13. Recuperado de: https://www.scienceopen.com/document_file/12c2ffc2-7c4b-41b2-a8e5-eb35c521beec/PubMedCentral/12c2ffc2-7c4b-41b2-a8e5-eb35c521beec.pdf
- Catelan-Mainardes, S. C. (2010). Trastorno de Déficit de Atención E Hiperatividade na Infância e Adolescência pela perspectiva da Neurobiologia. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3 (3), 385-391. <https://doi.org/10.26512/2011.04.tcc.2217>

- Cazalla, L. y Molero., D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10(1), 43-64. Disponible en <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991>
- Chamorro-Premuzic, T., Bennett, E. y Furnham, A. (2007). The happy personality: Mediatlional role of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 42, 1633-1639. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.029>
- Chan, E. S. M., Groves, N. B., Marsh, C. L., Miller, C. E., Richmond, K. P. y Kofler, M. J. (2021). *Are There Resilient Children with ADHD?* *Journal of Attention Disorders*, 26 (5), 643-655. <https://doi.org/10.1177/10870547211025629>
- Chan, E. S., Barroso, C., Groves, N. B., Marsh, C. L., Black, K., Jaisle, E. M. y Kofler, M. J. (2023). A preliminary'shortlist'of individual, family, and social-community assets to promote resilience in pediatric ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 140, 104568. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104568>
- Charabin, E., Climie, E. A., Miller, C., Jelinkova, K. y Wilkins, J. (2023). "I'm Doing Okay": Strengths and resilience of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 27(9), 1009-1019. <https://doi.org/10.1177/10870547231167512>
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B. y Chavanon, M. L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current psychiatry reports*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6>
- Climie E. A., Saklofske D. H., Mastoras S. M. y Schwean V. L. (2019). Trait and ability emotional intelligence in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(13), 1667–1674. <https://doi.org/10.1177/1087054717702216>
- Climie, E. A. y Mastoras, S. M. (2015). ADHD in schools: Adopting a strengths-based perspective. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(3), 295-300 <https://doi.org/10.1037/cap0000030>
- Climie, E. A., Saklofske, D. H., Schwean, V. L. y Mastoras, S. M. (2013). Emotional intelligence and social skills in children with ADHD: Knowing versus doing. *Paper presentado en la Society of Research in Child Development Conference*, Seattle, WA. <https://doi.org/10.1177/1087054717702216>
- Climie, E. y Henley, L. (2016). A renewed focus on strengths-based assessment in schools. *British Journal of Special Education*, 43(2), 108–121. <https://doi.org/10.1111/1467-8578.12131>
- Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26994. 8 de octubre de 2014 (Argentina). [https://doi.org/10.37767/2362-5325\(2023\)009](https://doi.org/10.37767/2362-5325(2023)009)
- Coghill, D. R., Seth, S. y Matthews, K. (2014) A comprehensive assessment of memory, delay aversion, timing, inhibition, decision making and variability in attention deficit hyperactivity disorder: advancing beyond the three-pathway models. *Psychol Med*, 44(9), 1989-2001. <https://doi.org/10.1017/s0033291713002547>
- Coghill, D., Chen, W. y Silva, D. (2019). Organización e indicaciones del tratamiento para el TDAH en La Federación Mundial del TDAH, guía, [recurso electrónico] En Rohde, L., Buitelaar, J., Gerlach, M., y Faraone, S. (Ed.) Recuperado de: <https://cdn.adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologiaysaludmental/Fed. Mundial de TDAH Guia.pdf#page=57>
- Colomer-Diago, C. (2013). Factores familiares y neuropsicológicos: implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH. Tesis para obtener el grado de Doctor en neurociencia cognitiva y educación. Universitat de València, Facultat de Psicologia, Valencia (España). Recuperado de <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/55f6ca41-6413-467b-9971-92c8c93c38b5/content>



- Conners, C. K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Ontario: MultiHealth Systems.
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A.J., Carucci, S., ... y Cipriani, A. (2018). Eficacia comparativa y tolerabilidad de los medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños, adolescentes y adultos: una revisión sistemática y un metaanálisis en red. *The Lancet Psychiatry*, 5 (9), 727-738.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*. London, England: T. Cadell Hr. y W. Davies. (Reimpreso por AMS Press, New York, 1976).
- CSEP (Canadian Society for Exercise Physiology). (1998). *Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's plan for healthy active living*. Ottawa, ON: Author.
- Csikszentmihályi, M. y Csikszentmihályi, I. S. (1988) Optimal experience: psychological studies of flow in consciousness. *Cambridge University Press*, Cambridge, 5-35
- Cubillo, A., Halari, R., Smith, A., Taylor, E. y Rubia, K. (2012). A review of fronto-striatal and fronto-cortical brain abnormalities in children and adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and new evidence for dysfunction in adults with ADHD during motivation and attention. *Cortex*, 48(2), 194-215. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.04.007>
- Cunill, R. y Castells, X. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medicina Clínica*, 144(8), 370-375. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.02.025>
- Curtis, D. L., Clemente, C. M., González, J. P. H. y Hernández, P. J. R. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 40(1), 40-46. https://doi.org/10.17579/libro_comunicacionessepd2023.p-021
- Dan, O. y Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *Journal of attention disorders*, 19(3), 231-239. <https://doi.org/10.1177/1087054712454571>
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H., Taylor, E., Zuddas, A. y Coghill, D. (2010) The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 83-105. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0046-3>
- De Pizzol, S., Allé, A., Panciva Pompa, J. P., Rubiales, J. y Bakker, L. (2023) Conocimiento docente sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el nivel primario de educación. *Presentación de póster. XIX Reunión Nacional y VIII Encuentro Internacional de la AACC*, del 23 al 25 de agosto de 2023 en CABA, Argentina. <https://doi.org/10.37354/riec.2024.242>
- Dean E., Little L., Tomchek S. y Dunn W. (2018). Sensory processing in the general population: Adaptability, resiliency, and challenging behavior. *American Journal of Occupational Therapy*, 72,1-8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.019919>
- Del Campo, N., Chamberlain, S. R., Sahakian, B. J. y Robbins, T. W. (2011). The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 69(12), 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.036>
- Demontis, D., Walters, G. B. y Athanasiadis, G. (2023). Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. *Nat Genet*, 55,198-208. <https://doi.org/10.32388/2rhrtu>
- Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E. y Cerrato, F. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention

Dio formato: Inglés (americano)

- deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*, 51(1), 63-75.
<https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7>
- Desman, C., Schneider, A., Ziegler-Kirbach, E., Petermann, F., Mohr, B. y Hampel, P. (2006). Behavioral inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go/no go task. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 55(5), 328-349. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/6917850_Behavioural_inhibition_and_emotion_regulation_among_boys_with_ADHD_during_a_go-nogo-task
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542.
<https://doi.org/10.1037//0033-2909.95.3.542>
- Díez, M., García-Sánchez, J., Robledo, P. y Pacheco, D. (2009). Habilidades sociales y composición escrita en alumnos con dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento. *Boletín de Psicología*, (95), pp. 73-86.
<https://doi.org/10.55414/rzphcg22>
- Dolgun, G., Savaşer, S. y Yazgan, Y. (2013). Determining the correlation between quality of life and self-concept in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 601-608.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12114>
- Domitrovich, C., Durlak, J., Staley, K. y Weissberg, R. (2017). Social-emotional competence: an essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. *Child Development*, 88(2), 1-8. <https://doi.org/10.1111/cdev.12739>
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259-282. <https://doi.org/10.1037/h0082313>
- Dumas, D. y Pelletier, L. (1999). A study of self-perception in hyperactive children. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24(1), 12-19.
<https://doi.org/10.1097/00005721-199901000-00004>
- DuPaul, G.J., Eckert, T.L. y Vilarado, B. (2012) The Effects of School-Based Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis 1996-2010, *School Psychology Review*, 41, 4, 387-412. <https://doi.org/10.1080/02796015.2012.12087496>
- Durlak, J. A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. y Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Durston, S., Hulshoff Pol, H. E., Schnack, H. G., Buitelaar, J. K., Steenhuis, M. P., Minderaa, R. B. ... y Kahn, R. S. (2004). Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 43(3), 332-340.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00016>
- Duszkiewicz, A. J., McNamara, C. G., Takeuchi, T. y Genzel, L. (2019). Novelty and Dopaminergic Modulation of Memory Persistence: A Tale of Two Systems. *Trends in neurosciences*, 42(2), 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.10.002>
- Dvorsky, M. R. y Langberg, J. M. (2016). A review of factors that promote resilience in youth with ADHD and ADHD symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 368-391. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0216-z>
- Dvorsky, M. R., Langberg, J. M., Evans, S. W. y Becker, S. P. (2016). The protective effects of social factors on the academic functioning of adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53, 1-14.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1138406>



- Eccleston, L., Williams, J., Knowles, S. y Soulsby, L. (2019). Adolescent experiences of living with a diagnosis of ADHD: A systematic review and thematic synthesis. *Emotional and behavioral difficulties*, 24(2), 119-135. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582762>
- Eissa, M. A. (2017). The effects of Cassidy and Justin's Functional Model for Emotional Information Processing on Improving Social Competence of First Grade Children with ADHD. *Psycho-Educational Research Reviews*, 6(1), 86-94. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED578863.pdf>
- Ek, U., Fernell, E., Westerlund, J., Holmberg, K., Olsson, P. O. y Gillberg, C. (2007). Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD. *Acta Paediatrica*, 96, 756–761. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00297.x>
- Elias, M. J. y Haynes, N. M. (2008). Social competence, social support, and academic achievement in minority, low-income, urban elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 474–495. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.4.474>
- Elik, N., Corkum, P., Blotnicky-Gallant, P. y McGonnell, M. (2015). Overcoming the barriers to teachers' utilization of evidence-based interventions for children with ADHD: The teacher help for ADHD program. *Perspectives on Language and Literacy*, 41(1), 40. <https://doi.org/10.1177/1087054715603198>
- Ellis, A. y Grieger, R. (1977). The present and future of RET. *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Erickson, S. J. y Feldstein, S.W. (2007). Adolescent Humor and its relationship Coing, Defense Strategies, Psychological Distress, and Well Being. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 255-271. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0034-5>
- Etchepareborda, M. C., Diaz-Lucero, A. y De Ramón, I. (2011). Diagnóstico del TDAH. Etchepareborda, MC TDAH+ FE: trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de las funciones ejecutivas: abordaje interdisciplinar, 37-43. <https://doi.org/10.33588/rn.38s1.2004059>
- Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M. y Pelham, W. E. (2008). The positive illusory bias: do inflated self-perceptions in children with ADHD generalize to perceptions of others? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 779-791. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9210-8>
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T. y Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>
- Evans, S. W., Schultz, B. K. y DeMars, C. E. (2014). High School-Based Treatment for Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results From a Pilot Study Examining Outcomes and Dosage. *School Psychology Review*, 43(2), 185-202. <https://doi.org/10.1080/02796015.2014.12087444>
- Evans, S. W., Schultz, B. K., DeMars, C. E. y Davis, H. (2011). Effectiveness of the Challenging Horizons after-school program for young adolescents with ADHD. *Behavior therapy*, 42(3), 462-474. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.11.008>
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2009). The moderating effect of trait meta-mood and perceived stress on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 47, 116-121. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.02.007>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E. Jr., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A. y O'Connor B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>

- Faraone S. V., Palacios-Cruz L. y De la Peña-Olivera F. (2019a). Conceptos esenciales de la etiología del TDAH en *La Federación Mundial del TDAH, guía*. Rohde, L., Buitelaar, J., Gerlach, M. y Faraone, S. (Ed.) Recuperado de: https://cdn.adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologiaysaludmental/Fed._Mundial_de_TDAH_Guia.pdf#page=57
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>
- Faraone, S., Rostain, A., Blader, J., Busch, B., Childress, A., Connor, D. y Newcorn, J. (2019b). Practitioner Review: Emotional dysregulation inattention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 133-150. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12899>
- Fenollar-Cortés, J., Navarro-Soria, I., González-Gómez, C. y García-Sevilla, J. (2015). Detección de perfiles cognitivos mediante WISC-IV en niños diagnosticados de TDAH: ¿Existen diferencias entre subtipos? *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 157-176. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.12531>
- FePRA (Federación de Psicólogos de la República Argentina) (2013). *Código de Ética*. Recuperado de <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>
- Fernández-Berrocal, P., Cabello González, R. y Gutiérrez Cobo, M. J. (2017). Avances en la investigación sobre competencias emocionales en educación. *RIFOP: Revista interuniversitaria de formación del profesorado: continuación de la antigua Revista de Escuelas Normales*, 31(88), 15-26. <https://doi.org/10.47553/rifop.v96i35.3.91039>
- Fernández-Daza, M. (2019). Rehabilitación neuropsicológica en niños con TDAH: ¿Qué dice la evidencia sobre el entrenamiento neurocognitivo? *Revista Guillermo de Ockham*, 17(1). <https://doi.org/10.21500/22563202.3958>
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, M. D., Calleja-Pérez, B., Muñoz-Jareño y López- Arribas, S. (2012) Endofenotipos genómicos del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Rev. Neurol*, 54(1), 1-7. <https://doi.org/10.33588/rn.54s01.2011706>
- Ferreiro-Vilasante, M., Buceta-Cancela, M. J. y Rial-Boubeta, A. (2013). Comparación de la flexibilidad cognitiva en el TDAH y la dislexia. *Infancia y Aprendizaje*, 36(1), 105-117. <https://doi.org/10.1174/021037013804826500>
- Ferreres, A. R. (2005). Sistemas de memoria en humanos. En: Ferreres, A. R. *Cerebro y Memoria. El caso HM y el enfoque neurocognitivo de la memoria*, (pp. 45-68). TEKNE. <https://doi.org/10.35537/10915/166198>
- Figuroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M. y Estévez Suedan, A. (2005) Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de psicología*, 21(1), 66-72. <https://doi.org/10.18800/psico.200301.007>
- Filella-Guiu, G., Pérez-Escoda, N., Agulló Morera, M. J. y Oriol Granado, X. (2014). Resultados de la aplicación de un programa de educación emocional en Educación Primaria. *Estudios sobre educación*, 26, 125-147. <https://doi.org/10.15581/004.26.125-147>
- Filipek, P. A., Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Renshaw, P. F., Kennedy, D. N. y Biederman, J. (1997). Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, 48(3), 589-601. <https://doi.org/10.1212/wnl.48.3.589>

- Fox, A., Dishman, S., Valicek, M., Ratcliff, K. y Hilton, C. (2020). Effectiveness of social skills interventions incorporating peer interactions for children with attention deficit hyperactivity disorder: *A systematic review. American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 1-20. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.040212>.
- Frame, K., Kelly, L. y Bayley, E. (2003). Increasing perceptions of self-worth in preadolescents diagnosed with ADHD. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 3, 225-229. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00225.x>
- Franke, B., Faraone, S. V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C. H. D., Ramos-Quiroga, J. A., Mick, E., Grevet, E., Johansson, S., Haavik, J., Lesch, K., Cormand, B. y Reif, A. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, 17, 960-987. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.138>
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K. ... y Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Franz, A. P., Bolat, G.U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C. y Procianny, R. S. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1). Recuperado de: <https://www.lebpedsoc.org/doc/HIGHLIGHTS%20FROM%20THE%20LITERATURE/Attention-Deficit%20metana%20and%20pret.pdf>
- Fraticegli, S., Caratelli, G., De Berardis, D., Ducci, G., Pettorruso, M., Martinotti, G., Di Cesare, G. y Di Giannantonio, M. (2022). Gender differences in attention deficit hyperactivity disorder: An update of the current evidence. *Rivista di psichiatria*, 57(4), 159-164. <https://doi.org/10.1708/3855.38380>
- Frazier, T., Demaree, H. y Youngstrom, E. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18(3), 543-555. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.3.543>
- Fugate, C. M., Zentall, S. S. y Gentry, M. (2013). Creativity and working memory in gifted students with and without characteristics of attention deficit hyperactive disorder: Lifting the mask. *Gifted Child Quarterly*, 57, 234 -246. <https://doi.org/10.1177/0016986213500069>
- Galloway, H. y Newman, E. (2017). Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 9, 11-29 <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0210-9>
- García Viniegras, V. (2015). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de psicología Iztacala*, 8 (2), 1-20. Recuperado de: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19260>
- García Viniegras, V. y González Benítez, I. (1999). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 586-92. Recuperado de: <https://typeset.io/pdf/la-categoria-bienestar-psicologico-su-relacion-con-otras-zf98wzmp85.pdf>
- García-Castellar, R., Presentación-Herrero, M. J., Siegenthaler-Hierro, R. y Miranda-Casas, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 42 (2), pp. 13-18. <https://doi.org/10.33588/rn.42s02.2005797>
- García-Maldonado, G., Sánchez-Márquez, W., Amador-Alonso, R. y Pópulus-Tirado, G. (2019). Disregulación Emocional en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Infantil. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.*, 30(2), 27-33. <https://doi.org/10.2307/j.ctt22p7gqd.11>

- García-Teixidor, A., Sanz-Cervera, P. y Tárraga Mínguez, R. (2016). Comparación de la eficacia de las intervenciones médica, psicológica, psicopedagógica y combinada en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH: una revisión teórica. *ReiDoCrea*, 5, 206-222. <http://dx.doi.org/10.30827/digibug.42929>
- García, A. M. y Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 17-24. <https://doi.org/10.31766/repisij.v36n3a3>
- Garza-Morales, S., Nuñez-Villaseñor P. S. y Vladimírsky-Guiloff, H. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64, 231-239. <https://doi.org/10.35376/10324/18746>
- Gaxiola Gaxiola, K. (2015). Alteración de la emoción y motivación en el TDAH: una disfunción dopaminérgica. *Revista Grañas*, 39-50. <https://doi.org/10.31908/grafias.v0i28.1309>
- Gest, S. D., Sesma, A. J., Masten, A. S. y Tellegen, A. (2006). Childhood peer reputation as a predictor of competence and symptoms 10 years later. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(4), 509-526. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9029-8>
- Giraldo, Y. G. y Castaño, L. C. (2015). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y dificultades en lenguaje pragmático. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 41-56. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.21616>
- Gizer, I. R., Ficks, C. y Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*, 126(1), 51-90. <https://doi.org/10.1007/s00439-009-0694-x>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P. y Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World journal of clinical cases*, 7(17), 2420. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/1827/dda26f3df5aba79d997f06c1e5dd81b35d8c.pdf>
- Gómez León, M. I. (2020). Psicobiología de la alta capacidad intelectual y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Diagnóstico diferencial. *Psiquiatría biológica*. 27(3), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2020.06.003>
- Gómez León, M. I. (2022). *TDAH y funciones ejecutivas*. Comercial Grupo ANAYA, SA.
- Gómez, M. I. M. (2014) *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia*. Tesis para obtener el grado de Doctora. Universidad de Extremadura, España. <https://doi.org/10.35376/10324/18746>
- González Alonso, J. (2018). *Propuesta de intervención para mejorar la autoestima en alumnos con TDAH a través de los cuentos*. Trabajo de fin de grado en educación primaria. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social (España). <https://doi.org/10.14349/rfp.2020.v53.1>
- Gordon, M., Barkley, R. y Lovett, B. (2006). Tests and observational measures. En Barkley, R. ed. *Attention-deficit hyperactivity disorder – A handbook for diagnosis & treatment* (3, 369-388). New York, New York: The Guilford Press. <https://doi.org/10.1177/13591045070120041203>
- Graeff, R. L. y Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19, 341-361. <https://doi.org/10.1590/s0103-65642008000300005>
- Grañana, N. (2017) Clínica de trastornos de atención y memoria. En Fejerman, N, y Grañana, N. (comps.) (2017) *Neuropsicología infantil*. Buenos Aires: Paidós. <https://doi.org/10.5579/rnl.2011.0076>

- Grañana, N., Richaudeau, A., Gorriti, C. R., O'Flaherty, M., Scotti, M. E., Sixto, L., ... y Fejerman, N. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29, 344-349. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892011000500007>
- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N. y Allegri, R. (2006). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala SNAP IV, validación en Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 28, 20. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892011000500007>
- Gratch, L. O. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.10.007>
- Gresham, F. M. (1986). Conceptual and Definitional issues in the Assessment of Children's Social Skills: Implications for Classifications and Training. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15 (1), 3-15. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1501_1
- Grinhauz, A. S. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: una breve revisión teórica. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (12), 39-62. <https://doi.org/10.18682/pd.v12i0.366>
- Grinhauz, A. S. y Castro Solano, A. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en la infancia. *Anuario de investigaciones*, 19(2), 27-35. <https://doi.org/10.18774/448x.2014.11.133>
- Groen, Y., Priegnitz, U., Fuermaier, A. B., Tucha, L., Tucha, O., Aschenbrenner, S., ... y Pimenta, M. G. (2020). Testing the relation between ADHD and hyperfocus experiences. *Research in Developmental Disabilities*, 107, 103789. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103789>
- Groves, N. B., Kofler, M. J., Wells, E. L., Day, T. N., y Chan, E. S. (2020). An examination of relations among working memory, ADHD symptoms, and emotion regulation. *Journal of abnormal child psychology*, 48, 525-537. Recuperado de: <https://psy.fsu.edu/clc/Publications/nihms-1596582.pdf>
- Groves, N. B., Wells, E. L., Soto, E. F., Marsh, C. L., Jaisle, E. M., Harvey, T. K. y Kofler, M. J. (2021). Executive Functioning and Emotion Regulation in Children with and without ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 1-15. Recuperado de: <https://psy.fsu.edu/clc/Publications/nihms-1759652.pdf>
- Gunat, M. y Kilic, B. G. (2019) Factors Associated with Empathy Among Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 30(4), 260. Recuperado de: <https://www.turkpsikiyatri.com/Summary?Id=858>
- Habayeb S., Rich, B. y Alvord, M. K. (2017). Targeting heterogeneity and comorbidity in children with autism spectrum disorder through the Resilience Builder group therapy program. En *Child & Youth Care Forum*, 46 (4), 539-557. <https://doi.org/10.1007/s10566-017-9394-1>
- Hai, T. y Climie, E. A. (2022). Positive Child Personality Factors in Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 476-486. <https://doi.org/10.1177/1087054721997562>
- Happer, K., Brown, E. J. y Sharma-Patel, K. (2017). Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. *Child abuse & neglect*, 73, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.021>
- Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D. y Rubia, K. (2013). Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age



- effects. *JAMA psychiatry*, 70(2), 185-198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.277>
- Hartmann, T. (1996). *Beyon ADD: Hunting for reasons in the past and the present*. Grass Valley, CA: Publishers Group West.
- Hartmann, T. (2003). *The Edison gen: ADHD and tge gift of the junter child*. Rochester, VT: Park Street Press.
- Hass M. R., Brown R. S., Brady J. y Johnson D. B. (2012). Validating the BASC-TRS for use with children and adolescents with an educational diagnosis of autism. *Remedial and Special Education*, 33(3), 173-183. <https://doi.org/10.1177/0741932510383160>
- Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F. y Aboitiz, F. (2010) Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiper actividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Rev. Neurol*, 50, 109-116. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009082>
- Hernández Martínez, M., Pastor Hernández, N., Pastor Durán, X., Boix Lluch, C. y Sans Fitó, A. (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Pediatría Atención Primaria*, 19(73), 31-39. [https://doi.org/10.1016/s1138-2074\(11\)70006-9](https://doi.org/10.1016/s1138-2074(11)70006-9)
- Hernández Martínez, M., Pastor, N., Pastor, X., Boix, C. y Sans, A. (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 19, 31-9. [https://doi.org/10.1016/s1138-2074\(11\)70006-9](https://doi.org/10.1016/s1138-2074(11)70006-9)
- Hervey, A., Epstein, J. y Curry, J. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 18(3), 485–503. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.3.485>
- Hetzke, L., Berner, A., Weyrich, S., Romanos, M., Beyer, A. K., Schlack, R., ... e INTEGRATE-ADHD Study Group Thomas Jans (2024). ADHD in children and adolescents: Guideline-based online assessment in the consortium project INTEGRATE-ADHD. *Journal of Health Monitoring*, 9(3), 12541. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4901197/v1>
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L., van Hulzen, K., Medland, S. E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., Zeeuw, P., Szekely, E., Sudre, G., Wolfers, T., Onnink, A., Dammers, J. T., Mostert, J. C., Vives-Gilabert, Y., Kohls, G., Oberwlland, E., ... Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 4(4), 310–319. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30049-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4)
- Hoogman, M., Muetzel, R., Guimaraes, J. P., Shumskaya, E., Mennes, M., Zwiers, M. P., Jahanshad, N., Sudre, G., Wolfers, T., Earl, E. A., Soliva Vila, J. C., Vives-Gilabert, Y., Khadka, S., Novotny, S. E., Hartman, C. A., Heslenfeld, D. J., Schweren, L., Ambrosino, S., Oranje, B., de Zeeuw, P., ... Franke, B. (2019). Brain Imaging of the Cortex in ADHD: A Coordinated Analysis of Large-Scale Clinical and Population-Based Samples. *The American journal of psychiatry*, 176(7), 531–542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18091033>
- Houck, G. M. (1999). The measurement of child characteristics from infancy to toddlerhood: Temperament, developmental competence, self-concept, and social competence. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22, 101–127. <https://doi.org/10.1080/014608699265329>

- Houck, G. M., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P. y Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(3), 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.02.004>
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.04.011>
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S., ... Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 382–391. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.382>
- Hoza, B., Pelham, W. E. J., Dobbs, J., Owens, J. S. y Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 268–278. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.268>
- Huebner, E. S., Seligson, J. L., Valois, R. F. y Suldo, S. M. (2006). A review of the brief multidimensional students' life satisfaction scale. *Social Indicators Research*, 79, 477–484. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5395-9>
- Ipiña, M. J., Molina, L. y Reyna, C. (2011). Propiedades psicométricas de la Escala MESSY (versión autoinforme) en niños argentinos. *Revista de Psicología (PUCP)*, 29(2), 245–264. <https://doi.org/10.18800/psico.201102.003>
- Isern, S. (2016). El emociómetro del inspector Drilo. NubeOcho. Recuperado de: <https://colegiodiocesanosantaclara.com/wp-content/uploads/2020/04/El-Emociómetro.pdf>
- Jackson, S. A. y Eklund, R. C. (2004). *The Flow Scale Manual*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Jain, R. y Tsbary, S. (2021). *Tienes superpoderes: Vence la ansiedad con autoestima, confianza y valentía*. B DE BLOK.
- Jaraba, R., Ruiz, U. y Navarro Obeid, J. (2019). Medición de la percepción emocional y la percepción emocional en niños con TDAH y TOD. *Libro Ocho estudios de salud mental*, 73-95. <https://doi.org/10.21892/978-958-5547-34-6.3>
- Jennings, P., Brown, J., Frank, J., Doyle, S., Oh, Y., Davis, R., Rasheed, D., Deweese, A., Demauro, A., Cham, H. y Greenberg, M. (2017). Impacts of the CARE for teachers program on teachers' social and emotional competence and classroom interactions. *Journal of Educational Psychology*, 109(7), 1010-1028. <http://dx.doi.org/10.1037/edu0000187>
- Jensen, P.S., Mrazek, D., Knapp, P., Steinberg, L., Pfeffer, C., Schowalter, J. y Shapiro, T. (1997). Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1672-1681. <https://doi.org/10.1097/00004583-199712000-00015>
- Jiménez-Torres, M. G., López-Sánchez, M. y Ramos, D. G. (2010). Relación entre experiencia óptima percibida y rendimiento académico según la presencia de TDAH. *Revista Mexicana de psicología*, 27(1), 15-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016325002>
- Jones, S. y Hesse, M. (2014). Adolescents With ADHD: Experiences of Having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and Identity. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 92–102. <https://doi.org/10.1177/1087054714522513>
- Joselevich, E. (2005). *AD/HD, qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Kasper, L. J., Alderson, R. M. y Hudec, K. L. (2012). Moderators of working memory deficits in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-

- analytic review. *Clinical psychology review*, 32(7), 605-617. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.001>
- Kendall, P.C. (Ed.) (1991) *Guiding theory for treating children and adolescents. Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*, Nueva York, Guilford Press, 1991.
- Klefsjö, U., Kantzer, A. K., Gillberg, C. y Billstedt, E. (2021). The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD—gender differences in the diagnostic process. *Nordic journal of psychiatry*, 75(4), 301-305. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1850859>
- Kolberg, J. y Nadeau, K. (2012). *ADD-Friendly Ways to Organize Your Life: Strategies that Work from a Professional Organizer and a Renowned ADD Clinician*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315640679>
- Kos, J. M., Richdale, A. L. y Hay, D. A. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 147-160. <https://doi.org/10.1080/10349120600716125>
- Lacunza, A. B., y Contini, E. N. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 16(2), 73-94. <https://doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>
- Langberg, J. M., Dvorsky, M. R., Molitor, S. J., Bourchtein, E., Eddy, L. D., Smith, Z. R., Oddo, L. E. y Eadeh, H. M. (2017). Overcoming the Research-to-Practice Gap: A Randomized Trial With Two Brief Homework and Organization Interventions for Students With ADHD as Implemented by School Mental Health Providers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000265>
- Lauder, M. y Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(57\)80257-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(57)80257-1)
- Lavy, S. (2020). A review of character strengths interventions in twenty-first-century schools: Their importance and how they can be fostered. *Applied Research in Quality of Life*, 15(2), 573-596. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9700-6>
- Lee, S. S., Sibley, M. H. y Epstein, J. N. (2016). Attention-deficit/ hyperactivity disorder across development: Predictors, resilience, and future directions. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 151-153. <https://doi.org/10.1037/abn0000114>
- Lee, Y. C., Yang, H. J., Chen, V. C. H., Lee, W. T., Teng, M. J., Lin, C. H. y Gossop, M. (2016). Metaanalysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in developmental disabilities*, 51, 160-172. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009>
- Léger, L. A., Lambert, J., Goulet, A., Rowan, C. y Dinelle, Y. (1984). Aerobic fitness of 6 to 17 years old Quebecers—20-meters shuttle test with 1-minute stages. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 9, 64-69. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Luc-Leger/publication/19972546_The_multistage_20_metre_Shuttle_Run_test_for_aerobic_fitness_J_Sports_Sci_6_2_93-101_1988/links/5504804e0cf2d60c0e68c583/The-multistage-20-metre-Shuttle-Run-test-for-aerobic-fitness-J-Sports-Sci-6-2-93-101-1988.pdf
- Leidy, N. K., Revicki, D. A. y Geneste, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*, 2, 113-27. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4733.1999.02210.x>
- Lerner, R. M., von Eye, A., Lerner, J. V. y Lewin-Bizan, S. (2009). Exploring the foundations and functions of adolescent thriving within the 4-H study of positive youth

- development: A view of the issues. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(5), 567-570. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.07.002>
- Lesch, K. P. (2018). 'Shine bright like a diamond!': Is research on high-functioning ADHD at last entering the mainstream? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 191-192. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12887>
- Ley Nacional 25.326 (2000). Regula la protección de datos personales. 4 de octubre de 2000. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790>
- Ley Provincial 11.044 (1990) Regula la actividad de la investigación en seres humanos. 26 de diciembre de 1990. Número de Boletín Oficial: 21886. (Buenos Aires, Argentina). <https://doi.org/10.29104/phi-aqualac/2020-v12-2-07>
- Ley Provincial 15.462 (2023) Regula la actividad de la investigación en salud. 24 de octubre de 2010. Número de Boletín Oficial: 29615. (Buenos Aires, Argentina). <https://doi.org/10.19137/pys-2021-280208>
- Lezak, M. D., Howieson, D. V. y Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. (4ed). Oxford University Press.
- Lezama-Espinoza, E. A. (2015). Relación de las funciones ejecutivas con trastornos externalizantes y/o internalizantes en niños de 5 a 15 años con TDAH que asisten a programas de atención a la población infantil de la ciudad de Manizales. Tesis para obtener el grado de Doctor. Universidad Autónoma de Manizales, Colombia. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.1.2.2585.2019>
- Li, Y., Yan, X., Li, Q., Xu, G., Lu, J. y Yang, M. Prevalence and Trends in Diagnosed ADHD Among US Children and Adolescents, 2017-2022. *JAMA Netw Open*, 6(10):e2336872. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36872>
- Llanos Lizcano, Leónidas José, García Ruiz, Darwin José, González Torres, Henry J y Puentes Roza, Pedro. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), e101-e108. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004&lng=es&tlng=es
- Lloyd, A., Brett, D. y Wesnes, K. (2010). Coherence training in children with attention-deficit hyperactivity disorder: cognitive functions and behavioral changes. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 16(4), 34-42. Recuperado de: <https://www.heartmathbenelux.com/doc/coherence-training-in-children-with-adhd%202010.pdf>
- Looyeh, M. Y., Kamali, K. y Shafieian, R. (2012). An exploratory study of the effectiveness of group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(5), 404-410. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.01.001>
- López-Martín, S., Albert, J., Calleja-Pérez, B., Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Perrone, A. L., Jiménez de Domingo, A. y Fernández-Jaén, A. (2024). Genética del TDAH en la práctica clínica. *Medicina* (Buenos Aires), 84 (Supl. 1), 26-30. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024000200026&lng=es&tlng=es.
- López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2009). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*, 3(2), 17-29. Recuperado de: <http://webdeptos.uma.es/psicobiometry/jornadas/conferencias/2009/conferencia5.pdf>
- López-Villalobos, J. A., Garrido-Redondo, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T., López, M. V., De Llano, J. M., Rodríguez, L. y Camina, A. B. (2018). Percepción de niños y

- adolescentes sobre la calidad de vida en casos de trastorno por déficit de atención/hiperactividad con y sin tratamiento farmacológico y en controles. *Revista de Neurología*, 67(6), 195-202. <https://doi.org/10.33588/rn.6706.201751>
- López-Villalobos, J. A., Rodríguez-Molinero, L., Sacristán Martín, A. M., López Sánchez, M. V., Garrido Redondo, M., Andrés de Llano, J. M., Martínez Rivera, M. T. y Camina Gutiérrez, A. B. (2021). Calidad de vida en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: percepción de padres e hijos. *Pediatría Atención Primaria*, 23(89), e1-e9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>
- López, C. y Romero, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- López, E. F. (2016). Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) una Revisión Descriptiva. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 203-213. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.54>
- López, M. L., Campos, N. G., Miernau, I., y Quintero, J. (2015). Protocolo de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5153-5156. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.005>
- Lora-Muñoz, J. A. y Moreno-García, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 317-329 <https://doi.org/10.55414/1ajg0438>
- Lozano-Peña, G. M., Sáez-Delgado, F. M. y López-Angulo, Y. (2022). Competencias socioemocionales en docentes de primaria y secundaria: una revisión sistemática. *Páginas de Educación*, 15(1), 1-22. <https://doi.org/10.22235/pe.v15i1.2598>
- Lüdeke, S., Linderkamp, F. y Cevani, I. (2019). Differenzielle Analysen zum Zusammenhang zwischen Kreativität und ADHS bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 28(2), 106-113. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000280>
- Mackenzie, G. (2018). Building resilience among children and youth with ADHD Through Identifying and Developing Protective Factors in Academic, Interpersonal and Cognitive Domains. *Journal of ADHD and Care*, 1(1), 14-31. Recuperado de: <https://openaccesspub.org/adhd-and-care/article/699>
- Mahdi, S., Vijoen, M., Massuti, R., Selb, M., Almodayfer, O., Karande, S., de Vries, P. J., Rohde, L. y Bölte, S. (2017) An international qualitative study of ability and disability in ADHD using the WHO-ICF framework. *European Child Adolesc Psychiatry*, 26(10),1219–1231. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0983-1>
- Macias Rodríguez, P. A. (2023). *Revisión sistemática de los tratamientos actuales para el TDAH en niños/as y adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Master en Psicología general sanitaria. Recuperado de: https://repositori.uvic-ucc.cat/bitstream/handle/10854/7652/trealu_a2023_macias_paula%20alejandra_revisi%00f3n_tratamientos_tdah.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marasca, R., Marasca, M. y Imhoff, D. (2013). Escala de Autoestima Forma 5 (AF5): indagación sobre sus propiedades psicométricas en población infantil de Córdoba/Argentina. *Revista de Psicología-Segunda Epoca*, 13. <https://doi.org/10.16888/interd.2013.30.1.8>
- Marshall, P., Hoelzle, J. y Nikolas, M. (2021). Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in young adults: A qualitative review of the utility of assessment measures and recommendations for improving the diagnostic process. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(1), 165-198. <https://doi.org/10.1080/13854046.2019.1696409>

- Martin, C. A., Papadopoulos, N., Chellew, T., Rinehart, N. J. y Sciberras, E. (2019). Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Research in developmental disabilities*, 93, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103463>.
- Martínez Martín, M. A. (2013). *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo*. Altaria, Tarragona.
- Martínez-Núñez, B. y Quintero, J. (2019). Actualización del estudio del Tratamiento Multimodal en TDAH (MTA): dos décadas de aprendizajes. *Actas de Especialidad Psiquiátrica*, 47(1), 16-22. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/331147748_Update_the_Multimodal_Treatment_of_ADHD_MTA_twenty_years_of_lessons
- Masten, A. S. (1994). *Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity*. En M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in intercultural American: Challenges and prospects* (p.3-26). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203052723-6>
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary Magic: Resilience in Development*. New York: The Guilford Press.
- Masten, A. S. y Barnes A.J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
- Masten, A. S. y Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>
- Mastoras S. M., Saklofske D. H., Schwean V. L. y Climie E. A. (2015). Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of Attention Disorders*, 22(8), 712-723. <https://doi.org/10.1177/1087054715611491>
- Mateo, V. y Vilaplana Gramaje A. (2007). Estrategias de identificación del alumno inatento e impulsivo desde el contexto escolar. *Quaderns Digitals*, 5, 13-28. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645434003>
- Matson, J. L., Rotatori, A. F. y Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and therapy*, 21(4), 335-340. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90001-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90001-3)
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. y Cherkasskiy, L. (1999). O que é inteligência emocional. *Inteligência emocional na criança: aplicações na educação e no dia-a-dia*, 15-49. <https://doi.org/10.29327/5411250.1-1>
- McIntyre, R. y Hennessy, E. (2012). 'He's just enthusiastic. Is that such a bad thing?' Experiences of parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional and behavioural difficulties*, 17(1), 65-82. <https://doi.org/10.1080/13632752.2012.652428>
- McQuade J. D., Hoza B., Waschbusch D. A., Murray-Close D. y Owens J. S. (2011). Changes in self-perceptions in children with ADHD: A longitudinal study of depressive symptoms and attributional style. *Behavior Therapy*, 42(2), 170-182. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.05.003>
- Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(6), 555-565. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Mediavilla/publication/10843218_Neurobiology_of_hyperactivity_disorder/links/54b62f0d0cf2318f0f9a1e15/Neurobiology-of-hyperactivity-disorder.pdf
- Medici, D., Suárez-Varela, M. M. y Codoñer-Franch, P. (2019). Género y diagnóstico en el niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad en un hospital público de



- España. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 20(1), 36-41. <https://doi.org/10.24875/RMN.M19000039>
- Mehta, T. R., Monegro, A., Nene, Y., Fayyaz, M. y Bollu, P. C. (2019). Neurobiology of ADHD: a review. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), 235-240. <https://doi.org/10.1007/s40474-019-00182-w>
- Metin, B., Roeyers, H., Wiersma, J., van der Meere, J. y Sonuga-Barke, E. (2012). Meta-Analytic Study of Event Rate Effects on Go/No-Go Performance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 72(12), 990- 996. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.08.023>
- Metzger, A. N. y Hamilton, L. T. (2021). The stigma of ADHD: Teacher ratings of labeled students. *Sociological Perspectives*, 64(2), 258–279. <https://doi.org/10.1177/0731121420937739>
- Mikami, A. Y. y Hinshaw, S. P. (2003). Buffers of peer rejection among girls with and without ADHD: The role of popularity with adults and goal-directed solitary play. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 381–397. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9062-7>
- Mikami, A. Y. y Hinshaw, S. P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 823–839. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9062-7>
- Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C. C., Reuland, M. M., Jack, A. y Anthony, M. R. (2013). A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(1), 100. <https://doi.org/10.1037/a0029654>
- Mikulic, I., Crespi, M. y Radusky, P. (2015). Construcción y validación del inventario de competencias socioemocionales para adultos (ICSE). *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 32(2), 307-329. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18043528007.pdf>
- Miranda Casas, A., Presentación Herrero, M. J., Colomer Diago, C. y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología; 52 (Supl 1)*, 119-126. <https://doi.org/10.33588/rn.52s01.2010791>
- Miranda-Casas, A. y Soriano Ferrer, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Informació psicològica*, (100), 100-114. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v1i2.3730>
- Miranda-Casas, A., Berenguer-Forner, C., Colomer-Diago, C. y Roselló-Miranda, B. (2015). Relaciones entre funciones ejecutivas y calidad de vida de jóvenes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 301-310. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.42>
- Miranda, A., Jarque, S. y Tarraga, R. (2006). Interventions in School Settings for Students With ADHD. *Exceptionality*, 14(1), 35–52. https://doi.org/10.1207/s15327035ex1401_4
- Modesto-Lowe V., Yelunina L. y Hanjan K. (2011). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A shift toward resilience? *Clinical Pediatrics*, 50(6), 518–524. <https://doi.org/10.1177/0009922810394836>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... y Stewart, L. A. (2016). Ítems de referencia para publicar Protocolos de Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: Declaración PRISMA-P 2015. *Revista Española de Nutrición Humana*

- y *Dietética*, 20(2), 148-160. Recuperado de:
<https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.2.223>
- Molina, M. F. (2013). Revisión del avance en el estudio de las autopercepciones de los niños con Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 5(3), 16-24. <https://doi.org/10.36443/10259/3978>
- Molina, M. F. y Maglio, A. L. (2013). Características del Autoconcepto y el Ajuste en las Autopercepciones de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7(2), 50-71. <https://doi.org/10.35376/10324/18746>
- Molinar Monsiváis, J. y Cervantes-Herrera, A.R. (2020). Comparación de los conocimientos y actitudes del profesorado de educación básica hacia el alumnado con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH en Argentina y México. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 19(40), 171-181. <https://dx.doi.org/10.21703/rexe.20201940molinar9>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/26495811_A_guide_for_naming_research_studies_in_Psychology
- Moore, D. A., Gwernan-Jones, R., Richardson, M., Racey, D., Rogers, M., Stein, K., ... y Garside, R. (2016). The experiences of and attitudes toward non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder used in school settings: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 21(1), 61-82. <https://doi.org/10.1080/13632752.2016.1139296>
- Mostofsky, S. H., Cooper, K. L., Kates, W. R. y Kaufmann, W. E. (2002). Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biology Psychiatry*, 52(8), 785-794. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01412-9](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01412-9)
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P. y Larsson H. (2018). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 481-489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
- Muñoz Yunta, J. A., Palau, M., Salvadó, B. y Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurológica Colombiana*, 22, 184-189. Recuperado de:
<https://actaneurolologica.com/index.php/anc/article/view/1699/1436>
- Muñoz, J. A. L. y García, I. M. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de psicología*, 317-329. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/51392564.pdf>
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (2001). *Cuestionario de Autoconcepto Forma-5 (AF5)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Musitu, G., Román, J. M. y Gracia, E. (1988). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Labor.
- Navarro-Soria, I., Fenollar-Cortés, J., Carbonell, J., y Real Fernández, M. (2020). Memoria de trabajo y velocidad de procesamiento evaluado mediante WISC-IV como claves en la evaluación del TDAH. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 23-29. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.3>
- Navarro, M. I. y García-Villamizar, D. A., (2010). El concepto de "hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36. <https://doi.org/10.5514/rmac.v36.i3.21398>
- Nazarova, V. A., Sokolov, A. V., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V. y Schiöth, H. B. (2022). Treatment of ADHD: Drugs, psychological therapies, devices, complementary

- and alternative methods as well as the trends in clinical trials. *Frontiers in pharmacology*, 13, 1066988. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1066988>
- Neuschwander, M., In-Albon, T., Meyer, A. H. y Schneider, S. (2017) Acceptance of a structured diagnostic interview in children, parents, and interviewers. *Int J Methods Psychiatr Res.*, 26(3), e1573 <https://doi.org/10.1002/mpr.1573>.
- Newark, P. E., Elsässer, M. y Stieglitz, R. D. (2016). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 279–290. <https://doi.org/10.1177/1087054712459561>
- Niemiec, R. M. (2019). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Niemiec, R. M. y Pearce, R. (2021) The Practice of Character Strengths: Unifying Definitions, Principles, and Exploration of What's Soaring, Emerging, and Ripe With Potential in Science and in Practice. *Front Psychol*, 11:590220. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590220>.
- Nieto Granada, C. D. y Escárraga Blandón, K. (2021). *Revisión sistemática del autoconcepto en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH*. Tesis de para obtener grado de licenciatura en psicología. Universidad Católica de Pereira, Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación (Colombia). <https://doi.org/10.7764/tesisuc/psi/86777>
- Nigg, J. T. (2001). Is ADHD a disinhibitory disorder?. *Psychological bulletin*, 127(5), 571. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Joel-Nigg/publication/11798422_Is_ADHD_a_disinhibitory_disorder/links/556602e308aeb77721c6b635/Is-ADHD-a-disinhibitory-disorder.pdf
- Nigg, J. T. y Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, 17, 785-806. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050376>
- Ning, K. y Wang, T. (2021). Multimodal interventions are more effective in improving core symptoms in children with ADHD. *Frontiers in psychiatry*, 12, 759315.
- Nussbaum, N. L. (2012). ADHD and female specific concerns: a review of the literature and clinical implications. *Journal of attention disorders*, 16(2), 87-100. <https://doi.org/10.1177/1087054711416909>
- Oliveira, C. T. D., Teixeira, M. A. P. y Dias, A. C. G. (2018). Eficacia de una cartilla psicoeducativa sobre el TDAH en estudiantes universitarios. *Psicología: teoría e práctica*, 20(2), 281-292. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p281-292>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Official Records of the World Health Organization, 2, 100. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Recuperado de: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- Ortiz Arriagada, J. B. y Castro Salas, M. (2009). Bienestar Psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería*, 15 (1), 25-31. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
- Ottosen, C., Larsen, J. T., Faraone, S. V., Chen, Q., Hartman, C., Larsson, H., ... y Dalsgaard, S. (2019). Sex differences in comorbidity patterns of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child &*



Adolescent Psychiatry, 58(4), 412-422.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.910>

- Owens, J. S. y Hoza, B. (2003). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 680–691. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.680>
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B. y Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335–351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>
- Padilha, S. C., Virtuoso, S., Tonin, F. S., Borba, H. H. y Pontarolo, R. (2018). Efficacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), 1335-1345. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1125-0>
- Paiano, R., de Carvalho, A. C. R., Flor, C. M., Abissamra, R. G. C. y Carreiro, L. R. R. (2019). Programas de intervenção para alunos com TDAH no contexto escolar: uma revisão sistemática de literatura. *Revista Educação Especial*, 32, 21-1. <https://doi.org/10.5902/1984686x28255>
- Palladino, V. S., McNeill, R., Reif, A. y Kittel-Schneider, S. (2019). Genetic risk factors and gene-environment interactions in adult and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric genetics*, 29(3), 63–78. <https://doi.org/10.1097/YPG.0000000000000220>
- Palomera, R. y Brackett, M. (2006). Frequency of positive affect as a possible mediator between perceived emotional intelligence and life satisfaction. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 231-239. Recuperdo de: <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2006/anyes2006a18.pdf>
- Paneiva Pompa, J. P. (2015) El bienestar psicológico en estudiantes de la universidad nacional de mar del plata. diferencias entre áreas generales de formación. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, UNMDP (Argentina). <https://doi.org/10.24016/2018.v4n1.81>
- Paneiva Pompa, J. P., Bakker, L. y Rubiales, J. (2021). Intervenciones en el ámbito escolar para estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 16(2), 208-231. <https://doi.org/10.23923/rpye2021.02.211>
- Paneiva Pompa, J. P., Bakker, L., Rubiales, J. y Urquijo, S. (2024a) Habilidades positivas y fortalezas en niños, niñas y adolescentes con TDAH. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología; *Anuario de Proyectos e Informes de Becarías de Investigación*. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.7>
- Paneiva Pompa, J. P., Bakker, L., y Rubiales, J. (2020). *Diseño y evaluación de un programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar las habilidades positivas de niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Presentación de póster. Investigar UNMDP 2020. Secretaría de Ciencia y Tecnología UNMDP. Mar del Plata, Argentina. 19, 21, 23, 26, 28 y 30 de octubre. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.7>
- Paneiva Pompa, J. P., Rubiales, J. y Bakker, L. (2023). El rol de la retroalimentación en la toma de decisiones bajo riesgo en niños/as y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Acta Colombiana de Psicología*, 26(2), 183-197. <https://doi.org/10.14718/acp.2023.26.2.15>
- Paneiva Pompa, J. P., Rubiales, J. y Bakker, L. (2024b). “¡Vamos con Tuti!”. Programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar habilidades



- positivas en estudiantes con TDAH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology / INFAD. Revista de psicología*
- Paneiva Pompa, J. P., Rubiales, J., Bakker, L., De Pizzol, S., Siano, V. y Tolaba, J. (2022). Funciones Ejecutivas en niños con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): estudio comparativo entre su desempeño y la percepción de los padres. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 14(1), 121-122. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.7>
- Pardo, A. y Ruiz, M. (2002) *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Editorial McGraw Hill, España.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Fernández-Mayoralas, D. M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 48(2), 107-111. Recuperado de: <http://www.afantdah.org/images/stories/Documentacion/habilidadessociales.pdf>
- Park, N. y Peterson, C. (2003) *Assesment of character strengths among youth: the Values in Action Inventory of Strenghts for Youth. Indicators of Positive Development Conference. (Vol. 31)*. Washington, DC: Child trends.
- Passarotti, A. M., Trivedi, N. y Patel, M. (2016). Executive function in adolescent bipolar disorder with and without ADHD comorbidity. *Bipolar Disorder*, 1(1), 101. <https://doi.org/10.4172/jbd.1000101>
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Waschbusch, D. A., Fabiano, G. A. y Burrows-MacLean, L. (2010). Summer treatment programs for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, 2, 277–292. <https://doi.org/10.3109/9781420017144.019>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. Recuperado de http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-432.pdf
- Pérez Quinteros, L. E. (2018). La resiliencia en estudiantes con Déficit Atencional por Hiperactividad. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 4(4), 111-123. <https://doi.org/10.17561/riai.v4.n4.9>
- Perez, A. y Fernández Alvarez, H.F. (2002) Terapia cognitiva de grupo. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XIII*, 267-272 Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/631941569/Untitled4>
- Pérez, E. R. S., García, M. N., Rodríguez, P. G., Gutiérrez, S. F. y Marcos, M. D. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista pediatría de atención primaria*, 8(8), 175-198. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0dmn.6>
- Pérez, M. A., Molina, D. y Gómez, M. (2016). La intervención neuropsicológica en el tratamiento interdisciplinar para el TDAH. *Neuropsicología*, 1(2), 2. Recuperdo de: https://www.researchgate.net/profile/David-Molina-3/publication/311574474_La_Intervencion_Neuropsicologica_en_el_Tratamiento_Interdisciplinar_para_el_TDAH/links/584e237308aecb6bd8c9bdf5/La-Intervencion-Neuropsicologica-en-el-Tratamiento-Interdisciplinar-para-el-TDAH.pdf
- Perlov, E., Philipsen, A., van Elst, L. T., Ebert, D., Henning, J., Maier, S., et al. (2008). Hippocampus and amygdala morphology in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33, 509-515 <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2017.07.001>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V. y Carvalhaes, R. (2005) Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*, 21, 436-48. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000200010>

- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Peterson, B. S., Trampush, J., Maglione, M., Bolshakova, M., Rozelle, M., Miles, J., ... y Hempel, S. (2024). Treatments for ADHD in children and adolescents: a systematic review. *Pediatrics*, 153(4), e2024065787.
- Pfiffner L. J., Rooney, M., Haack, L., Villodas, M., Delucchi, K. y McBurnett, K. (2016) A Randomized Controlled Trial of a School-Implemented School-Home Intervention for Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.023>
- Pfiffner, L. J., Hinshaw, S. P., Owens, E., Zalecki, C., Kaiser, N. M., Villodas, M. y McBurnett, K. (2014). A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1115-1127. <https://doi.org/10.1037/a0036887>
- Pin, G., Merino, M. y Mompó, M.L. (2014). Alteraciones del sueño y TDAH o TDAH y alteraciones del sueño ¿existe relación? *Pediatría integral*. 18 (9). 668-677. <https://doi.org/10.2307/jj.5076281.145>
- Piñon Blanco, E. y Vázquez-Justo, A. (2017) *TDAH y Trastornos asociados*. Lex Localis. <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8>
- Piñón, A., Carballido, E., Vázquez, E., Fernandes, S., Gutiérrez, O. y Spuch, C. (2019). Rendimiento neuropsicológico de niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(1). Recuperado <https://www.redalyc.org/journal/4396/439667308011/439667308011.pdf>
- Posner, M. I., Rothbart, M. K. y Ghassemzadeh, H. (2019). Focus: Attention Science: Restoring Attention Networks. *The Yale journal of biology and medicine*, 92(1), 139. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/321c/3a922c73a8273329849d30c10a4cf590ebb4.pdf>
- Power, T. J., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Clarke, A. T., Marshall, S.A., Sharman, J., ... y Jawad, A. F. (2012). A family-school intervention for children with ADHD: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 611. <https://doi.org/10.1037/a0028188>
- Preiss, G. y Friedrich, G. (2003). Neurodidáctica. *Mente & cerebro*, 4, 39-45. Recuperado de: <https://www.scribd.com/document/776936555/Neurodidactica-Mente-y-Cerebro-2003-b>
- Puddu, G., Rothhammer, P., Carrasco, X., Aboitiz, F. y Rothhammer, F. (2017). Déficit atencional con hiperactividad: trastorno multicausal de la conducta, con heredabilidad y comorbilidad genética moderadas. *Revista médica de Chile*, 145(3), 368-372. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000300011>
- Quinn P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: An evolving picture. *Current Psychiatry Reports*, 10(5), 419-423. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0067-5>
- Raimundi, M. J., Schmidt, V. I. y Hernández Mendo, A. (2018). Estudio exploratorio acerca de las fortalezas humanas en deportistas adolescentes de Selecciones Nacionales Argentinas: Comparación con adolescentes de diferentes niveles de práctica. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13, 101-110. <https://doi.org/10.1016/j.ramd.2014.10.038>
- Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Tebé, C., Izaguirre, J., et al. (2009) Concordancia entre padres e hijos en la calidad de vida relacionada con la salud

- en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: estudio longitudinal. *An Pediatr (Barc)*, 70, 553-61 <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.12.007>
- Ramírez García, O. (2021). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en niños y adolescentes del centro estatal de salud mental de Puebla. Tesis para obtener especialidad en psiquiatría. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”. <https://doi.org/10.36443/10259/4514>
- Ramos-Galarza, C. y Pérez-Salas, C. (2017). Control inhibitorio y monitorización en población infantil con TDAH. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(1), 117-130. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n1/v35n1a09.pdf>
- Ramos-Loyo, J., Taracena, A. M., Sánchez-Loyo, L. M., Matute, E. y González-Garrido, A. A. (2011). Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo en Pruebas Neuropsicológicas y en el Contexto Social en Niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.37117/s.v3i18.368>
- Ramos-Quiroga, J. A., Ribasés-Haro, M., Bosch-Munsó, R., Cormand-Rifà, B. y Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44(3), 51-52. Recuperado de: <http://www.ub.edu/geneticaclases/brucormand/pdfs/38.pdf>
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., y Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228. Recuperado de: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3101894/>
- Rappoport, L. J., Friedman, S. L., Tzelepis, A. y Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16(1), 102. <https://doi.org/10.1037//0894-4105.16.1.102>
- Rates Regalla, M. A., Segenreich, D., Guilherme, P. R. y Mattos, P. (2019). Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 262-267. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0068>
- Ray, A. R., Evans S. W. y Langberg J. M. (2017). Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 883-897. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0217-x>
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C. y Bonati, M. (2017) Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(12):1443-57. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *BASC: Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes*. Madrid, TEA ediciones.
- Rhee, S., Furlong, M. J., Turner, J. A. y Harari, I. (2001). Integrating strength-based perspectives in psychoeducational evaluations. *California School Psychologist*, 6, 5-17. <https://doi.org/10.1007/bf03340879>
- Rief, S. (2006). *Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas y estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH*. Ed. Paidós.
- Roberts, W., Milich R. y Barkley, R. (2014) Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences. En Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Cuarta edición. <https://doi.org/10.1017/cbo9781139035491.006>

- Robinson, T. y Tripp, G. (2013). Neuropsychological functioning in children with ADHD: Symptom persistence is linked to poorer performance on measures of executive and nonexecutive function. *Japanese Psychological Research*, 55(2), 154-167. <https://doi.org/10.1111/jpr.12005>
- Rockett, H. R., Wolf, A. M. y Colditz, G. A. (1995) Development and reproducibility of a food frequency questionnaire to assess diets of older children and adolescents. *J. Am. Diet. Assoc.* 95, 336-340. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(95\)00086-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(95)00086-0)
- Rodríguez González, C. T., González Marcos, M. I., Arroba Basanta, M. L. y Cabello Ballesteros, L. (2017). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Pediatría Atención Primaria*, 19(76), 311-320. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000500003&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez-González, C. T, González-Marcos, M. I, Arroba-Basanta, M. L, y Cabello-Ballesteros, L. (2017). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Pediatría Atención Primaria*, 19(76), 311-320. Recuperado de: https://pap.es/files/1116-2358-pdf/Prevalencia_TDAH_ES_EN.pdf
- Rohde L., Coghill D., Asherson P. y Banaschewski, T. (2019). Evaluación del TDAH a lo largo de la vida en *La Federación Mundial del TDAH, guía*, [recurso electrónico]. En Rohde, L., Buitelaar, J., Gerlach, M., y Faraone, S. (Ed.) (2019). Recuperado de: <https://adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologiasaludmental/Fed. Mundial de TDAH Guia.pdf>
- Rojo Amato, G., Tárraga Mínguez, R. y Sanz Cervera, P. (2016). La intervención en competencia social en estudiantes con TDAH: Un estudio de revisión. *Reidocrea*, 5, 329-340. <https://doi.org/10.30827/digibug.43788>
- Ron, A. G., Blasco-Fontecilla, H., Hernani, B. H. y Chueca, J. S. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de*, 71(2), 75-81. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-156646>
- Ronel, Z. (2018). The Lateral Prefrontal Cortex and Selection/Inhibition in ADHD. *Frontiers in human neuroscience*, 12(65). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00065>
- Rosselli, M., Jurado, M. B. y Matute, E. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 23-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987451>
- Rubia, K. (2011). «Cool» inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus «hot» ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: a review. *Biology Psychiatry*, 69(12), e69-87. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.023>
- Rubia, K. (2018). Cognitive Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Its Clinical Translation. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 100. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.023>
- Rubia, K., Cubillo, A., Smith, A. B., Woolley, J., Heyman, I. y Brammer, M. J. (2009). Disorder-specific dysfunction in right inferior prefrontal cortex during two inhibition tasks in boys with attention-deficit hyperactivity disorder compared to boys with obsessive-compulsive disorder. *Human Brain Mapp*, 31, 287-299. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00100>
- Rubiales, J. (2014). Perfil ejecutivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(38), 31-54. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645434003.pdf>

- Rubiales, J., Bakker, L. y Delgado Mejía, I. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: evaluación y propuesta de un programa de estimulación. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 5(2), 145-161. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642488004.pdf>
- Rubiales, J., Bakker, L., Paneiva Pompa, J. P., Alle, A., Tolaba, J. y Siano, V. (2022). Percepción parental del perfil conductual y el funcionamiento ejecutivo en niños con TDAH según presentación diagnóstica. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 14(1), 123-124. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9066833>
- Rubiales, J., Bakker, L., Russo, D. y González, R. (2016). Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *CES Psicología*, 9(2), 100-113. https://web.archive.org/web/20180514184412id_/http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/3640/2656
- Rubiales, J., Bakker, L., y Russo, D. (2013). Fluidez verbal fonológica y semántica en niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Neuropsicología Latinoamericana*, 5(3). Recuperado de: https://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/articulo/view/153/144
- Rubiales, J., Reyna, M., Bakker, L. y Urquijo, S. (2019b). Proceso de toma de decisiones bajo incertidumbre y bajo riesgo en niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Suma psicológica*, 26(2), 67-74. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n2.2>
- Rubiales, J., Russo, D. y Bakker, L. (2019a) Cap. 3 *¿Me prestás tu atención? Estrategias áulicas para estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* en Bakker, L. y Rubiales, J. (2019). *Neuroeducación y diversidad*. Ed. Akadia. <https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.786>
- Rubiales, J., Urquijo, S., Said, A. y Macbeth, G. (2017). Proceso de toma de decisiones en niños y adolescentes con TDAH: Revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 139-155. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17688>
- Rubin K. H., Bukowski W. M. y Parker J. G. (2007). Peer interactions, relationships, and groups. En: *Handbook of child psychology*. Wiley. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0310>
- Rubio, B., Castrillo, J., Herreros, O., Gastaminza, X., y Hernández, S. (2016). Perfil y endofenotipos neuropsicológicos en TDAH: Una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto- Juvenil*, 33(1), 7-20. doi: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n1a1>
- Ruch W., Weber M., Park N. y Peterson C. (2014). Character strengths in children and adolescents: Reliability and initial validity of the German values in action inventory of strengths for youth (German VIA-Youth). *European Journal of Psychological Assessment*, 30(1), 57-64. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000169>
- Rucklidge, J. J. (2010) Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 33(2), 357-73. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Ruiz-Aranda, D., Martín, J., Cabello, R., Palomera, R. y Fernández-Berrocal, P. (2012). Can an emotional intelligence program improve adolescents' psychosocial adjustment? Results from the intemo Project. *Social Behavior and Personality*, 40 (8), 1373-1380. <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.8.1373>
- Ruiz-Gálvez, C. (2015). Trastorno déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autoconcepto: diferencias en autoconcepto en función de los subtipos de TDAH. Trabajo para obtener el grado de Máster en Psicología General Sanitaria.



Universidad Pontificia, España.
<https://doi.org/10.17579/abstractbooksepd2022.pv069>

- Rusca-Jordán, F. y Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/3720/372064490003/372064490003.pdf>
- Russo, D. (2024) *Intervención en habilidades sociocognitivas para la solución de problemas interpersonales en niños y niñas con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. UNMdP (Argentina).
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J. y Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1081-1091. <https://doi.org/10.11600/1692715x.13237190514>
- Russo, D., Rubiales, J., González, R., Bakker, L. y Paneiva Pompa, J. P. (2020). Análisis comparativo de la percepción de padres y docentes de sintomatología de TDAH en niños. <https://doi.org/10.14718/acp.2023.26.2.15>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology*, 52; 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sadler J. M., Evans S. W., Schultz B. K. y Zoromski A. K. (2011). Potential mechanisms of action in the treatment of social impairment and disorganization in adolescents with ADHD. *School Mental Health*, 3(3), 156-168. <https://doi.org/10.1007/s12310-011-9058-5>
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H. y Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral And Brain Sciences*, 28(3), 397-418. <https://doi.org/10.1017/s0140525x05000075>
- Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., ... y Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 48. <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Tesis para optar el Grado de Lic. en Psicología, Universidad de Belgrano, Buenos Aires (Argentina). <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2023.v30.n2.1>
- Salovey, P. y Sluyter, D. J. (1997). *Emotional Development and Emotional Intelligence. Educational Implications*. Basic Books.
- Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología*, 4(8), 113-130. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n1.17075>
- Sánchez Encalada, L. y Díaz, M. D. (2009). Detección de intervención a través del juego del TDAH. *Revista de Psicología Iztacala*, 12(4), 156-170. Recuperado de: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/15492>
- Sánchez Herraiz, I. (2021). *Propuesta de intervención en inteligencia emocional para niños con TDAH, un modelo preventivo de acoso escolar*. Trabajo para obtener grado de Master en Psicología General Sanitaria. Universidad de Alcalá (España). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10017/47839>
- Sánchez-Mármol, D. J. (2015). Discrepancia educativa parental y TDAH: intervención psicoeducativa a través de un programa de entrenamiento a padres. Tesis para obtener

- el grado de Doctor. Universidad de Murcia, España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=126946>
- Sánchez, L. L., Sánchez, G. L. y Suárez, A. D. (2015). Efectos de un programa de actividad física en la imagen corporal de escolares con TDAH. *Cuadernos de psicología del deporte*, 15(2), 135-142. <https://dx.doi.org/10.4321/S1578-84232015000200015>
- Sánchez, O. B. (2023). Infancias, diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile (2020-2021). *Salud colectiva*, 18, e4233. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4233>
- Santiago, J., Bernaras, E. y Jaureguizar, J. (2020). Salud mental positiva: Del concepto al constructo. Evolución histórica y revisión de teorías. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0256>
- Sanz, S. C. y González-Benito, A. (2021). Evaluación, diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). En *IX Congreso Internacional Multidisciplinar de Investigación Educativa 1 y 2 de Julio 2021: Libro de actas# CIMIE21* (pp. 1-9). Ediciones de la Universidad de Lérida. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0dmn.6>
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W. y Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 530-537. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00010>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T. y Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- Scandar, M. y Bunge, E. (2017). Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 210-219. <http://dx.doi.org/10.33588/rn.64s01.2017045>
- Scandar, R. O. (2003). *El niño que no podía dejar de portarse mal: TDAH, su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Editorial Distal.
- Scassellati, C., Bonvicini, C., Faraone, S. V. y Gennarelli, M. (2012). Biomarkers and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1003-1019. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.015>
- Schafer, V. y Semrud-Clikeman, M. (2008). Neuropsychological Functioning in Subgroups of Children With and Without Social Perception Deficits and/ or Hyperactivity-Impulsivity. *Journal of Attention Disorders*, 12 (2), pp. 177-190. <https://doi.org/10.1177/1087054707311662>
- Schei, J., Nøvik T. S., Thomsen P. H., Lydersen S., Indredavik M. S. y Jozefiak T. (2018). What predicts a good adolescent to adult transition in ADHD? The role of self-reported resilience. *Journal of Attention Disorders*, 22(6), 547-560. <https://doi.org/10.1177/1087054715604362>
- Schei, J., Jozefiak, T., Nøvik, T. S., Lydersen, S. y Indredavik, M. S. (2016). The impact of coexisting emotional and conduct problems on family functioning and quality of life among adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(5), 424-433. <https://doi.org/10.1177/1087054713507976>
- Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Indredavik, M. S. y Jozefiak, T. (2015). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC psychiatry*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0491-0>

- Schmitt, K., Gold, A. y Rauch, W. A. (2012). Deficient adaptive regulation of emotion in children with ADHD. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(2), 95-102. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000156>
- Schultz, B. K., Evans, S. W., Langberg, J. M. y Schoemann, A. M. (2017). Outcomes for adolescents who comply with long-term psychosocial treatment for ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(3), 250-261. <https://doi.org/10.1037/ccp0000172>
- Schutte, N. S., Malouff, J.M., Simunek, M., McKenley, J. y Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognición y Emoción*, 16 (6), 169-785. <https://doi.org/10.1080/02699930143000482>
- Sedgwick, J. A., Merwood, A. y Asherson, P. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: A qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0277-6>
- Seligman, M. (2003). *Authentic Happiness*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.1.89>
- Seligson, J. L., Huebner E. S. y Valois, R. F. (2003). Preliminary validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Soc Indic Res*, 61,121-45. <https://doi.org/10.1037/t34941-000>
- Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Filipek, P., ... y Renshaw, P. F. (2000). Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 477-484. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00017>
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Díez, J. Á. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1). <https://doi.org/10.36443/10259/4514>
- Servera, M. (2005) Barkley's model of self-regulation applied to attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Rev Neurol*, 40, 358-368. <https://doi.org/10.33588/rn.4006.2004364>
- Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I. (2001). *Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento*. En V. E. Caballo, y M. A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y del Adolescente* (401-433). Madrid: Pirámide 2. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Manual%20de%20Psicología%20Clínica%20Infantil%20y%20del%20adolescente%20-%20S.A..pdf>
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W. y Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8, 109-120. <https://doi.org/10.1177/1087054705277775>
- Shaw, H. (2021). "I Don't Suffer from ADHD, I Suffer from Other People": ADHD, Stigma, and Academic Life. Tesis para obtener el grado de maestría en sociología. Dalhousie University (Canadá). Recuperado de: <https://dalspace.library.dal.ca/items/a335e148-51ad-44b6-907c-12581293642a>
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J. y Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National*

- Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649-19654.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>
- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Rapoport, J. L., Giedd, J. N. y Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 28 (14), 3586-3594.
<https://doi.org/10.1523/jneurosci.5309-07.2008>
- Shaw, P., Sharp, W. S., Morrison, M., Eckstrand, K., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Evans, A. C. y Rapoport, J. L. (2009). Psychostimulant treatment and the developing cortex in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal Psychiatry*, 166(1), 58-63. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.5309-07.2008>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. y Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Reviews and Overviews. *Mechanisms of Psychiatric Illness*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050781>
- Sherman, J., Rasmussen, C. y Baydala, L. (2006). Thinking positively: How some characteristics of ADHD can be adaptive and accepted in the classroom. *Childhood Education*, 82(4), 196-200. <https://doi.org/10.1080/00094056.2006.10522822>
- Shrestha, M., Lautenschleger, J. y Soares, N. (2020). Non-pharmacologic management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: A review. *Transl. Pediatr.* 9 (1), S114–S124. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.01>
- Sibley, M. H., Coxe, S. J., Campey, M., Morley, C., Olson, S., Hidalgo-Gato, N., ... y Pelham, W. E. (2018). High versus low intensity summer treatment for ADHD delivered at secondary school transitions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 248-265. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1426005>
- Siegel, D. J. (2014). *Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente*. Alba Editorial.
- Sievwright, S. (2006). *Self-concept in ADHD and Non-ADHD Adolescents: A Comparative Study*. Tesis para obtener el grado de maestría en psicología. University of Johannesburg (Sudáfrica). Recuperado de https://ujcontent.uj.ac.za/view/pdfCoverPage?instCode=27UOJ_INST&filePid=135431960007691&download=true
- Sjöwall, D., Roth, L., Lindqvist, S. y Thorell, L. B. (2013). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 619-627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12006>
- Skirrow, C., McLoughlin, G., Kuntsi, J. y Asherson, P. (2009) Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Reviews* 9(4), 489-503. <https://doi.org/10.1586/ern.09.2>
- Skogli, E., Egeland, J., Norman, P., Tore, K. y Øie, M. (2014). Few differences in hot and cold executive functions in children and adolescents with combined and inattentive subtypes of ADHD. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 20(2), 162-181. <https://doi.org/10.1080/09297049.2012.753998>
- Slachevsky, C. A., Pérez, C., Silva, J. R., Ruiz-Tagle, A., Mayol, R., Muñoz-Neira, C. y Núñez- Huasaf, J. (2012). Descomponiendo el síndrome de déficit atencional en el adulto: hacia un entendimiento de su heterogeneidad pronóstica. *Revista Médica de Chile*, 140(3), 379- 385. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872012000300016>
- Slomkowski, C. H., Klein, R. G. y Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 303-315. <https://doi.org/10.1007/bf01447559>

- Solanto, MV, Arnsten, AFT y Castellanos, FX (Eds.). (2001). *Fármacos estimulantes y TDAH: neurociencia básica y clínica*. Prensa de la Universidad de Oxford, Estados Unidos.
- Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11), 1231-1238. doi: [10.1016/j.biopsych.2004.09.008](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.09.008)
- Sonuga-Barke, E. J., Dalen, L. y Remington, B. (2003). Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1335-1342. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000087564.34977.21>
- Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S. y Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion- I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 387- 398. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00874.x>
- Sonuga-Barke, E. J., Wiersema, J. R., van Der Meere, J. J. y Roeyers, H. (2010). Context-dependent dynamic processes in attention deficit/hyperactivity disorder: differentiating common and unique effects of state regulation deficits and delay aversion. *Neuropsychology Review*, 20(1), 86-102. <https://doi.org/10.1007/s11065-009-9115-0>
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). Historia del TDAH. *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Spencer, T. J., Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>
- Steiner, N. J., Frenette, E. C., Rene, K. M., Brennan, R. T. y Perrin, E. C. (2014). In-school neurofeedback training for ADHD: sustained improvements from a randomized control trial. *Pediatrics*, 133(3), 483-492. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2059>
- Steiner, N. J., Sheldrick, R. C., Gotthelf, D., y Perrin, E. C. (2011). Computer-based attention training in the schools for children with attention deficit/hyperactivity disorder: a preliminary trial. *Clinical pediatrics*, 50(7), 615-622. <https://doi.org/10.1177/0009922810397887>
- Still, G. (1902) Some abnormal physical conditions in children. *The Lancet*, 1, 1008-1012. <https://doi.org/10.1177/1087054706288114>
- Stringer R. W. y Heath N. (2008). Academic self-perception and its relationship to academic performance. *Canadian Journal of Education*, 31(2), 327-345. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ797194.pdf>
- Suarez-Manzano, S., López-Serrano, S., Jadallah, K.A.H. y Pantoja, L.Y.Y. (2021). Efecto crónico del C-HIIT sobre la calidad del sueño y atención selectiva en jóvenes TDAH. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 41, 199-208. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.83189>
- Swanson, E. N., Owens, E. B. y Hinshaw, S. P. (2012). Is the positive illusory bias illusory? Examining discrepant self-perceptions of competence in girls with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 987-998. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9615-x>
- Tabares, A. S. G., Pescador, C. T. H. y Montoya, L. G. (2019). Capacidad intelectual en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH. *Tempus Psicológico*, 2(1), 64-88. Recuperado de: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/tempuspsi/article/view/2582/6748>
- Taylor, C. L., Zaghi, A. E., Kaufman, J. C., Reis, S. M. y Renzulli, J. S. (2020). Characteristics of ADHD related to executive function: Differential predictions for



- creativity-related traits. *The Journal of Creative Behavior*, 54(2), 350-362. <https://doi.org/10.1002/jocb.370>
- Ten, W., Tseng, C. C., Chiang, Y. S., Wu, C. L. y Chen, H. C. (2020). Creativity in children with ADHD: Effects of medication and comparisons with normal peers. *Psychiatry research*, 284, 112680. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112680>
- Terrón, P. D. (2024). La neurociencia en el ámbito educativo. Análisis de la producción científica y co-palabras del término neuroeducación. *Journal of Neuroeducation*, 4(2). <https://doi.org/10.1344/joned.v4i1.42417>
- Thapar, A. (2018). Discoveries on the genetics of ADHD in the 21st century: new findings and their implications. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 943-950. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040383>
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. y Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*, 97(3), 260-265. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-300482>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E. y Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), 994-1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Toner, E., Haslam, N., Robinson, J. y Williams, P. (2012). Character strengths and wellbeing in adolescence: Structure and correlates of the Values in Action Inventory of Strengths for Children. *Personality and individual differences*, 52(5), 637-642. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.014>
- Topcu, Ç., Baker, Ö. E. y Çapa-Aydın, Y. (2010) Temel Empati Ölçeği Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Turk PDR Derg* 4, 174-180. <https://doi.org/10.24315/trkefd.305449>
- Treuting, J. J. y Hinshaw, S. P. (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/Hyperactivity disorder: Associates with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 23-39. <https://doi.org/10.1023/A:1005247412221>
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M. y Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: profesores, iguales y autoinformes. *Anales de Psicología*, 18(2), 197-214. <https://doi.org/10.25115/ejrep.2.109>
- Tripp, G. y Wickens, J. R. (2008). Research review: dopamine transfer deficit: a neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 691-704. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01851.x>
- Trujillo-Orrego, N., Ibáñez, A. y Pineda, D. E. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico. *Revista de Neurología*, 54(6), 367-379. Recuperado de: <https://sepeap.org/wp-content/uploads/2021/07/Validez-diagn-TDAH-II-rev-neurol2012.pdf>
- Ulrich, D. A. (2000). *Test of Gross Motor Development-2*. Austin, Texas: Pro-ed Inc.
- Urrutia, S. V. y Hernández, C.M. (2021) A pediatric cohort with Gilles de la Tourette syndrome. *Andes Pediatr*, 92, 838-46. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i6.3304>
- Vaidya, C. J. y Klein, C. (2022). Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorders: Current status and promising directions. En *New discoveries in the behavioral neuroscience of attention-deficit hyperactivity disorder*, 159-177. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/7854_2022_334

- Vélez Van Meerbeke, A., Zamora, I., Guzmán, B., López, C. y Talero-Gutiérrez, C. (2013). Evaluación de las funciones ejecutivas en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 28(6), 348-355. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.011>
- Verret, C., Gardiner, P. y Béliveau, L. (2010). Fitness level and gross motor performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27(4), 337-351. <https://doi.org/10.1123/apaq.27.4.337>
- Vidal Estrada, R., Casas Brugué, M. y Ramos-Quiroga, J. (2014). *Manual de tratamiento cognitivo conductual para adolescentes con TDAH y consumo de Cannabis*. Selene. <https://doi.org/10.33588/rn.60s01.2014561>
- Villanueva-Bonilla, C. y Ríos-Gallardo, Á. M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), 59-73. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19582>
- Vo, U. (2023). The meaning of self-acceptance. *Elife*, 12, e93328. <https://doi.org/10.7554/eLife.93328>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S. y Ding, Y. S. (2005). Imaging the effects of methylphenidate on brain dopamine: new model on its therapeutic actions for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1410-1415. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.006>
- Von Culin, K. R., Tsukayam, E. y Duckworth, A. L. (2014) Unpacking grit: motivational correlates of perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Positive Psychology* 9(4), 306–312 <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.898320>
- von Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K. y Hjemdal, O. (2010). A validation study of the Resilience Scale for Adolescents (READ). *J Psychopathol Behav Assess*, 32, 215–25. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9149-x>
- Waigel, N. C. y Lemos, V. N. (2020). Evaluación de las fortalezas del carácter en adolescentes argentinos: validación de una versión breve del VIA-Youth. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 20(2), 20-39. <https://doi.org/10.18682/pd.v20i2.2357>
- Walcott, C. M. y Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33, 772-782. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_12
- Wang, F. y Veugelers, P. J. (2008) Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obes. Rev.* 9, 615–623 <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2008.00507.x>
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness (eudaemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.64.4.678>
- Wechsler, D. (2015). *Wisc-V Escala de Inteligencia para niños. Manual de aplicación y corrección*. Madrid: NCS Pearson.
- Wessel, H.A., Strasburger, J.F. y Mitchell, B.M. (2001). New standards for the Bruce treadmill protocol in children and adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 13, 392–401. <https://doi.org/10.1123/pes.13.4.392>
- White, H. A. y Shah, P. (2006). Uninhibited imaginations: creativity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and individual differences*, 40(6), 1121-1131. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.007>

- White, H. A. y Shah, P. (2011). Creative style and achievement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and individual differences*, 50(5), 673-677. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.12.015>
- White, H. A. y Shah, P. (2016). Scope of Semantic Activation and Innovative Thinking in College Students with ADHD. *Creativity Research Journal*, 28(3), 275-282. <https://doi.org/10.1080/10400419.2016.1195655>
- Whitley, J. L., Lee, N. y Finn, C. A. (2008). The role of Attention-deficit Hyperactivity Disorder in the self-perceptions of children with emotional and behavioural difficulties. *McGill Journal of Education*, 43, 65-80. Recuperado de <http://mje.mcgill.ca/index.php/MJE/article/view/1050/2085>
- Wiklund, J., Patzelt, H. y Dimov, D. (2016). Entrepreneurship and psychological disorders: How ADHD can be productively harnessed. *Journal of Business Venturing Insights*, 6, 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.jbvi.2016.07.001>
- Wilens, T. E. (2004). Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 38-45. Recuperado de: <https://www.psychiatrist.com/jcp/impact-adhd-treatment-substance-abuse-adults/>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. y Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Lahey, B. B., et al. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 991. <https://doi.org/10.1037/a0027347>
- Williams, L. M., Hermens, D. F., Palmer, D., Kohn, M., Clarke, S., Keage, H., Clark, C. R. y Gordon, E. (2008). Misinterpreting emotional expressions in attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Evidence for a neural marker and stimulant effects. *Biological Psychiatry*, 63, 917-926. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.11.022>
- Wright, N., Moldavsky, M., Schneider, J., Chakrabarti, I., Coates, J., Daley, D., ... y Sayal, K. (2015). Practitioner review: pathways to care for ADHD—a systematic review of barriers and facilitators. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 598-617. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12398>
- Wu, X., Ohinmaa, A. y Veugelers, P. J. (2016). The influence of health behaviours in childhood on attention deficit and hyperactivity disorder in adolescence. *Nutrients*, 8(12), 788. <https://doi.org/10.3390/nu8120788>
- Zaharakis N. M., Mason M. J., Brown A., Moore M., Garcia C., Foster R. y Richards S. (2018). Resiliency moderates the influence of somatization on externalizing problems. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 2978-2989. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1141-1>
- Zamora Miranda, L. V. (2015). Habilidades verbales vs no verbales según subtipos clínicos, en una muestra de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de la ciudad de Manizales. Tesis para obtener el grado de Magister en desarrollo infantil. Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias Sociales y Mumanas. Recuperado de https://ridum.umanizales.edu.co/bitstream/handle/20.500.12746/2200/ZAMORA_MIRANDA_LINA_VANESA_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zeidner, M., Matthews, G. y Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: what have we learned and what have we missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4 (1), 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2011.01062.x>



- Zhu, Y., Jiang, X. y Ji, W. (2018). The Mechanism of Cortico-Striato-Thalamo-Cortical Neurocircuitry in Response Inhibition and Emotional Responding in Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Disruptive Behavior Disorder. *Neuroscience Bulletin*, 34(3), 566-572. <https://doi.org/10.1007/s12264-018-0214-x>
- Zolkoski, S. M. y Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295–2303. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>

ANEXOS

Anexo 1 - Cuestionarios de Evaluación Pre-test/Post-test/Seguimiento:

CUESTIONARIO - AFS

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de frases. Tenés que responder con una cruz en el casillero correspondiente según el grado de acuerdo con cada una de ellas. Lee con atención cada frase, y por favor contesta con sinceridad, considerando que:

- *No existen respuestas buenas o malas*, cada opción solo indica una forma diferente de pensar.
- *En caso de duda* entre varias opciones señala aquella que se acerque más a tu forma de pensar.

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

ESCALA MESSY

A continuación, vas a ver una serie de frases, **tenés que responder con una cruz** en el casillero que corresponda según tu grado de acuerdo con cada una de ellas.

Leé con atención cada frase, y por favor **contestá con sinceridad**, teniendo en cuenta que:

- *No existen respuestas buenas o malas*, cada opción solo indica una forma diferente de pensar.
- *En caso de duda* entre varias opciones señala aquella que se acerque más a tu forma de pensar.

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				



**ESCALA BREVE MULTIDIMENSIONAL DE SATISFACCIÓN
CON LA VIDA PARA ESTUDIANTES (BMSLSS)**

Lee las siguientes frases y señalá el número entre el 1 y el 5 que mejor refleje lo que te ocurre en algunos aspectos importantes de tu vida

- 1 = NADA SATISFECHO
- 2 = LEVEMENTE SATISFECHO
- 3 = NI SATISFECHO NI INSATISFECHO
- 4 = SATISFECHO
- 5 = TOTALMENTE SATISFECHO

1	Valorás tu vida familiar como	1	2	3	4	5
2	Valorás las relaciones con tus amigos/as como	1	2	3	4	5
3	Valorás la vida en la escuela y los estudios como	1	2	3	4	5
4	Valorás la satisfacción que experimentás de vos mismo/a como	1	2	3	4	5
5	Valorás la vida en el barrio en el que vivís como	1	2	3	4	5

**ESCALA BREVE MULTIDIMENSIONAL DE SATISFACCIÓN
CON LA VIDA PARA PADRES (BMSLSS)**

Como calificaría lo satisfecho que se siente su hijo con algunos aspectos importantes de su vida. Lea las siguientes frases y señale el número entre el 1 y el 5 que mejor refleje lo que le ocurre.

- 1 = NADA SATISFECHO
2 = LEVEMENTE SATISFECHO
3 = NI SATISFECHO NI INSATISFECHO
4 = SATISFECHO
5 = TOTALMENTE SATISFECHO

1	Piensa que su hijo valora su vida familiar como	1	2	3	4	5
2	Considera que su hijo valora las relaciones con sus amigos como	1	2	3	4	5
3	Considera que su hijo valora la escuela y los estudios como	1	2	3	4	5
4	Considera la satisfacción que su hijo experimenta de sí mismo como	1	2	3	4	5
5	Considera que su hijo valora la vida en el barrio en el que vive como	1	2	3	4	5

A continuación, marque con una X (cruz) en el espacio asignado () la respuesta que mejor se ajuste a su hijo. No hay respuestas correctas e incorrectas.

6	¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?				
	No ()	Sí, pequeñas dificultades ()	Sí, claras dificultades ()	Sí, severas dificultades ()	
7	¿Desde cuándo tiene esas dificultades?				
	Menos de un mes ()	1-5 meses ()	6-12 meses ()	Más de un año ()	
8	¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a este niño/a?				
	No ()	Sólo un poco ()	Bastante ()	Mucho ()	
9	¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de este niño/a en las siguientes áreas?:				
		No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
	Vida en la casa	()	()	()	()
	Amistades	()	()	()	()
	Aprendizaje en la escuela	()	()	()	()
10	¿Son esas dificultades una carga para usted o su familia?				
	No ()	Sólo un poco ()	Bastante ()	Mucho ()	

CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA DOCENTES (BASC T-2)

DATOS DEL ALUMNO			
NOMBRE:	APELLIDO:	FECHA DE NAC:	SEXO:
FECHA DE HOY: ___/___/___		___/___/___	
COLEGIO:		CURSO:	

DATOS DEL PROFESOR			
NOMBRE:	APELLIDO:	FECHA DE NAC:	SEXO:
ROL:		ASIGNATURA/S:	
¿CUÁNTO HACE QUE CONOCE AL NIÑO?:			

En las siguientes páginas encontrará una serie de frases que describen conductas que pueden observarse en los niños. Por favor, lea cada frase y elija la respuesta que mejor describe cómo se ha comportado el niño evaluado durante los últimos seis meses. Si su comportamiento ha variado mucho durante este periodo, refiérase a su comportamiento más reciente. Marque con una X el casillero correspondiente. Por favor de una respuesta a todas y cada una de las frases. Si tiene dudas o no lo sabe, responda lo que considere más acertado. La respuesta nunca no significa que nunca se haya comportado de ese modo, sino que nunca usted lo observó.

COMPORTAMIENTO A SER OBSERVADO		NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	Se adapta bien a los nuevos docentes.				
2	Protesta cuando no se lo deja hacer lo que quiere.				
3	Se come las uñas.				
4	Se desanima enseguida cuando tiene que aprender algo nuevo.				
5	Se queda con la mirada perdida.				
6	Muestra falta de interés por los sentimientos de los demás.				
7	Hace sus tareas precipitadamente.				
8	Participa en actividades extraescolares.				
9	No termina los exámenes.				
10	Se ofrece voluntariamente para ayudar.				
11	Se queja de tener frío.				
12	Hace las lecturas que se le piden.				
13	Se niega a hablar.				
14	Tiene dificultades para controlar esfínteres.				
15	Amenaza con hacer daño a los demás.				
16	Se preocupa por cosas que no tienen arreglo.				
17	Se distrae fácilmente en clase.				
18	Intenta hacerse daño.				
19	Dice: "no tengo amigos".				
20	Molesta a otros niños cuando está trabajando.				
21	Es creativo.				
22	Comete errores por falta de atención.				
23	Dice "por favor" y "gracias".				
24	Se queja de que le cuesta respirar.				
25	Estudia con otros compañeros.				
26	Evita competir con otros niños.				
27	Culpa a los demás.				
28	Ve cosas que no existen.				

29	Hace trampa en el colegio.				
30	Dice que se ríen de él.				
31	Habla demasiado alto.				
32	Coacciona e intimida a otros.				
33	Llama la atención cuando está haciendo las tareas escolares.				
34	Anima a los demás.				
35	Antes de resolver un problema lo analiza con cuidado.				
36	Es testarudo.				
37	Rompe las cosas de otros niños.				
38	Es nervioso.				
39	No presta atención a las clases.				
40	Come cosas que no son comida.				
41	Se lo castiga en el colegio.				
42	Cambia rápidamente de humor.				
43	Da golpecitos reiterados con los pies o con el lápiz.				
44	Tiene muchas ideas.				
45	Dice que los libros de texto son difíciles de entender.				
46	Tiene sentido del humor.				
47	Dice que se siente enfermo.				
48	Hace más trabajo del debido.				
49	Juega solo.				
50	Tartamudea.				
51	Responde con impertinencia a los docentes.				
52	Dice: "Me parece que me voy a equivocar".				
53	Su atención dura poco tiempo.				
54	Parece alejado de la realidad.				
55	Roba cosas en el colegio.				
56	Dice: "No le caigo bien a nadie".				
57	Actúa sin pensar.				
58	Toma decisiones con facilidad.				
59	Tiene desaprobados en el colegio.				
60	Elogia o felicita a otras personas.				
61	Se esfuerza incluso en las asignaturas que no le gustan.				
62	Evita a los otros chicos.				
63	Trata a los demás de forma dominante.				
64	Juega en el baño.				
65	Se queja de la policía o de otras autoridades.				
66	Dice: "Nadie me comprende".				
67	Grita en clase.				
68	Critica a los demás.				
69	Toma medicinas.				
70	Anima a los demás a hacer mejor las cosas.				
71	Antes de los exámenes se muestra confiado.				
72	Se adapta bien a los cambios en sus rutinas.				
73	Insulta a otros niños.				
74	Es miedoso.				
75	Le cuesta concentrarse.				
76	Se queja de tener pensamientos degradables que no puede dominar.				
77	Se ratea o escapa de las clases.				
78	Llora con facilidad.				

79	Interrumpe a los demás cuando están hablando.				
80	Hace propuestas buenas para resolver los problemas.				
81	Tiene una ortografía deficiente.				
82	Pide ayuda educadamente.				
83	Se queja de tener dolores.				
84	Le gusta leer.				
85	Los demás niños lo eligen último en los juegos.				
86	Parece tomarse los contratiempos con calma.				
87	Se muestra inseguro antes de los exámenes.				
88	Escucha atentamente.				
89	Mordisquea la ropa.				
90	Usa un lenguaje obsceno y ofensivo.				
91	Se disgusta fácilmente.				
92	Hace ruido cuando juega.				
93	Se le da bien organizar trabajos en grupo.				
94	Las matemáticas le cuestan mucho.				
95	Felicita a los demás cuando algo les sale bien.				
96	Se marea.				
97	Termina sus deberes.				
98	Le cuesta hacer nuevos amigos.				
99	Se burla de los demás.				
100	Repite un pensamiento una y otra vez.				
101	Tiene dificultades de lectura.				
102	Tiene ataques o convulsiones.				
103	Hace sus tareas precipitadamente.				
104	Tiene rabietas o berrinches.				
105	Canta o tararea.				
106	Hace sugerencias sin ofender a los demás.				
107	Intenta recuperar las tareas.				
108	Actúa con deportividad (comportamiento ético en el que se acepta con buena voluntad una situación o unas circunstancias desfavorables).				
109	Se queja de las normas.				
110	Se enferma antes de los exámenes.				
111	Se olvida de las cosas.				
112	Oye sonidos que no existen.				
113	Ha sido expulsado.				
114	Está triste.				
115	Hace tonterías.				
116	Trabaja bien bajo presión.				
117	Su escritura es deficiente.				
118	Admite sus errores.				
119	Tiene dolores de cabeza.				
120	Tiene buenos hábitos de estudio.				
121	Es tímido ante los adultos.				
122	Le cuesta cambiar de una tarea a otra.				
123	Pega a otros niños.				
124	Dice: "Esto no me sale bien".				
125	Atiende a las instrucciones.				
126	Balbucea cosas sin sentido para sí mismo.				
127	Tiene amigos problemáticos.				

128	Dice: "me gustaría morirme".				
129	Es excesivamente activo.				
130	Participa en clubes y organizaciones sociales.				
131	Hace mal su tarea porque no sigue las instrucciones que se le dan.				
132	Ayuda a los otros niños.				
133	Tiene fiebre.				
134	Usa la biblioteca del colegio.				
135	Rehúye hacer actividades en grupo.				
136	No le gusta perder.				
137	Tiene ideas raras.				
138	Tiene problemas de vista.				
139	Tiene problemas de oído.				
140	No puede esperar a que llegue su turno.				
141	Suele ser considerado como líder.				
142	Se mece o hamaca durante largos períodos de tiempo.				
143	Muestra interés por las ideas.				
144	Es organizado.				
145	Le gusta conocer personas nuevas.				
146	Tiene peleas y discusiones intensas.				
147	Le cuesta entender las explicaciones en clase.				
148	Se coloca en lugares donde se le vea poco y llame poco la atención.				
149	Le cuesta hacer nuevos amigos.				
150	Se queja de molestias y dolores corporales.				

FIN DE LA PRUEBA. COMPROBÁ POR FAVOR QUE HAYAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.

Anexo 3 - ¡Vamos con Tuti! Esquema general de los encuentros individuales

BLOQUE	AREAS	SESIÓN	OBJETIVOS
1	Conocimiento del TDAH, aportes de la neurociencia y compensación de los síntomas primarios del trastorno.	Individual 1	<ul style="list-style-type: none"> - Que reciban psicoeducación sobre características del TDAH. - Explicación sobre el programa. - Generar rapport para la intervención.
		Individual 2	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir el concepto de emoción. - Identificar emociones. Conocer y comprender los cambios fisiológicos asociados a cada emoción. - Introducir al análisis de la relación entre pensamiento y emoción.
		Individual 3	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir al análisis de la relación entre la tríada cognitiva pensamiento-emoción-conducta. - Explorar la diversidad en la interpretación de una misma situación. - Introducir en estrategias de regulación emocional. - Conocer los cambios fisiológicos y psicológicos generados por las emociones intensas. - Comprender las consecuencias de las conductas bajo la pérdida de control.
		Individual 4	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia de la dimensionalidad de las emociones. - Reconocer los niveles de activación emocional. - Reconocer e identificar estados emocionales de diferente intensidad.
		Individual 5	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la impulsividad. - Aprender una herramienta para la regulación emocional. - Promover el autocontrol.
		Individual 6	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar lo aprendido en los encuentros anteriores. - Continuar entrenamiento en las habilidades aprendidas. - Incorporar nuevas herramientas de regulación emocional y resolución de conflictos. - Reconocimiento y entrenamiento en habilidades sociales para lograr una resolución pacífica de conflictos, una convivencia armónica y el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias.
2	Fortalecimiento de habilidades positivas y fortalezas.	Grupal 1	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una comprensión positiva de las capacidades la población con TDAH y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar. - Descubrimiento y reconocimiento de las habilidades positivas, buscando desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades. - Promover habilidades positivas, brindando la posibilidad a aquellos con diagnóstico de TDAH de desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades.
		Grupal 2	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento y reconocimiento de las habilidades positivas, buscando desarrollar una comprensión positiva de sus capacidades - Conocer, promover y fortalecer la resiliencia. - Promover una actitud resiliente: reformulación positiva del problema, aplicar la creatividad para resolverlos y aprendizaje de los errores y aciertos.
		Individual 7	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una visión integral, considerando fortalezas y habilidades positivas. - Promover una actitud resiliente de reformulación positiva de las características personales. - Fomentar conductas prosociales que promuevan autoestima positiva.



3	Cierre del programa y prevención de recaídas.	Individual 8	- Desarrollar un cierre, focalizando en los aprendizajes y en la prevención de recaídas.
---	---	--------------	--



Anexo 4 - ¡Vamos con Tuti! Cuadernillo de administración

¡VAMOS CON TUTI! **Cuadernillo de administración**

Intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar las habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Esp. Juan Pablo Paneiva Pompa

SESIÓN 1: ¡VAMOS CON TUTI!

Conociéndonos

¡Hola! Hoy nos encontramos por primera vez. A lo largo de los diferentes encuentros iremos aprendiendo más sobre nosotros mismos. A través de juegos, dinámicas, cuentos y otras formas, iremos conociendo un poquito cómo funciona nuestra mente, cuáles son nuestras fortalezas y cómo poder usarlas para hacer amigos.

Para empezar, vamos a comenzar leyendo un breve cuento.

Preguntas para reflexionar

¿Quién es Tuti? ¿Cómo es Tuti? ¿Cómo lo podrías describir? (señalar aspectos relacionados al diagnóstico y aspectos positivos)

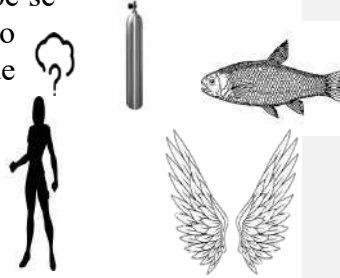
¿Qué pasó en el cuento? ¿Te sentís identificado/a con Tuti? ¿Te acordás alguna vez que te haya pasado algo parecido?



SESIÓN 2: LAS EMOCIONES

Las emociones




Las emociones son como trajes que un superhéroe se va cambiando según el lugar a donde tiene que ir o el enemigo al que tiene que enfrentar. Si tuviera que ir abajo del agua, seguramente me pondría un traje con tubos de oxígeno o branquias de pez para poder respirar y aletas para poder nadar. O si volara me pondría un traje que me permitiera también volar, con alas o propulsores.



De la misma manera, las emociones son cambios que nos pasan en el cuerpo que nos permiten realizar alguna conducta con más posibilidades de éxito, es decir de lograr un objetivo. Cuando nos emocionamos de alguna manera, nos estamos preparando para algo.

Los anteojos con los que miramos

Una misma situación la podés interpretar de diferentes maneras y eso influye en la manera en que te sentís. Los pensamientos son como anteojos a la hora de mirar. Según qué color tengan los lentes será el color con el que vamos a ver.

EMOJI ⁶	¿Qué emoción representa?	¿Qué puede estar pensando?
		
		
		

⁶ Las imágenes de los rostros pertenecen a Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J., & Álvarez, H. F. (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos. Librería Akadia Editorial.



SESIÓN 3: PENSAMIENTO – EMOCIÓN - CONDUCTA

En los encuentros anteriores aprendimos qué son las emociones, cómo se expresan en nuestro cuerpo y que siempre van acompañadas de algún pensamiento. Hoy vamos a profundizar un poco más en eso, pero vamos a pensar un poco más en nuestra conducta, es decir lo que nosotros hacemos o no hacemos.

¿Se acuerdan el ejemplo de la cartuchera? Según lo que nosotros pensemos de la situación, es cómo nos vamos a sentir y cómo vamos a actuar.



Una misma situación puede ser pensada de muchas formas. Probemos juntos. ¿Qué podríamos estar pensando en el canal de las buenas noticias? ¿y en el canal de las malas noticias?"

Situación	Canal	Pensamiento	Emoción	Conducta
La maestra va a entregar las notas de la prueba.	Malas noticias			
	Buenas noticias			
Están jugando Boca y River, y hay un gol de Boca.	Malas noticias			
	Buenas noticias			
Un compañero del colegio está entregando las tarjetas de invitación a su cumpleaños.	Malas noticias			
	Buenas noticias			
Un nuevo jueguito para computadora saldrá hoy a la tarde.	Malas noticias			
	Buenas noticias			
Mi familia me va a llevar a la plaza después del colegio.	Malas noticias			
	Buenas noticias			
Mañana tengo turno en el dentista.	Malas noticias			
	Buenas noticias			

Señales de alarma

Cuando tenemos una emoción intensa no “se nos viene de una” y sin pensarlo, sino que vamos teniendo señales de alarma que nos pueden avisar antes de que la bomba emocional explote:

SEÑALES DE ALARMA	
	
EN EL PENSAMIENTO 	
EN EL CUERPO	

	
EN LA CONDUCTA 	

Cambiando la tele de canal

A continuación, tenés un ejemplo de cómo ante una misma situación se pueden pensar cosas distintas y sentir emociones distintas. Completá los espacios en blanco.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
La señora dice que mi trabajo está mal hecho.	“Soy un fracaso”		
	“Seguro se equivocó”		
	“Papá y mamá se van a enojar”		
	“Me odia”		
Mis papás no me dejan jugar a mi juego favorito.		Sorpresa	
		Tristeza	
			Pataleo y grito.

SESIÓN 4: EL EMOCIONÓMETRO

⁷El Termómetro de las emociones

El termómetro de las emociones, nos sirve para saber qué tan intensamente estamos viviendo una emoción, y al igual que cuando tenemos fiebre, dependiendo de la temperatura que tengamos tomar una decisión. De acuerdo que temperatura emocional tengamos nuestras alarmas nos irán avisando si tenemos que tranquilizarnos un poco antes de seguir.

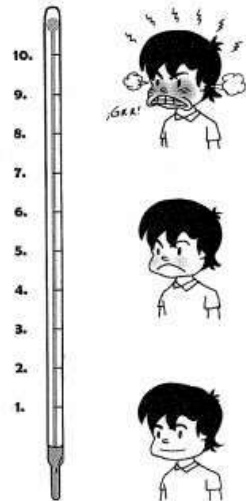
Podemos distinguir tres grandes niveles:

‡ De 0 a 3: estamos tranquilos. Nuestras alarmas emocionales aún no están encendidas.

‡ De 4 a 6: hay una situación que te activa emocionalmente. Las alarmas se activarán cercano al nivel 6, y van a empezar a sentir ciertos cambios.

‡ De 7 a 10: nuestras alarmas pueden llegar a sonar tan fuerte que no nos dejarán actuar de forma controlada. Lo que sentís te desborda y podés llegar a perder el control sobre vos mismo.

1) *¿Qué sensaciones, pensamientos y conductas tenemos cuando estamos entre la temperatura 7 a 10?*



2) *¿Qué podés hacer para bajar el enojo de nivel 10 a nivel 5, que es cuando todavía lo controlamos?*

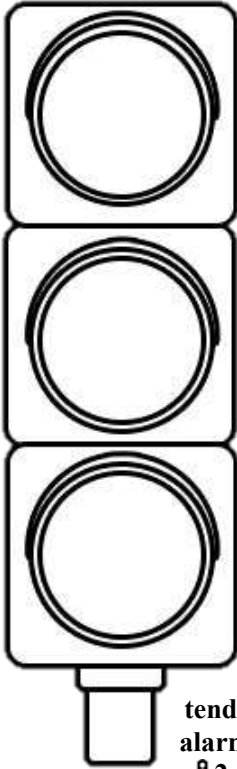
⁷ La imagen del termómetro pertenece a Bunge et al. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Librería Akadia Editorial.



A continuación, tenés un cuadro para que puedas ir registrando tus enojos durante la semana. La idea es que en algún momento del día puedas anotar si te molesto algo o quizás te enojaste. Quizás no sea algo que te lleve a nivel 10 del termómetro, la idea es que puedas ir “midiendo” tus emociones. Vas a tener que anotar a qué temperatura llegaste, qué estabas pensando y que te lleve a hacer ese nivel de enojo.

Día	Situación	Temperatura	Pensamiento	Conducta

SESIÓN 5: EL SEMÁFORO DE LAS EMOCIONES



⊞ Luz roja: Nos ayudará a parar unos instantes. Debemos parar y detectar qué nos pasa. Es necesario que respiremos hondo dos o tres veces y nos relajemos mientras pensamos que emoción estamos sintiendo. Por ejemplo, me pregunto ¿me estoy enojando demasiado? ¿qué es lo que me enoja? ¿me parece mal que no me dejen jugar?

⊞ Luz amarilla: Nos ayudará a pensar tres formas de solucionar el problema que estamos teniendo. Pensá: ¿qué puedo hacer frente a esta situación? No importa que las ideas sean buenas o malas. Por ejemplo: 1) hago un berrinche y me voy gritando, 2) me quedo sentadito sin decir nada y sin jugar, 3) trato de calmarme y pedirle a la seño que me ayude.

⊞ Luz verde: Ahora, nos toca actuar. ¿Qué debemos hacer? Por eso lo primero que vamos a hacer es elegir la alternativa más adecuada según las consecuencias.

☛ *Pensar en una situación del colegio que me puede llevar a nivel 10 del enojo si no aplicara el semáforo y no parara a tiempo*

⊞ 1. ¿Qué sensaciones, pensamientos y conductas tendrías si superaste al nivel 7 del enojo y se prendieran tus alarmas?

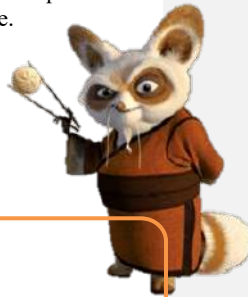
⊞ 2. ¿Cuáles serían las 3 opciones para la luz amarilla?


SESIÓN 6: LAS TÉCNICAS DEL MAESTRO SHIFU








- El entrenador: consiste en darse órdenes a uno mismo. Es algo parecido a la charla que el entrenador da al equipo en el vestuario, antes de salir a jugar un partido importante.

- El freezer del enojo: Cuando nos enojamos se nos vienen a la cabeza pensamientos que lo único que hacen es hacernos enojar aún más. En esos momentos puede ser útil actuar como el entrenador, y se digan frases o palabras que los “enfrien un poco”. Algunos ejemplos pueden ser: “Olvidáte, ya fue”, “No vale la pena que te pongas así por esta pavada”, “¡Quedate tranquilo!”, “Relajate”.

Es muy importante que cada uno tenga sus propias frases para enfriar:



 Soy un globo – Respiración: Aprender a respirar más profundamente nos ayudará a bajar la temperatura emocional, y será útil en nuestro semáforo de las emociones al utilizar la luz roja.”

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
						

SESIÓN 9: LA CAJA DE HERRAMIENTAS



No somos buenos para todo, pero todos somos buenos para algo.

Es verdad que todos tenemos defectos, pero incluso aquello que a veces parece malo, cuando logramos hacerlo en el contexto adecuado puede volverse una fortaleza.

“¿Qué herramientas aparecen? ¿Qué pasó entre ellas? ¿y qué pasó cuando vino el carpintero? ¿Qué aprendieron del cuento? ¿Podés ser como el carpintero y centrarse en las cosas buenas de los demás y no en las malas?”



Sesión 10: EL DETECTIVE

Hoy es la última vez que nos vemos. Y para despedirnos vamos a hacer un juego. Vamos a jugar al detective.



PISTA	EXPLICACIÓN

Anexo 5 - Cuento "Tuti, hoy te convertís en héroe".

TUTI, HOY TE CONVERTÍS EN HÉROE

Tuti, es un chico normal. Como vos y como yo. Él tiene un secreto que no hace falta contárselo a nadie, porque todos se dan cuenta. Tiene una energía tremenda... A muchos les cuesta entender de dónde saca tanta fuerza para hacer todo lo que le gusta.

Esta historia sucede un día como cualquiera para Tuti.

A la mañana se levantó temprano para ir al colegio. Bueno... decir que se levantó es una forma de decir, porque en realidad son sus papás los que lo despiertan. Y para ser sinceros la mañana suele ser una lucha... ¡Las ganas de seguir durmiendo suelen ser tan grandes! Tuti siente que las sábanas lo atan, lo atrapan, no lo sueltan más... Pero para cuando logró escarpase de ellas, ya le quedaba muy poco tiempo para desayunar, ocasionándole problemas en casa... Por eso se vistió lo más rápido que pudo. Rapidísimo. Tan rápido que se puso las zapatillas sin sacarse el pantalón del pijama...

Tuti suele ser bastante desatento. Por eso hace un tiempo, junto a su familia, colocaron un cartelito en la puerta de su casa para recordar revisar su mochila. Como cada mañana, miró su "ayuda-memoria", y controló que todo estaba adentro de la mochila. Hacer esto le sirve mucho. Incluso una vez, si no fuera por el cartelito ¡hasta se hubiera olvidado la mochila!

Mientras iba en el auto camino al colegio, se imaginó todo lo que iba a hacer cuando llegará, a todo lo que iba a jugar en el recreo y todas las cosas que quería contarles a sus amigos. Cuando llegó al cole, le dieron ganas de saludar a todos sus amigos. Para él, de ayer a hoy había pasado muchísimo tiempo ¡Le alegró tanto volver a verlos! Por eso, salió disparado hacia el patio, yendo de una esquina a otra chocando las manos de todos. Hizo de todo: corrió, saltó, se empujó de las paredes y hasta giró para llegar más rápido. Pero tanta energía y ganas juntas a veces le juegan en contra... Sus amigos recién se despiertan y están todavía juntando energías... lo que a veces puede volverse un problema. Por ejemplo, aquel día que Marco no estaba listo para recibir un abrazo fuerte, y pensó que lo estaba empujando. ¡Ouch! Ese día tuvo problemas con la seño...

En las clases, les cuesta concentrarse. Cuando la señorita entró al curso, empezó la clase. No sabe bien que pasó, sólo recuerda que la seño empezó la clase de matemática, hablando de sumar manzanas, y ahí se puso a pensar en las que comería cuando llegue a casa. Que para comer la manzana había que lavarla con agua. Y el agua le recordó a sus clases de natación... y así ¡su mente voló de una idea a otra de una manera sorprendente! Pero en un momento la seño dijo algo del jueguito que a él le gustaba, lo que captó toda su atención. Se superconcentró. ¡Parecía que se había metido en ese mundo de una manera mágica!

Cuando salió del colegio fue a su clase de natación. Mientras el profe explicaba aprovechó para practicar su patada de flotación. Estaba disfrutando mucho estar flotando todo el tiempo. A medida que la clase pasaba, sus compañeros de pileta se estaban cansando mucho. Pero él todavía tenía más energía. A veces se entusiasma tanto que no deja terminar al profe de explicar que ya empieza a nadar. Ese día justo pasó eso. Y no paso una, ni dos veces ¡sino tres veces! El profe, se enojó y lo retó. Lo dejó sin pileta libre, a pesar de que Tuti haya pedido perdón explicando que no lo hizo a propósito. Que se largó a nadar pensando que ya se podía...

Mientras sus amigos estaban disfrutando la pileta libre, Tuti tuvo que empezar su penitencia. El profe le explicó que entendía que no lo hacía a propósito, pero que tenía que esforzarse más. Y que como castigo debía quedarse quieto, sentado al borde de la pileta, en la parte menos profunda. ¡Y encima lo mandaban con los más chiquitos! ¡Donde el agua le llegaba hasta la cintura! Estaba realmente triste y enojado.

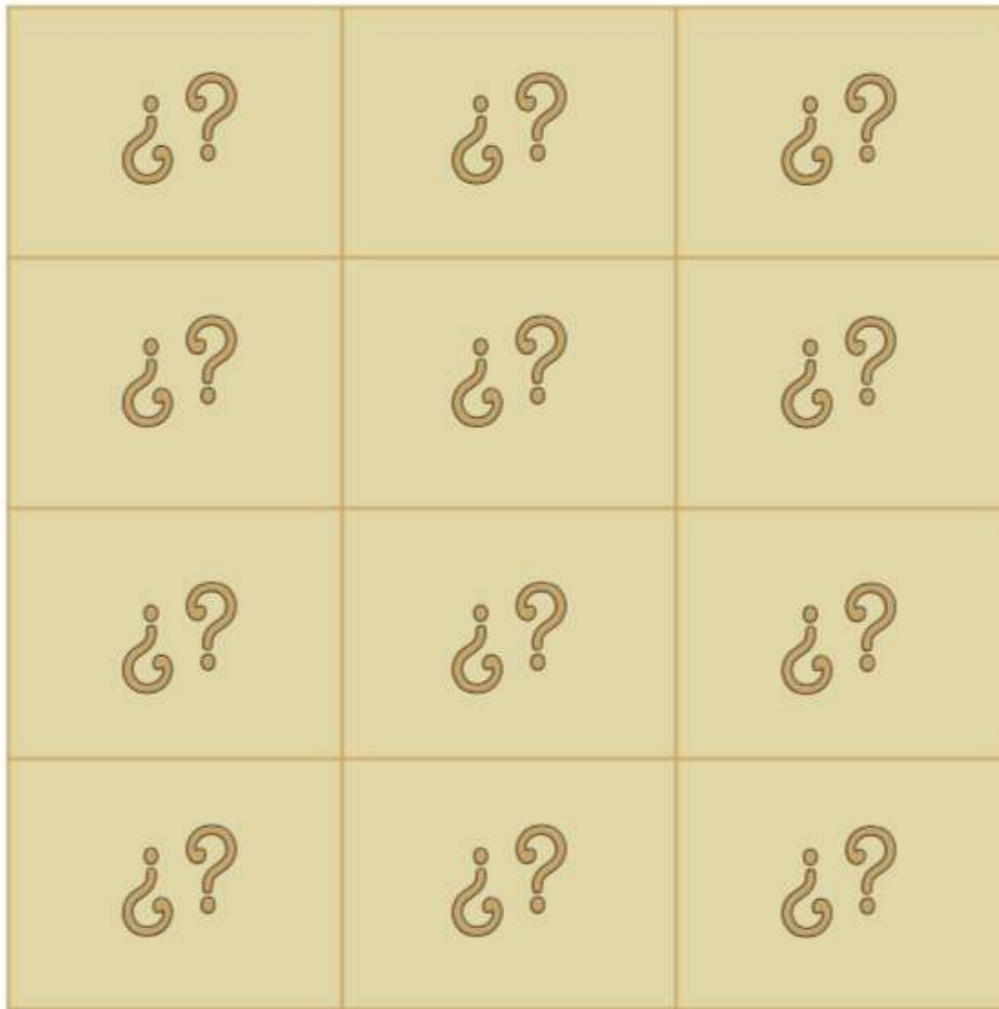
Mientras pensaba sobre cómo hacer para portarse mejor, vio algo que lo sorprendió. Uno de los enes más chiquitos que estaba jugando, se tropezó y no se podía levantar. Tuti vio que estaba



tragando agua, y que ningún profe se había dado cuenta. Sin pensarlo dos veces, se levantó del borde y lo fue a ayudar. Lo agarró fuerte de un brazo y lo levantó. El profe ya estaba por retarlo, cuando Tuti le dijo: “Profe, se cayó y lo vine a ayudar”. La cara del profe se transformó. No se había dado cuenta que el nene chiquito se había caído. Luego de ayudarlo para que se ponga bien, se acercó a Tuti y le agradeció su valentía y haber actuado rápido. Le dijo “Gracias Tuti, hoy te convertiste en héroe.”

Anexo 6 - Tarjetas "Dígalo con mímica de las emociones"

 Ansiedad Ej: Estas esperando en la fila del supermercado y el tiempo no pasa más.	 Miedo Ej: Vas caminando por la calle y aparece algo que te asusta mucho.	 Enojo Ej: Estas usando el celular, se te cae y se rompe.
 Alegría Ej: Vas caminando por la calle y te encontrás mucha plata.	 Asco Ej: Comes una hamburguesa y tiene algo que no te gusta.	 Sorpresa Ej: te encontrás con un amigo que hace mucho que no ves.
 Tristeza Ej: Te dan la nota de un examen y te fue mal.	 Esperanza Ej: Estas esperando el colectivo y estás seguro de que está por venir.	 Vergüenza Ej: Te cruzas con el/la chico/a que te gusta.
 Aburrimiento Ej: Estás viendo una película que es muy mala.	 Envidia Ej: tu amigo tiene un celular que vos quisieras tener.	 Amor Ej: ves a un bebido todo chiquitito y sonriente.

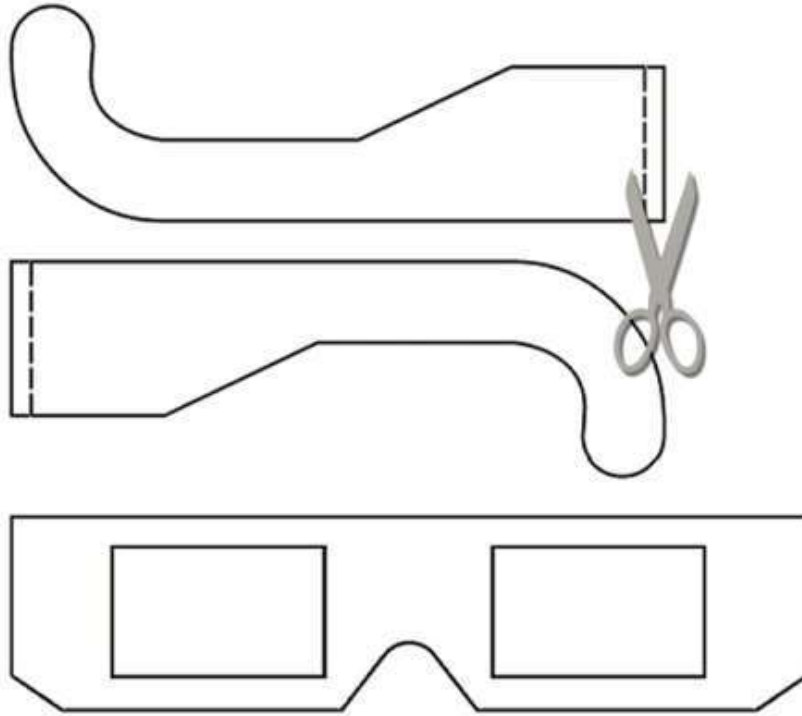


Información a transmitir según cada emoción

EMOCIÓN	CAMBIOS EN EL CUERPO	UTILIDAD
Sorpresa	Tono de voz alto y vocalizaciones espontáneas. Ojos abiertos	Poner la mente en blanco para responder a lo imprevisto.
Asco	Dolor en la panza, acompañado de ganas de vomitar. Inquietud.	Evitar un estímulo que nos puede contaminar.
Miedo	Inquietud, transpiración, piernas y brazos duros, ganas de ir al	Nos prepara para luchar o escapar.

	baño, pupilas dilatadas, pensamiento rápido, dolor de panza, corazón late más fuerte, mente en rápido movimiento.	
Alegría	Sonrisa, sensaciones de bienestar.	Nos lleva a hacer cosas que nos acercan a una meta. Aumenta la posibilidad de hacerlas de nuevo.
Tristeza	Falta de energía, ganas de llorar. Sin fuerza.	Invita al recogimiento, a no gastar energía excesiva y recuperarse ante una pérdida.
Enojo	Músculos tensos, dientes y puños apretados, calor. Corazón late más fuerte.	Nos llena de energía cuando algo es injusto o frustrante para lograr nuestra meta, hacer justicia.
Vergüenza	Sube la temperatura de nuestro cuerpo, y se pone colorada la cara.	Nos ayuda a pensar sobre los que estamos haciendo y evaluar si es adecuado socialmente.

Anexo 7 - Anteojos para actividad "Los anteojos con los que miramos"



Anexo 8 - Mapa del tesoro y barco para la actividad "Volviendo sobre nuestros pasos"







Anexo 9 - Imagen del Maestro Shifu para la actividad “Las técnicas del maestro Shifu”.



LAS HERRAMIENTAS DE LA CARPINTERÍA

Mi abuela me contó que en un pequeño pueblo, existía una carpintería chiquita que era famosa por los muebles que fabricaba. Un día, las herramientas decidieron reunirse en asamblea para charlar sobre sus diferencias.

Una vez que estuvieron todas reunidas, el martillo, que era el que coordinaba las reuniones, tomó la palabra: "Queridas herramientas, estamos aquí reunidas para conversar sobre nuestros problemas. Así que les pregunto: ¿Cuál es el problema que tanto les está molestando?"



Luego de unos segundos de silencio, el tornillo tomó la palabra y dijo enojado y sin pelos en la lengua: "¡El problema sos vos martillo! Siempre estás golpeando a todos. Y encima haces muchísimo ruido. Ya no te bancamos más". Al mismo tiempo las demás herramientas afirmaban lo que el tornillo decía.

El martillo se puso muy triste. No lo podía creer viniendo de sus compañeros de carpintería. El hacía eso porque era lo que mejor sabía hacer... entonces preguntó: "Está bien, entonces quién va a seguir liderando este equipo?"

El tornillo dando un salto dijo efusivo: "Yo, quién mejor que yo".

El destornillador que estaba a un costado. Sorprendido dijo: "¿Justo vos que sos un vueltero? Si solo servís para dar vueltas. ¿Encima necesitás que sea yo el que te gire para un lado o para otro? Sin mí vos no podrías hacer nada..."

¡Al tornillo le pareció tremendo lo que dijo el destornillador! Se sintió tan herido que, por unos segundos, el metal de su cuerpo se calentó y se volvió de color rojo del enojo que tenía.

A la lija le pareció una situación muy graciosa y le dio un ataque de risa que, desde luego, no sentó nada bien en los demás.

El tornillo, con mucha ira, la increpó: "¿Y vos de qué te reís, lija de porquería? Con lo áspera que sos es muy desagradable estar cerca tuyo. ¡Estar al lado tuyo es lo peor que te puede pasar, porque rascas a todo el mundo!"

En eso, el metro tomó la palabra, y canchereando a todos dijo: "Bueno, bueno... tranquilitos todos eh. Que para liderar este grupo estoy yo".

Ninguna herramienta pareció estar de acuerdo, y el martillo dijo: "¡De ninguna manera! Te pasás el día midiendo a los demás como si tus medidas fueran las únicas válidas."

¡La cosa se estaba poniendo muy fea y estaban a punto de ponerse a pelear! Pero por suerte, algo inesperado sucedió: en ese momento crucial... ¡entró el carpintero a la carpintería!

Al notar su presencia, las herramientas enmudecieron y se quedaron duras como estatuas.

El hombre necesitó utilizar diferentes herramientas para realizar su trabajo. Cada una en una función y momento oportuno. El martillo para golpear los clavos que unen las diferentes partes, el tornillo para unir las partes con la ayuda del destornillador, el metro para asegurarse de que todo esté en su lugar, y la lija para quitar las rugosidades de la madera y dejarla lisita.



Después de unas horas de trabajo, los trozos de madera apilados en el suelo fueron convertidos en un precioso mueble listo para entregar al cliente. El carpintero se levantó, observó el mueble y sonrió al ver lo bien que había quedado. Se quitó el delantal de trabajo y salió de la carpintería.

De inmediato las herramientas volvieron a reunirse y la pinza tomó la palabra:
“Queridos compañeros, está muy claro que todos tenemos defectos, pero acabamos de ver que nuestras fortalezas hacen posible que se puedan hacer muebles tan maravillosos como este”.

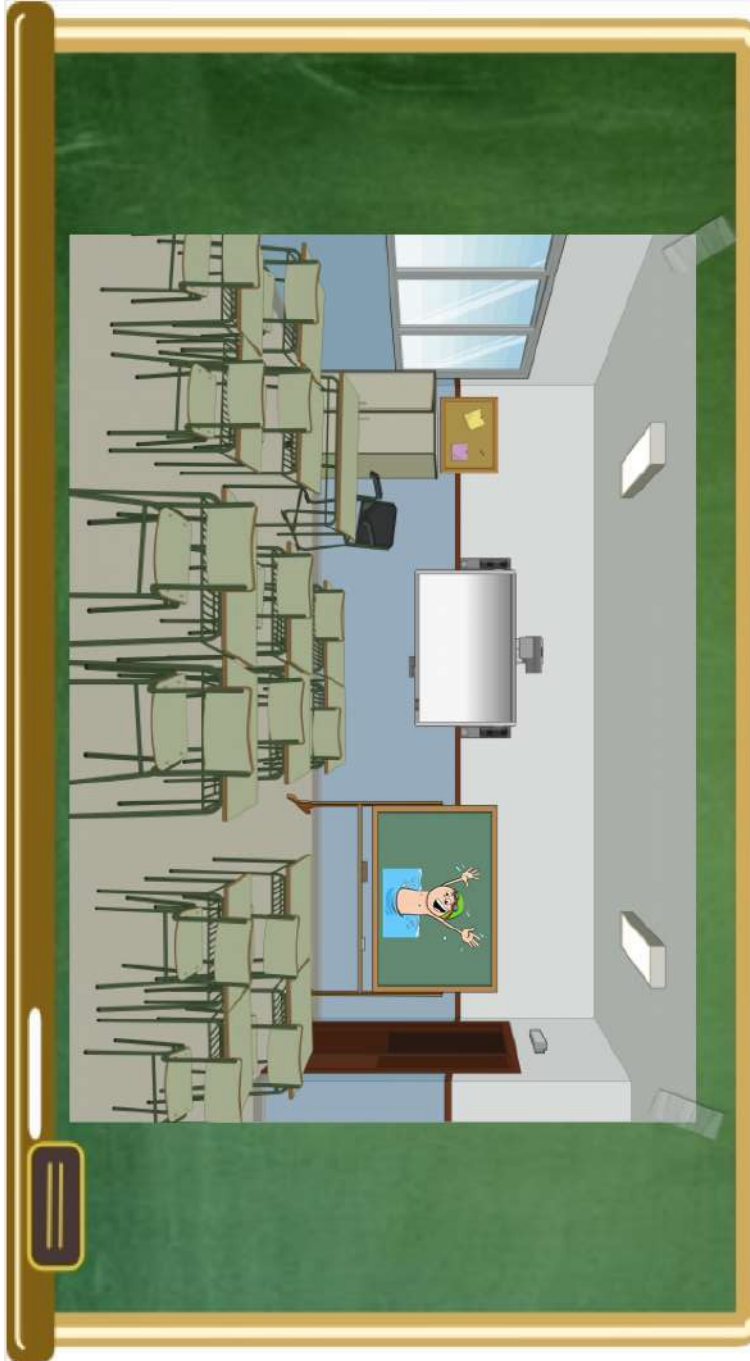
Las herramientas se miraron unas a otras sin decir nada y la pinza continuó: “Son nuestras cualidades y no nuestros defectos las que nos hacen valiosas. El martillo es fuerte y eso nos hace unir muchas piezas. El tornillo también une y da fuerza donde el martillo no puede. La lija lima lo que es áspero y pule la superficie. El metro es preciso y exacto, nos permite no equivocarnos con las medidas que nos han encargado. Y así podría continuar con cada uno”.

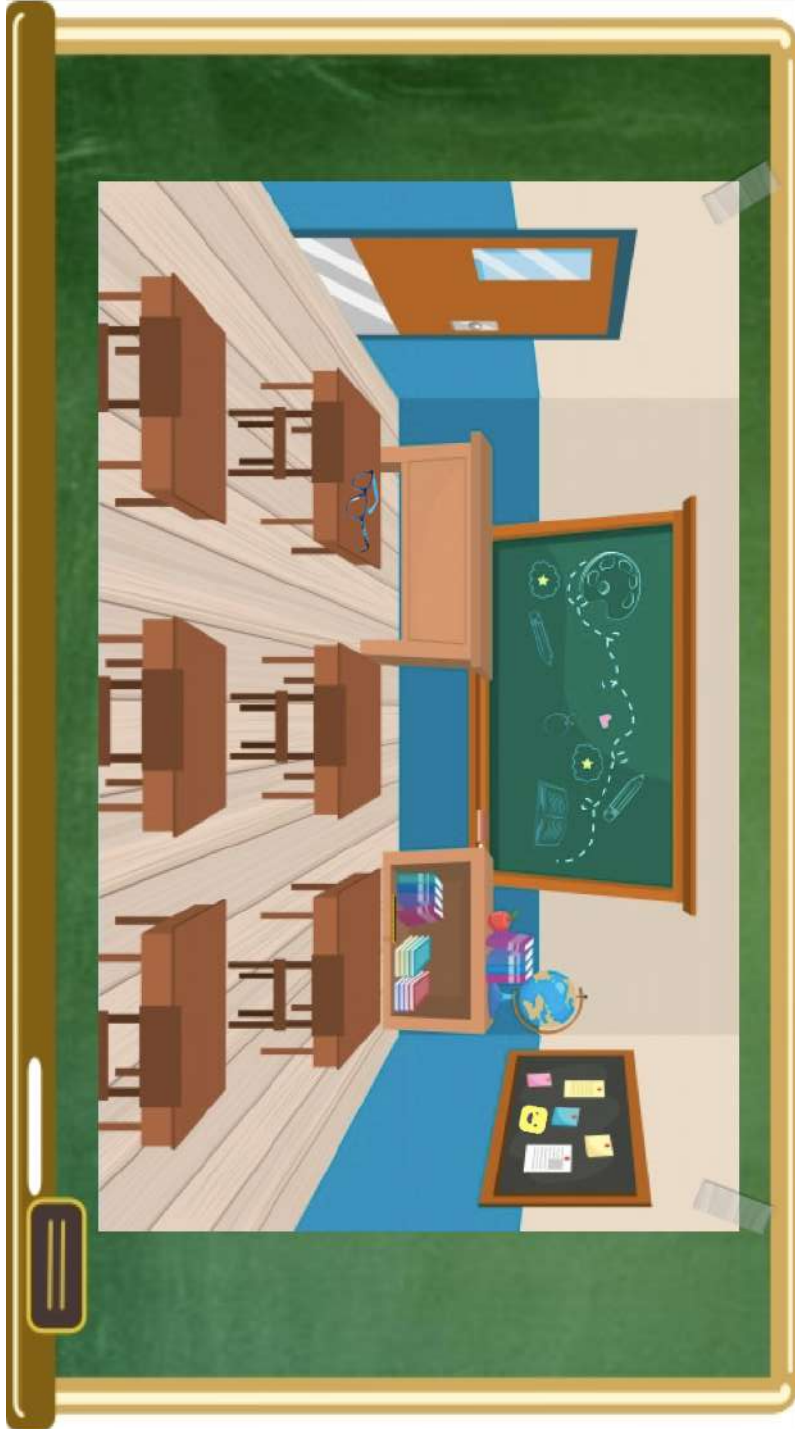


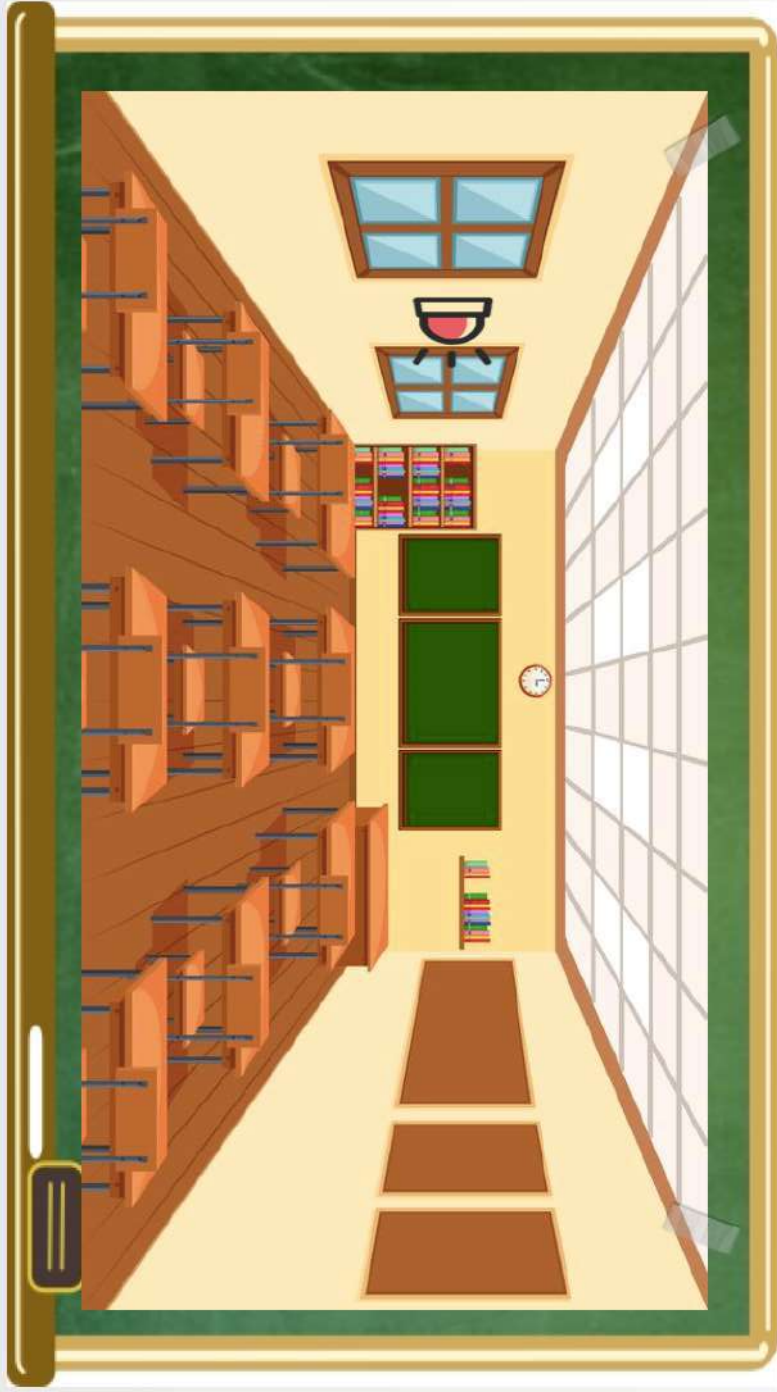
Después de aquellas palabras todas las herramientas se dieron cuenta de que sólo el trabajo en equipo les hacía realmente útiles y que debían fijarse en las virtudes de cada una para conseguir el éxito. Que era cierto que todas tenían defectos y que incluso aquello que a veces parece malo, cuando logramos hacerlo en el contexto adecuado puede volverse una fortaleza.

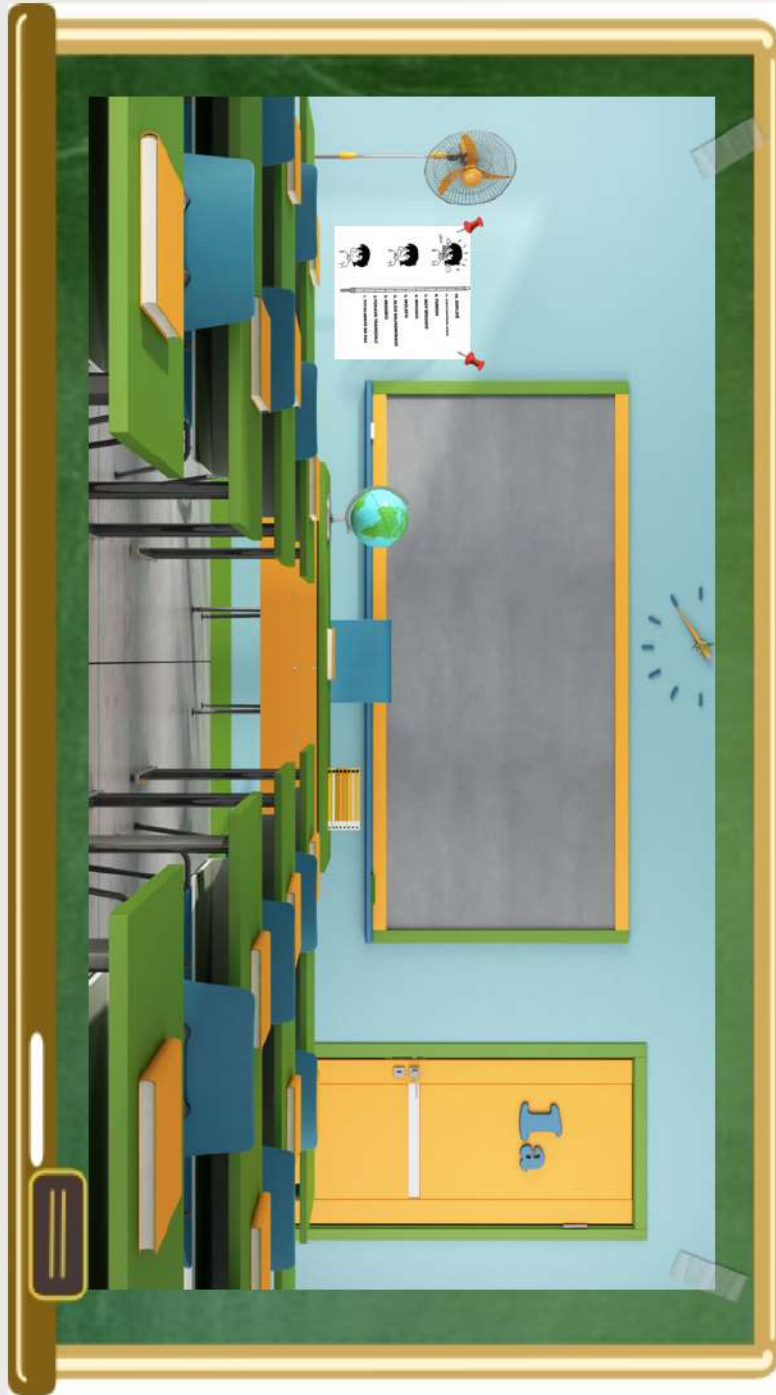
Y colorín colorado, espero que el cuento te haya gustado.

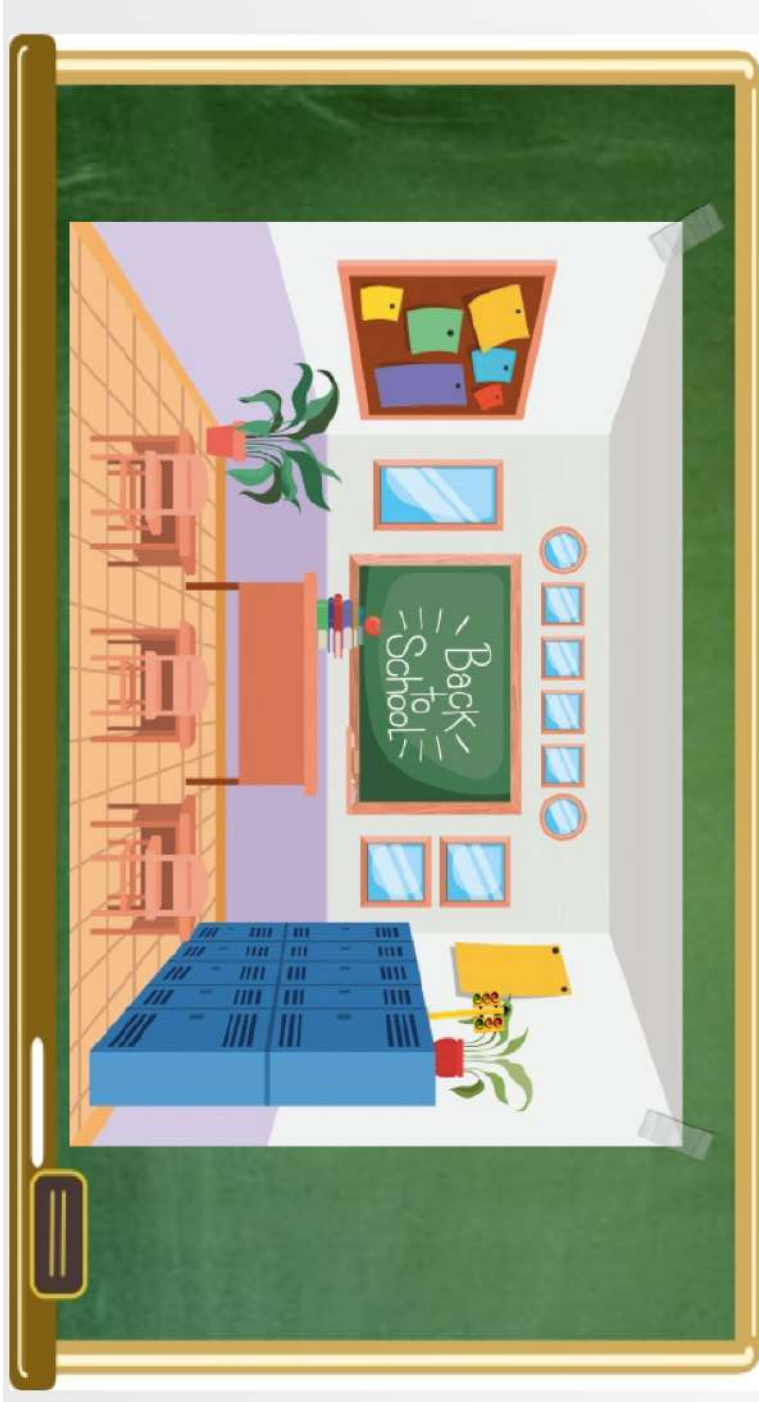
Anexo 11 - Imágenes para la actividad “El Detective”.





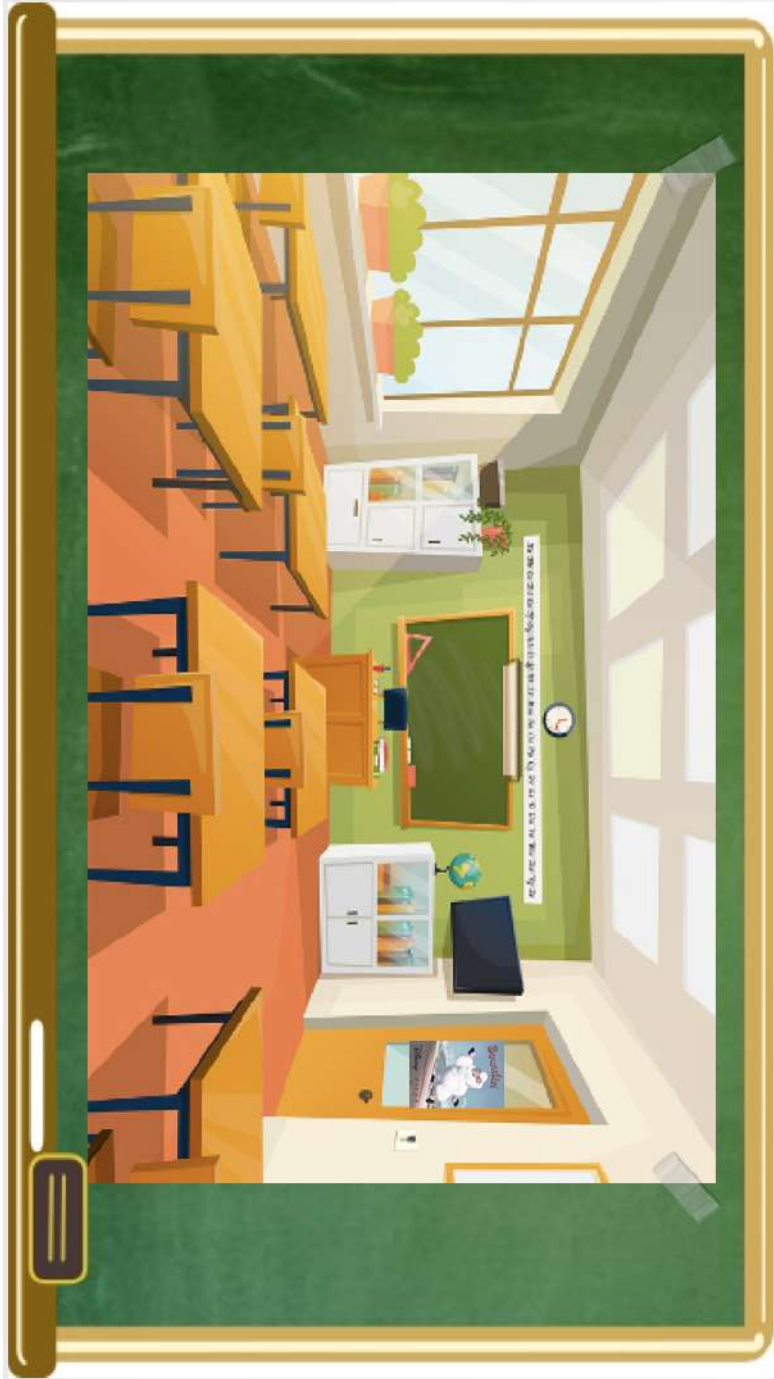








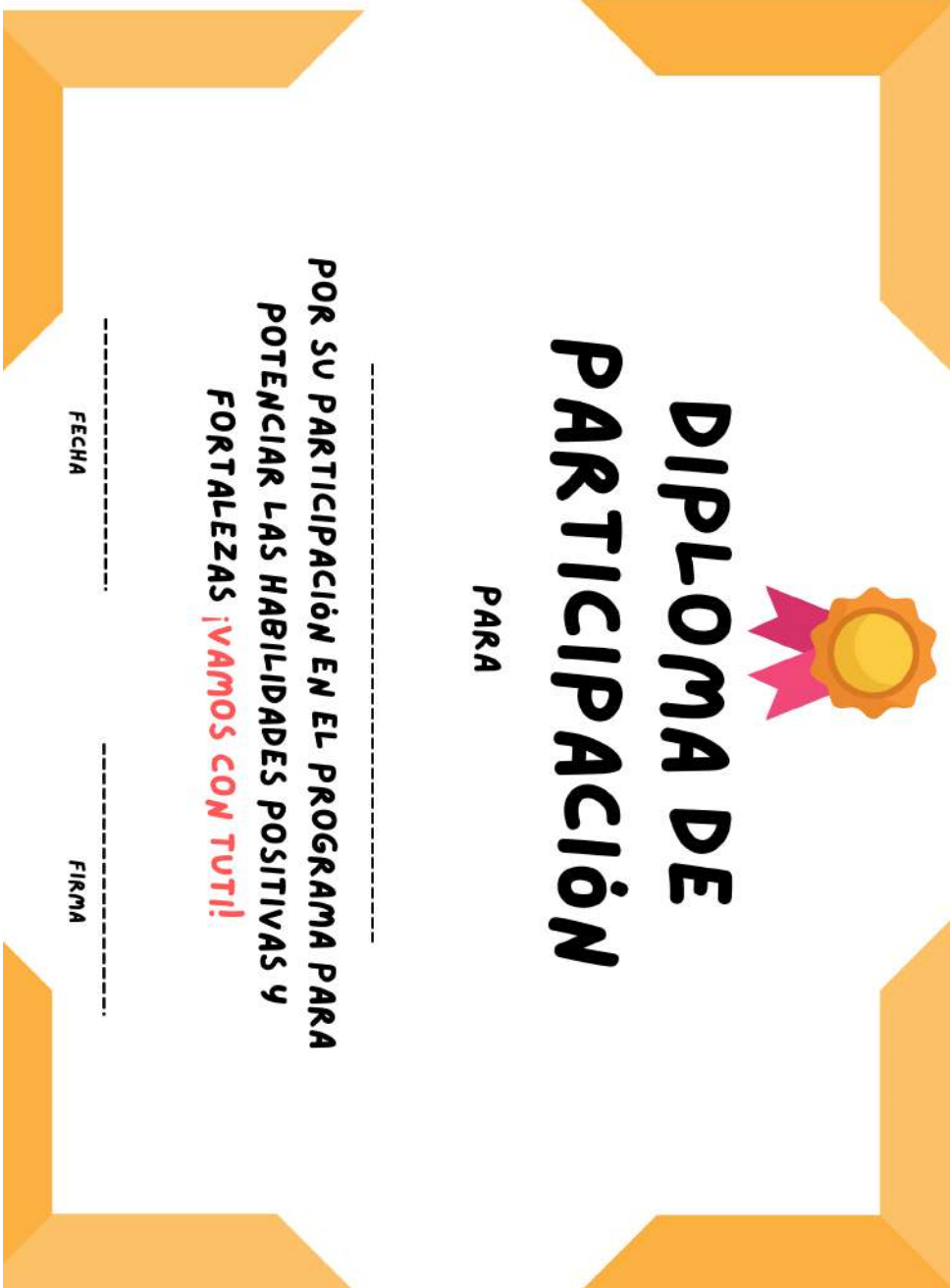






Sesión	Pista	Explicación esperada
1 ejemplo	Nene nadando	Leímos el cuento de Tuti en donde aprendimos qué es el TDAH.
2	Anteojos Cara de emoción	Depende como interpretemos una situación es la emoción que vamos a sentir. ¿Qué son las emociones?
3	Alarma	Las emociones son como un globo. No se llena de una vez y explota, sino que hay señales de alarma que nos avisan antes.
4	Termómetro de las emociones	El termómetro de las emociones, para ver los distintos niveles de cada emoción.
5	Semáforo	Aprendimos la técnica del semáforo de las emociones, que nos sirve para regular nuestras emociones.
6	Maestro Shifu congelado	Aprendimos técnicas de regulación emocional.
Grupal 1	Cigüeña con una bolsa (<i>grupal</i>) Árbol de fortalezas (<i>individual</i>)	Todos tenemos habilidades positivas para compartir con los demás.
Grupal 2	Boundin'	Aprendimos que de algo malo siempre se puede sacar algo bueno, depende de la mirada que tengamos. Aprendimos a ser más resilientes.
7	Caja de herramientas	Todos tenemos defectos, y que incluso a veces algo que parece malo, cuando logramos hacerlo en el contexto adecuado puede ser una fortaleza.

Anexo 12- Certificado de participación en “¡Vamos con Tuti!”



DIPLOMA DE PARTICIPACIÓN

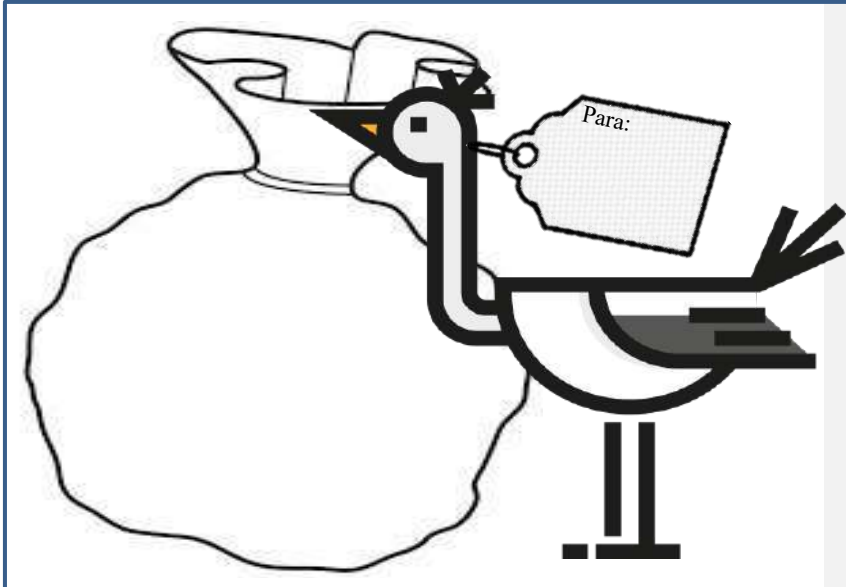
PARA

POR SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA PARA
POTENCIAR LAS HABILIDADES POSITIVAS Y
FORTALEZAS ¡VAMOS CON TUTI!

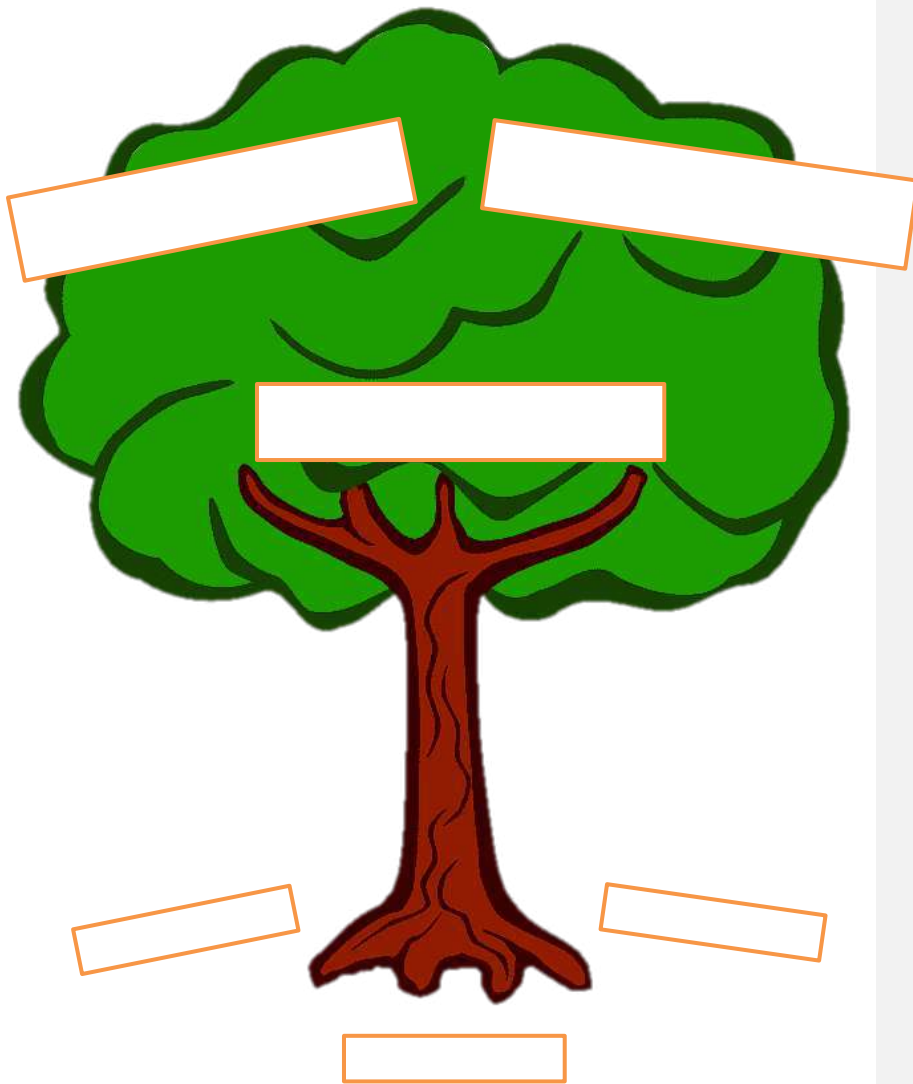
FECHA

FIRMA

Anexo 13 - Cigüeña con bolsa para la actividad "La cigüeña".



Anexo 14 - Árbol para actividad "Mi árbol de fortalezas".



Anexo 15 - Ejemplos de anuncios para actividad "Clasificados de la amistad".

- Título: "Amigo busca amigo"
- Qué ofrezco a mis amigos:
 - * "Soy bueno en basket y te puedo ayudar a mejorar el tiro de 2 puntos"
 - * "Me salen bien las cuentas y te puedo enseñar a vos."
- Dibujo:



- Nombre, apellido y Apodo si lo tuviera.

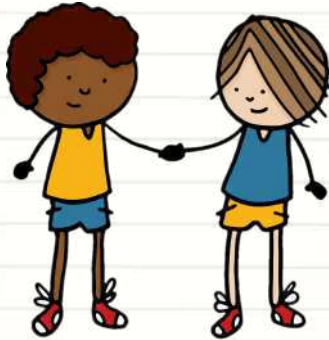
- Título: "Amigo busca amigo"

- Qué busco de un amigo:

* "Que le guste charlar, tomar mate
y me acompañe cuando esté triste."

* "Que me ayude a mejorar en
basket."

- Dibujo:



- Nombre, apellido y Apodo si lo
tuviera.



Anexo 16 - Contenido teórico en lenguaje de divulgación de la “Sesión 1 con padres o cuidadores”

¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente de inicio en la infancia. Su prevalencia, es decir cuantas personas tienen esta condición, es de entre 5,9 a 7,1 en la niñez y la adolescencia. Es decir que aproximadamente seis cada cien presentan este trastorno. Además suele ser más frecuente en varones, que en mujeres, con una relación de tres a uno.

Es un trastorno crónico, es decir que no es una enfermedad que luego se cura y desaparece. Sino una condición, una manera en que se desarrolló su sistema nervioso/cerebro que da lugar a su sintomatología específica. Además su presentación es heterogénea, lo que quiere decir que cada uno manifestará los síntomas de una manera particular. Encontrando variaciones en cada persona.

Sus síntomas primarios, es decir principales, son inatención, hiperactividad e impulsividad. Los mismos deben presentarse de una forma más frecuente y grave que el observado en las personas con un grado de desarrollo/edad similar.

¿Qué no es TDAH?

Dentro del sentido común, o de la desinformación entre incluso profesionales, se escuchan gran variedad de errores. Por eso es necesario dejar en claro que “cosas no son TDAH”:

* No es un problema de aprendizaje ni una discapacidad intelectual: El TDAH puede darse en personas con cualquier nivel de inteligencia. A su vez, puede afectar el rendimiento académico sin existir un trastorno del aprendizaje (que son una dificultad en la capacidad del niño de recibir, procesar, analizar o almacenar información de un área académica específica, por debajo de lo esperado para su edad). Sin embargo, puede coexistir de manera comórbida.

* No es un problema emocional: el TDAH no es un problema pasajero debido a una situación emocional que momentáneamente está afectando a la persona. Si bien una situación puntual puede afectarlos tal como a cualquier persona. Incluso por sus dificultades para inhibir conductas puede incluso resultar más complejo una situación de desborde emocional.

* No es un problema de vagancia: el TDAH no es lo mismo que la falta de motivación o dificultad para generar proyectos. No todo es TDAH. Muchas veces somos las personas del contexto las que no podemos adaptarnos a las necesidades de ellos, sin poderles seguir su ritmo de atención o actuando de manera que limita su creatividad.

* No es el resultado de un estilo de educación en particular: el TDAH no es culpa de un estilo de crianza particular, aunque ciertas costumbres o hábitos pueden favorecer reacciones inapropiadas.

¿Cuáles son sus síntomas principales?

Como decíamos antes, el TDAH se define como un patrón persistente de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad:

* Inatención: la atención es el proceso cognitivo que nos permite seleccionar y concentrarnos en los estímulos relevantes. Las personas con TDAH, tienen dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo prolongado, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales. Esto no es lo mismo que decir que no pueden prestar atención... Paradójicamente, y con algo de ligereza podríamos decir que las personas con este diagnóstico lo que “no pueden es dejar de prestar atención”. Un

estímulo tras otro los cautiva, obstaculizando su capacidad de mantener y focalizar su atención.

Entre las consecuencias de esta dificultad podemos observar: que poseen una mente en rápido movimiento que se distrae fácilmente, acompañada por momentos de hiperfoco. Dificultad en la administración del tiempo y la jerarquización de las tareas. Olvidos frecuentes. O incluso que parezca que no escuchan cuando se les habla.

* Hiperactividad: es el exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y que interfiere en su desempeño. Los niños, niñas y adolescentes con TDAH sienten una necesidad constante de mover una parte de su cuerpo. Les cuesta mucho permanecer sentados y prestar atención.

Es interesante destacar que es el síntoma, que con el paso del tiempo, más se logra moderar. Las personas con diagnóstico de TDAH, con la edad van controlando la hiperactividad conductual y esta se transforma en hiperactividad mental e impaciencia, dando lugar a cierta sensación de inquietud interior.

Entre las consecuencias de esta dificultad podemos observar: una gran energía mental y física que se manifiesta como actividad constante. El habla en forma excesiva. Exceso de emociones desinhibidas.

* Impulsividad: refiere a la dificultad para inhibir conductas y otras Funciones Ejecutivas (conjunto de procesos cognitivos complejos que nos permiten planificar, organizar, regular nuestra conducta y realizar acciones dirigidas a objetivos). Los niños, niñas y adolescentes con TDAH presentan dificultades para regular su comportamiento debido a este déficit en el control inhibitorio, lo que termina influyendo en el rendimiento académico, la interacción psicosocial y la autorregulación necesaria para las actividades cotidianas.

Otras consecuencias que podemos observar son: impaciencia, actuar sin pensar ocasionando muchas veces que su conducta se vuelva impredecible y reduciendo su capacidad de automonitoreo, toman decisiones más riesgosas, y presentan baja tolerancia a la frustración.

¿Cuál es la causa?

Los estudios referidos a su etiología son consistentes con una hipótesis multicausal que da cuenta de una combinación de factores genéticos, biológicos y ambientales.

* Factores genéticos: Al referirnos a factores genéticos, estamos hablando de la información que está presente en nuestros genes. La información hereditaria presente en el núcleo de cada una de nuestras células conformando pequeñas moléculas de ADN, en las que a su vez pueden identificarse pequeñas fracciones denominadas genes.

Estudios informan de la presencia de varios marcadores genéticos que condicionarían el desarrollo del trastorno. Otros señalan evidencia de varios genes que codifican moléculas con un papel importante en la neurotransmisión cerebral y que muestran variaciones alélicas que influyen en el TDAH.

Por otro lado, es importante aclarar que no existe un determinismo genético. Sino que son muchos genes en interacción con el ambiente los que brindan la posibilidad del desarrollo de esta condición.

Existen también evidencias sobre la heredabilidad del TDAH. Los estudios en familiares han señalado históricamente una prevalencia de TDAH entre padres y hermanos de pacientes con TDAH.

* Factores neurobiológicos: estudios a partir de técnicas de neuroimagen han hallado diferencias, aunque discordantes, en la morfología cerebral de la población infantojuvenil con TDAH, así como estudios neuroquímicos describen disfunción o inmadurez de los sistemas de neurotransmisión.

Los hallazgos científicos evidencian diferencias sutiles en sus cerebros, en las áreas de la corteza prefrontal (zona preorbital) y en ciertos centros cerebrales subcorticales (núcleo caudado y globo pálido) y sus vías neuroquímicas, responsables de las funciones ejecutivas.

Sin embargo, es necesario aclarar que actualmente, no se han determinado marcadores neurobiológicos o de neuroimágenes asociados de manera específica al trastorno que permitan un diagnóstico por esta vía.

* Factores ambientales: estudios dan cuenta de factores ambientales (es decir todo aquello que escapa a la genética) que favorecerían e influirían en el desarrollo del trastorno.

Estos factores pueden influir durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan al córtex prefrontal, una hipoxia, la hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana. También se ha asociado con alergias alimentarias (aditivos), aunque se necesitan más investigaciones al respecto.

¿Cómo se diagnostica?

Para su diagnóstico, sus síntomas primarios (inatención, hiperactividad e impulsividad) deben presentarse antes de los doce años de edad, en más de un contexto (casa, escuela, club, etc.), durante un período superior a los seis meses, y deben interferir con las actividades sociales y académicas.

El diagnóstico de TDAH es clínico, es decir no hay ningún marcador definitorio; sino que debe ser realizado por un especialista con conocimiento y experiencia aunando toda la información recopilada. En la actualidad, se utilizan los criterios diagnósticos de manuales de salud mental (DSM-5-R o de la CIE-10), siendo necesarios analizar los siguientes aspectos:

- * Historia clínica - evolutiva: requiere de una detallada historia personal y familiar.
- * Administración de escalas y cuestionarios comportamentales a padres y docentes.
- * Observación directa del comportamiento, como medio de conocimiento y evaluación de síntomas actuales.
- * Solicitud de entrevista e informe escolar.
- * Evaluación neuropsicológica: serie de pruebas clínicas, que permitan evaluar las funciones psicológicas que deben verse afectadas para confirmar o no el diagnóstico.
- * Un examen médico completo para evaluar la salud general y descartar problemas de tipo visual, auditivo o anemias.

Anexo 17 - Contenido teórico en lenguaje de divulgación de la “Sesión 2 con padres o cuidadores”

Bases del comportamiento desafiante

Los chicos y chicas con este diagnóstico presentan comportamientos perturbadores en el hogar, generando muchas veces situaciones emocionales desagradables en el hogar y dificultades vinculares con padres y cuidadores. Por lo tanto, resulta de gran importancia comprender las bases del comportamiento desafiante y perturbador, e incrementar la eficacia de las intervenciones en el hogar. De esta manera, buscaremos sumar una serie de elementos para comprender la conducta desafiante y agresiva: la personalidad de los padres, factores estresores y características de los chicos y chicas este diagnóstico. Todo esto podrá dar como resultado en problemas de crianza.

Personalidad de los padres

En el encuentro anterior señalamos la heredabilidad del TDAH. Lo que quiere decir que probablemente al menos uno de los progenitores comparta características sintomatológicas con su hijo/a, por lo que seguramente también tenga dificultades en la organización, regulación emocional, atención, etc. Por lo tanto, resulta difícil exigir algo que muchas veces ni sus padres conocen sobre si mismos y comenzar a trabajar sobre ellos. Sumado a esto, cada uno de nosotros como seres humanos únicos, somos distintos y tenemos personalidades (modos de ser medianamente estables) que se juegan en nuestro comportamiento. Algunos seremos más pacientes, otros más impulsivos. Algunos seremos más emocionales, otros más racionales. Algunos podrás ser más constantes, otros más cambiantes. Por eso a la hora de analizar una conducta en nuestros hijos, también tenemos que ver cuánto nosotros estamos aportando para que esa conducta se incremente o extinga.

Factores estresores

Las conductas desafiantes y agresivas no son “simples caprichos” o no se deben únicamente a la sintomatología del diagnóstico. Es decir, sus rabietas suelen tener una causa (quizás desmedida, exagerada...) pero tienen un sentido. Algo que no están pudiendo pedir, que se les dijo que no, o se frustraron. A su vez, en la vida se presentan situaciones que cada uno de nosotros va pudiendo percibir como puede. Y una de esas opciones de percepción es analizar una situación como estresante, es decir evaluar que nuestros recursos quizás no sean suficientes para afrontarla. Lo que para cada uno sea estresante, pertenece al ámbito de la subjetividad y por lo tanto quizás para otro sea algo insignificante. Sin embargo, la persona estresada habrá elevado su umbral de tolerancia y estará predispuesto a perder el control más rápidamente. Por eso, al momento de analizar una conducta en nuestros hijos/as tengamos en cuenta qué puede haberla desencadenado: una mala nota, un reto desmedido, una injusticia (suelen ser muy justicieros...), un desplante, etc. O incluso situaciones más contextuales como una mudanza, cambio de colegio, llegado de un hermanito, separación de padres, etc.

Características del niño, niña o adolescente con diagnóstico de TDAH

Más allá de las características propias del diagnóstico, debemos tener en cuenta que no todo se debe al TDAH. Cada persona también tiene un temperamento, gustos e intereses que se ponen en juego en su conducta.

*Manejando el comportamiento desafiante*⁸:

⁸ Adaptado de Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Librería Akadia Editorial.

Estos factores que desarrollamos previamente se ponen en juego en el “circuito de la desobediencia” ¿Cuántas veces decimos o pedimos algo hasta que lo hacen? Las primeras órdenes pierden eficacia ya que se acostumbra a obedecer sólo cuando es obligado, ganando tiempo para hacer aquello que quiera o simplemente dejando para otro momento lo solicitado (otro momento, que como sabemos muchas veces termina siendo nunca). A continuación se puede observar una ilustración que busca describir el “circuito de la desobediencia”.



Ilustración 25 - "Circuito de la desobediencia" de Bunge et al. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Librería Akadia Editorial.

Como consecuencia de este circuito la relación se desgasta, la paciencia no alcanza, y tanto padres como chicos se irritan más fácilmente.

Entonces ¿cómo modificamos este circuito?

1) Mejorar la relación:

A) Balanza atencional: Debemos comenzar cuestionándonos si al final del día les marcamos más cosas negativas o positivas. ¿Qué termina pesando más en nuestra relación? Lo que generalmente responden los padres es suelen estar señalando más cosas negativas que positivas... por eso debemos comenzar a equilibrar la balanza e incluso inclinarla más hacia lo positivo. Por lo que el comienzo es la predisposición para prestar atención a las conductas positivas, y elogiarlas concretamente. No diciendo “sos un genio”, sino “que genial que te salió eso puntual”. A su vez, marcar cuando obedezca una orden por más simple que parezca. Quizás también tengamos que dejar pasar algunas cosas para corregir, para balancear nuestra atención. En un principio elijamos las más importantes, luego iremos sumando otras.

B) Tiempo de calidad: ¿Cuánto tiempo compartimos con nuestros hijos/as? ¿Y cuánto de ese tiempo es de calidad, es decir estamos 100% para ellos? Por lo tanto, debemos buscar entre 10 y 20 minutos por día para disfrutar de nuestro/a hijo/a. No será una situación para señalar aspectos negativos, sino más para jugar o compartir algo que en lo

posible disfruten ambos. Que lo elija ellos, y uno no debe criticar ni tomar el control, solo jugar/compartir y divertirse. En todo caso describir lo que hace “qué bien te salen los animales en plastilina”, “que bien que lo pintaste”, “qué bueno que estamos caminando juntos”. Si comienza a portarse mal, debemos ignorarlo por unos minutos y si continúa haciéndolo le decimos que de esa forma no y dejamos de realizar la actividad.

2) Consecuencias: Dejaremos hablar de castigos o premios. Empezaremos a hablar de consecuencias de sus actos. En la niñez y en la adolescencia entienden mejor de consecuencias que de razones, mucho más aun aquellos con diagnóstico de TDAH. Por lo tanto, cuando uno es coherente con lo que dice y después hace cumplir (consecuencias) sienta precedentes para futuras conductas. Por lo tanto, que un comportamiento se repita o se extinga (es decir se dejen de producir) dependerá en gran medida de las consecuencias.

Se busca educarlos en la libertad-responsabilidad. Cada acto tiene una consecuencia que uno asume responsablemente. Por lo tanto aquellas conductas que buscamos que se repitan le asignaremos una consecuencia positiva (por ejemplo: si haces la tarea después de merendar sin que te tenga que insistir, te llevo a la plaza) y aquella que buscamos que se extingan una consecuencia negativa (por ejemplo: si insultas menos de 5 veces en el día, puedes usar la play sino por hoy no la vas a poder usar). Para que estas consecuencias sean efectivas para lograr cambios duraderos deben ser anticipadas (dichas previamente), deben cumplirse (no podemos prometer algo que es imposible, o que nos cansaremos y no podremos mantener en el tiempo) y deben ser cortas y significativas (para el mismo día, es mejor que “un mes/nunca más/hasta nuevo aviso”). Por lo tanto previamente o cuando aparece esa conducta, debemos anticiparle la consecuencia y el tiempo que tiene para realizarla, y llegado ese momento ser uno el que actúa consecuentemente, es decir haciendo cumplir la consecuencia. Por ejemplo llegada la hora de la comida: “Tuti a poner la mesa que ya viene la comida” → “ya va mamá estoy viendo unos videos” → “Ok hijo, la comida va a estar para las 12, para esa hora tiene que estar puesta la mesa sino te quedas sin compu para el resto del día” → Llegan las 12 → si esta puesta la mesa nos sentamos a comer, sino esta puesta la mesa se apaga la computadora y se le exige poner la mesa.

Algo que es conveniente rescatar, que esta puesta de límites debe evitar hacerse de forma desregulada. Es importante mantener la armonía, ya que la convivencia sigue. No podemos librar una batalla cada vez que tenemos que poner un límite. Manteniendo la paz y la tranquilidad, simplemente decimos que es la consecuencia de su acto.

¿Qué es la Neuroeducación?

Hablar de neuroeducación implica pensar en un paradigma educativo que consiste en acercar la ciencia al aula, aportando conocimiento acerca de qué intervenciones inciden positivamente en el aprendizaje de nuestros estudiantes y cuáles son las causas por las que lo hacen, a fin de mejorar las propuestas y experiencias de aprendizaje que se dan en el aula. Es considerada una dinámica de enseñanza y aprendizaje basada en los aportes de las neurociencias, aplicando lo que se sabe acerca de cómo el cerebro aprende, cómo procesa, registra, conserva y evoca una información, cómo controla las emociones y la conducta. Es un enfoque integrador y transdisciplinar que permite confluir la teoría con la práctica.

Esta transdisciplina no solo se ha nutrido de los conocimientos derivados de las tecnologías de visualización cerebral (resonancia, tomografía, etc.) que nos han permitido observar cómo trabaja el cerebro cuando aprende. Sino también de la Psicología, ciencia que estudia los procesos mentales responsables de la cognición, la emoción y la conducta; y de la pedagogía que es el estudio del arte y ciencia de la enseñanza.

¿Por qué conocer sobre neurociencias en educación?

Porque el cerebro es el órgano responsable del aprendizaje por tanto es necesario conocerlo. Por ejemplo: si quisiéramos diseñar un guante sin conocer como es una mano sería imposible. Sin embargo el cerebro ha sido el gran olvidado en la educación.

Por lo tanto, es importante para un docente o profesional que trabaja en el ámbito de la educación entender a las Neurociencias como una forma de conocer de manera más amplia al cerebro -cómo es, cómo aprende, cómo procesa, registra, conserva y evoca una información, entre otras cosas- para que a partir de este conocimiento pueda mejorar las propuestas y experiencias de aprendizaje que se dan en el aula. A medida que el conocimiento relacionado al funcionamiento del cerebro humano vaya siendo más accesible a los educadores, el proceso de aprendizaje se volverá más efectivo y significativo tanto para el educador como para el alumno. En definitiva, qué es lo que funciona en el aula y por qué.

¿Qué podemos decir sobre el cerebro?

Nuestro cerebro está formado por un tipo de células muy particulares, las neuronas, tenemos aproximadamente unos 200.000 millones de neuronas.....cientos de billones de conexiones entre ellas, más que estrellas en la Vía Láctea.

Las neuronas tienen la capacidad de comunicarse con otras de manera muy rápida y a larga distancia. Y pueden hacerlo porque disponen de un sistema muy eficiente de mensajeros químicos que permiten que una célula se comunique con otra. Y así una neurona puede mandarle un WhatsApp a la neurona vecina, pero además pueden armar grupos de WhatsApp formando redes neuronales.

El cerebro es un órgano extremadamente complejo, que construye nuestra percepción, nos permite el entendimiento de nosotros mismos, de los otros, del mundo y nuestro lugar en el mundo. Así como personas en el mundo, hay cerebros. No hay dos cerebros iguales. No estamos hechos en serie, sino en serio. Cada uno distinto. Como una especie de edición limitada, de un solo producto. Por lo tanto, cada uno de nosotros tenemos nuestro propio perfil de fortalezas y debilidades. Aspectos destacados, y puntos flojos. En relación a otros de similares circunstancias, y en relación a nosotros mismos. Es lo que podríamos denominar como neurodiversidad.

Plasticidad neuronal

Un aspecto que es de gran relevancia es que nuestro cerebro nos forma y nosotros formamos a nuestro cerebro. Es decir, nuestro cerebro cambia, es plástico, tiene la capacidad de cambiar estructural y funcionalmente. Por lo que sectores que fueron pensados para tales funciones se pueden ir adaptando a las necesidades: de cada etapa vital o de las nuevas circunstancias.

Las neuronas tienen la capacidad de reorganizar y modificar funciones, en respuesta a la información nueva, la estimulación sensorial, el desarrollo, la disfunción o el daño.

Se estudia la “plasticidad de la sinapsis”, lugar donde las neuronas se comunican entre sí mediante neurotransmisores. El aprendizaje entraña el refuerzo de las conexiones entre neuronas, por un doble camino: a través de la creación de nuevas conexiones y a través de su capacidad para comunicarse químicamente. Tales cambios sitúan a las neuronas en una “cadena” que puede volverse a formar con el fin de evocar un movimiento, un sentimiento o un pensamiento. Por eso se repite que las neuronas que se excitan conjuntamente, estrechan su lazo. La plasticidad neuronal sucede en el nivel sináptico.

Las neuronas del “cerebro inmaduro” son muy numerosas y activas, pero dicha actividad es desordenada. El neurotransmisor GABA ordena la plasticidad del período crítico y solo aquellas sinapsis que son capaces de sincronizar su actividad sobreviven. Durante los primeros meses de vida, el cerebro siempre está activo. Las neuronas, como células excitables que son, se activan “sin orden ni concierto”, como el lío de una mesa donde todos hablan al mismo tiempo. Solo aparece un asomo de orden cuando el “período crítico” da comienzo. El neurotransmisor GABA ordena a las neuronas que se calmen y que hablen por turnos. Lo hacen extendiendo sus largos tentáculos, o axones, que forman conexiones. Los axones rodean los cuerpos centrales de las neuronas y cuando los alcanzan reducen la actividad de esas células, permitiendo que emitan señales claras y concisas. De esta manera se alcanza el equilibrio entre excitación e inhibición.

Las restantes neuronas son inhibidas y en última instancia eliminadas. Una vez que el “período crítico” acaba, la capacidad para reducir la sinapsis, que se produce en el período anterior, disminuye drásticamente.

¿Qué nos sugiere la plasticidad cerebral?... que debemos esperar la mejora en el aprendizaje de todos nuestros estudiantes. Y esto es sustancialmente importante en aquellos/as chicos y chicas que tienen dificultades de aprendizaje. Aprender es cambiar.

Emociones y aprendizaje

Las neurociencias nos dicen que para aprender nos tenemos que emocionar. Una emoción es una respuesta fisiológica, automática e involuntaria que nos mueve a una acción. Es decir un conjunto de cambios en el cuerpo (a nivel del sistema nervioso y endócrino), que sucede ante un estímulo sin que nosotros busquemos que suceda. En el proceso de aprendizaje de una persona, lo que abre la puerta a aprender es la emoción. La emoción despierta en las personas, la curiosidad y el interés, y por tanto el foco de la atención.

Las emociones matizan el funcionamiento del cerebro: los estímulos emocionales interactúan con las habilidades cognitivas. Los estados de ánimo, los sentimientos y las emociones pueden afectar la capacidad de razonamiento, la toma de decisiones, la memoria, la actitud y la disposición para el aprender. La información que captamos por medio de los sentidos pasa por el sistema límbico o cerebro emocional antes de ser enviada a la corteza cerebral, encargada de los procesos cognitivos.

Incidencia de las emociones en el aprendizaje

Ante la visualización de contextos emocionales negativos se activa la amígdala, una región del cerebro que forma parte del cerebro emocional que se activa por ejemplo ante el miedo. Es una de las partes más primitivas del cerebro y se activa ante eventos que son evaluados como importantes para la supervivencia. Además, las investigaciones han demostrado que el alto nivel de estrés provoca un impacto negativo en el aprendizaje, cambian al cerebro y afectan las habilidades cognitivas, perceptivas, emocionales y sociales.

Ante la visualización de contextos emocionales positivos se activan zonas asociadas al hipocampo, una zona del cerebro emocional relacionada a la memoria y al aprendizaje. Por lo cual esto sugiere la importancia de generar en el aula climas emocionales positivos donde el estudiante no tenga miedo a equivocarse, donde se fomente la cooperación y donde las expectativas de los chicos/as y el docente sean positivas. Un educador emocionalmente inteligente y un clima favorable en el aula son factores esenciales para el aprendizaje.

¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente de inicio en la infancia. Su sintomatología es una de las principales fuentes de derivación al sistema de salud. Las investigaciones estiman que su prevalencia mundial es de 5,9 a 7,1% en la niñez y la adolescencia, siendo más frecuente en varones que en mujeres con una relación de tres a uno.

El TDAH se define como un patrón persistente de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en las personas con un grado de desarrollo similar.

Es un trastorno crónico, de presentación heterogénea. Para su diagnóstico, sus manifestaciones deben presentarse antes de los doce años de edad, en más de un contexto (casa, escuela, etc.), durante un período superior a los seis meses, y deben interferir con las actividades sociales y académicas.

¿Qué no es TDAH?

Dentro del sentido común, o de la desinformación entre incluso profesionales, se escuchan gran variedad de errores. Por eso es necesario dejar en claro que “cosas no son TDAH”:

* No es un problema de aprendizaje ni una discapacidad intelectual: El TDAH puede darse en personas con cualquier nivel de inteligencia. A su vez, puede afectar el rendimiento académico sin existir un trastorno del aprendizaje (que son una dificultad en la capacidad de recibir, procesar, analizar o almacenar información de un área académica específico, por debajo de lo esperado para su edad). Sin embargo, puede coexistir de manera comórbida.

* No es un problema emocional: el TDAH no es un problema pasajero debido a una situación emocional que momentáneamente está afectando a la persona. Si bien una situación puntual puede afectarlos tal como a cualquier persona. Incluso por sus dificultades para inhibir conductas puede incluso resultar más complejo una situación de desborde emocional.

* No es un problema de vagancia: el TDAH no es lo mismo que la falta de motivación o dificultad para generar proyectos. No todo es TDAH. Muchas veces somos las personas del contexto las que no podemos adaptarnos a las necesidades de ellos, sin poderles seguir su ritmo de atención o actuando de manera que limita su creatividad.

* No es el resultado de un estilo de educación en particular: el TDAH no es culpa de un estilo de crianza particular, aunque ciertas costumbres o hábitos pueden favorecer reacciones inapropiadas.

¿Cuáles son sus síntomas principales?

Los síntomas principales, o primarios, son inatención, hiperactividad e impulsividad.

* Inatención: la atención es el proceso cognitivo que nos permite seleccionar y concentrarnos en los estímulos relevantes. Las personas con TDAH, tienen dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo prolongado, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales. Esto no es lo mismo que decir que no pueden prestar atención... Paradójicamente, y con algo de ligereza podríamos decir que las personas con este diagnóstico lo que no pueden hacer "es dejar de prestar atención". Un estímulo tras otro los cautiva, obstaculizando su capacidad de mantener y focalizar su atención.

Entre las consecuencias de esta dificultad podemos observar: que poseen una mente en rápido movimiento que se distrae fácilmente, acompañada por momentos de hiperfoco. Dificultad en la administración del tiempo y la jerarquización de las tareas. Olvidos frecuentes. O incluso que parezca que no escuchan cuando se les habla.

* Hiperactividad: es el exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y que interfiere en su desempeño. Los chicos y chicas con TDAH sienten una necesidad constante de mover una parte de su cuerpo. Les cuesta mucho permanecer sentados y prestar atención.

Es interesante destacar que es el síntoma, que con el paso del tiempo, más se logra moderar. Las personas con este diagnóstico, con la edad van controlando la hiperactividad conductual y esta se transforma en hiperactividad mental e impaciencia, dando lugar a cierta sensación de inquietud interior.

Entre las consecuencias de esta dificultad podemos observar: una gran energía mental y física que se manifiesta como actividad constante. El habla en forma excesiva. Exceso de emociones desinhibidas.

* Impulsividad: refiere a la dificultad para inhibir conductas y otras Funciones Ejecutivas (conjunto de procesos cognitivos complejos que nos permiten planificar, organizar, regular nuestra conducta y realizar acciones dirigidas a objetivos). Los chicos y chicas con TDAH presentan dificultades para regular su comportamiento debido a este déficit en el control inhibitorio, lo que termina influyendo en el rendimiento académico, la interacción psicosocial y la autorregulación necesaria para las actividades cotidianas.

Otras consecuencias que podemos observar son: impaciencia, actuar sin pensar ocasionando muchas veces que su conducta se vuelva impredecible y reduciendo su capacidad de automonitoreo, toman decisiones más riesgosas, y presentan baja tolerancia a la frustración.

TDAH a lo largo de la vida

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno que, en mayor o menor grado, persiste a lo largo de toda la vida. En el caso del TDAH no tratado se considera que sólo en un 10-20 % de los casos existe lo que se denomina una remisión funcional, es decir, ausencia de manifestaciones del trastorno con repercusión en la vida del individuo. Según distintos estudios, un 75 % de niños y niñas con TDAH serán adolescentes con TDAH y, de estos adolescentes, un 50 % serán adultos con TDAH. La prevalencia del TDAH en la población adulta se calcula entre el 3-4 %. Estos datos son muy variados ya que dependen de cómo se encuentra la población adulta con diagnóstico de TDAH, siendo muchas veces debido al diagnóstico de sus hijos o hijas.

Analizando breve y esquemáticamente podemos decir las características más representativas en cada etapa del ciclo vital son:

** Etapa preescolar:*

Los niños y niñas con diagnóstico de TDAH en esta etapa suelen ser inquietos e impulsivos. No respetan normas y reglas, y presentan conducta desafiante. La conducta hiperactiva e impulsiva se mantiene e incrementa a partir de los 4 años siendo muchas veces el motivo inicial de la consulta a un profesional.

En ciertas ocasiones pueden presentar alteraciones en el sueño y el lenguaje.

** Etapa escolar:*

Al comenzar la etapa escolar las dificultades conductuales, y como consecuencia en el aprendizaje, evidencian el trastorno. Los niños y niñas suelen presentar dificultades sociales y baja autoestima. En esta edad no suelen ser bienvenidos por sus pares, e incluso son apartados. Pueden presentar alteraciones en el sueño y el lenguaje.

** Adolescencia:*

Es una etapa de continuidad de algunos síntomas y cambios en otros. A la sintomatología propia del trastorno se suman las características propias de la adolescencia, las cuáles se ven potenciadas: conductas impulsivas, desorganización en el manejo del tiempo y dificultades en los vínculos con los padres.

En esta etapa la hiperactividad motriz comienza a mudar por impaciencia e hiperactividad en el pensamiento. Pueden mostrar tristeza, baja autoestima y desconfianza, lo que suele dificultar el vínculo con sus pares.

Los niveles de conocimientos académicos suelen encontrarse por debajo de lo esperado en cálculo, lectura o escritura como consecuencia de la falta de tratamiento por los síntomas primarios.

** Adultez*

La persistencia del TDAH en la adultez es superior al 50%. Debido a la falta de continuidad en los tratamientos, gran parte de la población con TDAH continúa teniendo muchos de los mismos problemas que tenían cuando eran chicos. Un porcentaje muy bajo (entre un 10 y un 20%) llegan libres de síntomas significativos del trastorno a la edad adulta. Los adultos con diagnóstico de TDAH suelen presentar dificultades en concretar proyectos e inestabilidad laboral, baja autoestima, relaciones afectivas y amistosas inestables, dificultades para mantener la concentración durante un largo período, dificultades para escuchar y esperar su turno, dificultad para organizarse, olvidos, pérdidas y descuidos importantes, no logran postergar la toma de decisiones sin experimentar tensión o displacer y suelen exponerse a experiencias riesgosas.

¿Cuál es la causa?

El TDAH, junto con otros trastornos (el Trastornos del espectro autista (TEA), los trastornos de tics, el trastorno específico del aprendizaje, etc.) se engloba dentro de los trastornos del neurodesarrollo sin una causa específica identificada. Los estudios actuales sobre su etiología coinciden en resaltar la multicausalidad del trastorno, dando cuenta de una compleja combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.

* Factores genéticos: Al referirnos a factores genéticos, estamos hablando de la información que está presente en nuestros genes. La información hereditaria presente en el núcleo de cada una de nuestras células conformando pequeñas moléculas de ADN, en las que a su vez pueden identificarse pequeñas fracciones denominadas genes.

Estudios informan de la presencia de varios marcadores genéticos que condicionarían el desarrollo del trastorno. Otros señalan evidencia de varios genes que codifican moléculas con un papel importante en la neurotransmisión cerebral y que muestran

variaciones alélicas (vagamente podríamos nombrarlos como genes "defectuosos") que influyen en el TDAH.

Por otro lado, es importante aclarar que no existe un determinismo genético. Sino que son muchos genes en interacción con el ambiente los que brindan la posibilidad del desarrollo de esta condición.

Existe también evidencias sobre la heredabilidad del TDAH. Los estudios de familiares han señalado históricamente una prevalencia de TDAH entre padres y hermanos de pacientes con TDAH. Los hallazgos describen una elevada heredabilidad, contando la misma con rangos del 54 al 80%.

* Factores neurobiológicos: El desarrollo y auge de la Neurociencia, con el surgimiento de nuevas tecnologías, nos han permitido saber más sobre las alteraciones neurofuncionales y las anomalías neuroquímicas subyacentes a los síntomas propios del TDAH. Los estudios a partir de técnicas de neuroimagen han hallado diferencias, aunque discordantes, en la morfología cerebral en la niñez con TDAH, así como estudios neuroquímicos describen disfunción o inmadurez de los sistemas de neurotransmisión, permitiendo afirmar que el TDAH es el resultado de un desarrollo neuronal atípico.

Los hallazgos científicos evidencian diferencias sutiles en sus cerebros, en las áreas de la corteza prefrontal (zona preorbital) y en ciertos centros cerebrales subcorticales (núcleo caudado y globo pálido) y sus vías neuroquímicas, responsables de las funciones ejecutivas.

Sin embargo, es necesario aclarar que actualmente, no se han determinado marcadores neurobiológicos o de neuroimágenes asociados de manera específica al trastorno que permitan un diagnóstico por esta vía.

* Factores ambientales: estudios dan cuenta de diversos factores ambientales (es decir todo aquello que escapa a la genética) que favorecerían e influirían en el desarrollo y la manifestación del trastorno.

Estos factores pueden ser durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan al córtex prefrontal, una hipoxia, la hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana. También se ha asociado con alergias alimentarias (aditivos), aunque se necesitan más investigaciones al respecto.

¿Cómo se diagnostica?

Para su diagnóstico, sus síntomas primarios (inatención, hiperactividad e impulsividad) deben presentarse antes de los doce años de edad, en más de un contexto (casa, escuela, club, etc.), durante un periodo superior a los seis meses, y deben interferir con las actividades sociales y académicas del niño.

El diagnóstico de TDAH es clínico, es decir no hay ningún marcador definitorio; sino que debe ser realizado por un especialista con conocimiento y experiencia aunando toda la información recopilada. En la actualidad, se utilizan los criterios diagnósticos de manuales de salud mental (DSM-5-R o de la CIE-10), siendo necesarios analizar los siguientes aspectos:

- * Historia clínica - evolutiva: requiere de una detallada historia personal y familiar.
- * Administración de escalas y cuestionarios comportamentales a padres y docentes.
- * Observación directa del comportamiento, como medio de conocimiento y evaluación de síntomas actuales.
- * Solicitud de entrevista e informe escolar.



- * Evaluación neuropsicológica: serie de pruebas clínicas, que permitan evaluar las funciones psicológicas que deben verse afectadas para confirmar o no el diagnóstico.
- * Un examen médico completo para evaluar la salud general y descartar problemas de tipo visual, auditivo o anemias.

Anexo 19 - Contenido teórico en lenguaje de divulgación del “Taller 2 con docentes”

Aspectos positivos de la condición TDAH

Ya hablamos de las estrellas para pensar en nuestras neuronas, ahora tomaremos la metáfora para pensar que cada estrella es uno de nosotros. Los seres humanos. Nuestros estudiantes, sus familias, cada ser humano es una estrella, todos somos distintos. Con aspectos buenos y otros no tanto. Y en la neurodiversidad, si bien tener diagnóstico de TDAH no es algo positivo, esta configuración particular del cerebro también dará lugar a una serie de fortalezas y aspectos positivos. Para una mayor comprensión las desarrollaremos en función de los síntomas primarios.

Potencialidades de la atención

- *Mente en rápido movimiento:* Tienen una mente en rápido movimiento que cambia fácilmente hacia estímulos diversos, como esa mariposa que vuela de un lado a otro. Pueden cambiar rápidamente de actividad y de estímulos.

- *Atención incidental/Capacidad de Asombro/ Creatividad:* Al tener capacidad para trasladar rápidamente la atención de una actividad a otra, les permite, ver cosas que otros no ven, prestar atención en otros detalles de los habituales.

No siguen las reglas habituales porque tienen ideas más creativas. Tienen una capacidad de asombro increíble, que muchas veces los hace más creativos, con más inventiva, y les da esas cuotas de humor geniales que te sacan una sonrisa en medio del caos, al poder ver las situaciones de otro modo.

Como suelen prestar atención a otras cosas tienen respuestas diferentes, más creativas y con inventiva, las cuales hay que potenciar y no acallar porque eso puede ser algo que le marque su futuro laboral.

- *Capacidad de hiperfoco:* atención super focalizada en una idea que les interesa. Muchas veces mientras uno está esperando que se ponga a hacer la tarea para la escuela sobre cuál es la función de la fotosíntesis, él o ella está mirando por la ventana pensando como funcionaría en ese árbol que ven ahí, el color de ese árbol, el tamaño, y luego sigue pensando en que harían en ese árbol, en subirse, construir una casa en el árbol, y se les pasa la hora sin escribir. Pueden ver las cosas desde diferentes perspectivas y hacer un foco de atención en aquello que les interesa. Quizá en ese instante no le vemos la utilidad porque necesita hacer la tarea, pero el día de mañana va a ser algo que le va a marcar la diferencia con el resto si lo sabe canalizar.

Potencialidades de la hiperactividad

- *Gran energía mental y física:* Facilidad para alcanzar metas personales y enfrentar demandas y desafíos generales en la vida. Al tener una gran energía y actividad, muchos sobresalen en deporte y actividades físicas. Pueden llevar a cabo varias actividades en un mismo día, siempre y cuando les motiven u otras personas les motiven.

- *Vitalidad:* Suelen tener un resto de energía física cuando los demás están cansados. Energía que hay que saber canalizar para que la usen a su favor.

Potencialidades de la impulsividad

En general no son capaces de sentir placer tan fácilmente como otros por cualquier cosa. Por lo cual tienden a realizar conductas excesivas ya que los comportamientos moderados no les generan el mismo placer que a las demás personas y les aburren.

- *Valentía:* se atreven a ir más allá de lo esperado sin pensar tanto en las consecuencias.

- *Espontaneidad, sinceridad:* dicen lo que piensan y tiene “salidas” que generan sorpresa/gracia. Suelen ser sensibles.



- *Liderazgo*: si bien en la niñez pueden tener problemas para vincularse, luego en la adolescencia suelen tomarlos como líderes.

Estrategias áulicas

Todos los aspectos enumerados jamás aparecen juntos, pero si un número significativo recae, el docente resultará conmovido e inevitablemente se preocupará, construirá una teoría explicativa de los hechos y actuará en consecuencia.

También es cierto que el TDAH se presenta en menos del 50% de los casos sin comorbilidades, es decir de la mano de otro trastorno o dificultad, y es así que se delinean situaciones complejas y con frecuencia las dificultades principales provienen del factor comórbido.

Por lo tanto se plantean algunas ideas. No soluciones mágicas ni recetas infalibles. Propuestas que tienen las siguientes características:

- *Pequeños*: acomodamientos e intervenciones en los procesos de aprendizaje y enseñanza que no sean grandes, ni imposibles. Sino teniendo en cuenta las realidades en que nos encontramos en nuestras escuelas. Las intervenciones no deberán utilizarse en su totalidad, cada uno deberá seleccionar entre todas ellas según las características que el estudiante presente, las posibilidades de la institución, el número de alumnos, su estilo personal, etc.

- *Sistematicidad*: estos pequeños acomodamientos sólo tendrán cierta eficacia si se integran dentro de un plan de trabajo sostenido en el tiempo y con objetivos definidos operacionalmente. Es decir, definir qué esperamos y cómo lo esperamos, y darles tiempo a las estrategias para comenzar a dar resultados. Empezando de a poco, y luego sumando nuevos objetivos.

- *Inclusión*: son ideas que buscarán no pensar en el estudiante con TDAH como un “problema a sacarse de encima”, y se buscará hacerlo desde un marco de inclusión, es decir que estas ideas puedan llevarse a cabo dentro del contexto de clases, partiendo de la base que todos tenemos fortalezas y debilidades, buscando aprovechar las primeras y compensar las segundas. Todos nuestros estudiantes podrán verse beneficiados de este tipo de estrategias.

- *Abordaje en equipo*: importancia de aunar esfuerzos, generar sinergia. Compartir las estrategias que algunos les sirvieron y cuáles no. Tratar de ser coherentes entre los miembros de la institución para no confundir al estudiante, y fortalecerse mutuamente.

- *No desesperar*: muchas veces tendremos éxito y otras tantas no. Muchas veces es muy complejo y difícil. Tener en claro el horizonte, y no olvidar que los chicos y las chicas con TDAH no son lo que les pasa, primero son personas...

Estrategias para potenciar habilidades relacionadas con la atención

Mejorar el ambiente: butacas preferenciales por favor

El ambiente del aula puede ayudar a satisfacer las necesidades de los estudiantes neurodiversos. Aquellos con TDAH suelen estar mejor en ambientes naturales, en un patio por ejemplo, con lo cual algunas actividades pueden adecuarse a ese espacio.

1) Ubicación: Primera fila y en proximidad al docente: Esta modificación en el espacio favorece el control sobre los procesos atencionales al destacar fuertemente al docente y opacar al resto del grupo, facilitando pequeñas intervenciones del docente destinadas a reorientar la atención (por ejemplo, será más fácil dar un golpecito en el banco o mirarlo, con el objetivo de ayudarlo a focalizar la atención si se ha distraído, para lo cual siempre es necesario haberle informado al estudiante cómo se realizarán estos llamados de atención).

2) Optimizar: Alejarlo de distractores, ubicándolo en un lugar tranquilo. Es importante que se sienta en lugar del aula que tenga la menor cantidad posible de estímulos distractores: calefacción, ventiladores, ventanas, puertas. Debemos considerar la estimulación adecuada al momento vital. Y la ubicación de esos estímulos, para que potencien el aprendizaje de los estudiantes, y no sean distractores. Es importante que las modificaciones en el ambiente se hagan en términos moderados. Un ambiente escolar sin ningún tipo de estímulo, también puede resultar aburrido o poco motivador, y eso puede provocar dificultades atencionales. Entonces la forma en que se distribuyen los estímulos visuales o auditivos, tiene que ser flexible, y permitir cambios circunstanciales, puede que algunos días no los necesiten.

Organizar la clase. Bloques+Orden+Innovación:

- Dividir la clase en bloques: Sabemos que la atención fluctúa durante el transcurso de la clase, por lo cual es conveniente usar módulos cortos de trabajo y descanso entre actividades. Por ejemplo, si la clase es de cuarenta minutos, planificarla en dos o tres módulos, o bien solo en dos si el grupo es pequeño y la edad mayor. Planificar pausas entre actividades.

- Planificar exigencia: Se pueden considerar los contenidos más importantes al principio, actividades con dinámicas grupales o más distendidas en la mitad de la clase, y retomar conceptos importantes (pocos) al final.

Una práctica adecuada para su implementación es identificar previamente el nivel atencional requerido por los estudiantes en los diferentes tipos de actividades propuestas (alto, medio o bajo), realizando un registro durante una semana. Esto nos permitirá tomar decisiones respecto a la planificación semanal de las mismas (ubicando las actividades que requieren mayor nivel atencional a primera hora y las que requieren menor nivel a la última hora, cuando el grupo seguramente esté fatigado o aburrido).

- Orden: Mantener una organización. Estabilidad. Es recomendable empezar las clases siempre de la misma forma (por ejemplo un saludo, preguntando algo que se haga tradición) y terminar de la misma forma (por ejemplo un saludo particular, una frase inspiradora).

- Innovación: Uno de los principios de la neurociencia que vimos en el taller anterior es que “uno recuerda lo que emociona”. Las emociones pueden favorecer los aprendizajes, pero también entorpecerlos. Por eso es recomendable buscar su motivación. Es conveniente variar de actividades o temáticas lo cual puede llegar a facilitar la intensidad y la conexión de los estudiantes con la tarea. No solo es beneficioso dividir las horas de clases en bloques, sino agregar cambios de temáticas o en la naturaleza de la actividad (exposición oral del docente, exposición por parte de los estudiantes, planteamientos de debates, lectura de textos, presentación de videos o presentación multimedia). La variación y la disminución de la rutina promueve que los estudiantes mantengan la atención y ayuda a evitar la monotonía que provoca cansancio, fatiga y aburrimiento.

Interactuar efectivamente

Para ayudar a reducir la distracción o un comportamiento no deseado es importante, cuando le damos una orden, le pedimos información, o le damos una consigna seguir las siguientes pautas:

- 1) Contacto visual: mirar a los ojos.
- 2) Claridad: lenguaje claro y calmado decir qué esperamos que haga. Hacerlo con oraciones simples y cortas.
- 3) Paso a paso: dándole una indicación a la vez. Para los chicos y chicas con TDAH es muy difícil recordar varias indicaciones juntas o realizar grandes tareas. Por ello, pedir

que haga las cosas paso a paso dándole las indicaciones de una en una, a medida que vaya finalizando cada actividad. No más de dos o tres cosas a la vez. Y en caso de ser posible anticipar el tiempo que les queda.

4) Supervisar: Asegurar que haya comprendido. Que repita en voz alta. A medida que vaya finalizando cada actividad, supervisar y darle la indicación siguiente.

- Lenguaje positivo: indicarle lo que debe hacer en cambio de lo que no debe hacer, por ejemplo, decirle “cuando termines la tarea, podés ir a jugar con tus compañeros” a cambio de “si no terminás la tarea, no jugás con tus compañeros” o “hablá en voz baja” a cambio de “no grites”.

Adecuar actividades

- Menos es más: es útil pensar que en lo que respecta a las actividades escolares, menos, es más. Pocas, variadas, centrales. Recordemos que suelen fallar en el manejo del tiempo y en la organización, por lo que resulta importante privilegiar lo más importante.

- Dividir en partes: ayudar a organizarlos. Darles de a una parte por vez, anticiparles cantidad y tiempo. Prestémosles nuestra corteza pre-frontal, esa parte del cerebro⁹ que entre las funciones que cumple está la capacidad de organización y planificación. De esta forma, será importante mostrarles cómo organizarse, dándole las actividades o exámenes divididos en partes.

- Seleccionar estímulos: los textos extensos y monótonos no colaboran con sus dificultades para sostener la atención. Si utilizamos estímulos visuales empleando figuras, esquemas y diagramas, de modo de hacer el material más didáctico e interesante, atraerá más su atención. Recordemos que el estudiante retiene mucha más información cuando lee, oye, ve, dice y hace que cuando sólo escucha. Si utilizamos herramientas multisensoriales, combinando distintos canales de acceso a la información podemos facilitar la comprensión.

- Destacar los elementos importantes: Cuando planificamos cómo presentar las tareas escritas o las evaluaciones, podemos destacar ciertos elementos centrales en los enunciados a modo de pistas visuales. Por ejemplo, podemos subrayar, destacar palabras en negrita o en color y utilizar señaladores, colaborando desde afuera para dirigir su atención.

⁹ Podemos usar el modelo manual del cerebro para explicar más gráficamente. Siegel, D. (2014). *Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente*. Alba Editorial.



Ilustración 26 - Modelo manual del cerebro de Daniel Siegel (2014).

Ayudar a que se organicen:

“¡Chicos y chicas! por favor peguen esta nota para sus papás que les voy a entregar, en el cuaderno de comunicaciones”. Este pedido suele ser una escena cotidiana en nuestras aulas. Luego de un rato vemos a Tuti, niño con TDAH, buscando algo en la mochila, sacando objetos que no son el cuaderno, sin haber realizado lo que le pedimos. Es claro que Tuti no ha logrado organizarse y deducir la secuencia de pasos necesarios para realizar la actividad solicitada. Por eso pensamos algunas estrategias que podrán ayudarles:

- Mochila: A la hora del armado, crear con ellos/as listas por día de la semana con las cosas para traer. Durante las clases, enseñarles la importancia de que se mantenga organizada, que no tenga hojas sueltas, fotocopias sin pegar, etc. Para eso, brindarles un tiempo por semana para que controlen su mochila y ordenen. En principio y según la edad, mostrarles cómo se hace y luego supervisar el momento en que ellos/as mismos/as lo hacen.

- Pupitre: Suele estar lleno de objetos, cosas de otras asignaturas, comida, etc. Por eso indicaremos que sólo deberá quedar arriba de la mesa lo que se va usar. Guardar todo aquello que puede resultar un distractor. Ni cosas de más ni de menos.

- Tiempo: Explicitar los tiempos asignados para las actividades en minutos (o señalando la aguja del reloj de pared). Será importante anticiparles los tiempos e instruirlos sobre el concepto de tiempo límite, es decir hasta cuándo pueden demorar. Más allá de que hayan comprendido el tiempo, deberemos ir explicitando el tiempo transcurrido, y cuánto les resta. Por ejemplo: “ya pasó la mitad del tiempo, recuerden que tienen tiempo hasta las... (o “hasta que la aguja llegue acá”, mostrando el reloj de agujas). A veces se pueden usar timers que vayan marcando el tiempo de manera automática.

- Listas o imágenes: Se pueden utilizar listas o apoyos gráficos con los pasos a seguir para las actividades que son habituales, como preparar la mochila.

- Agendas u organizadores: Enseñarles a utilizar estas herramientas. En las mismas anotar tareas pendientes, exámenes próximos, temas a estudiar divididos por días, etc. Podrán anexarse al comienzo de la carpeta o cuaderno, para no sumar un elemento más a la mochila. Es importante no dar por sentado que si les enseñamos, ya lo usarán. Sino que debemos supervisar su uso, e incluso recordarlo. También incluir a la familia, pidiéndoles que en casa revisen los organizadores.



- Material de trabajo según materia: Podemos asignarle un color al material de trabajo de cada asignatura, para facilitar su uso. Como señaladores o separadores del mismo color y mantener color para anotar en la agenda.

Motivación. Pausa activa:

Para mantener la atención podremos herramientas que “reseteen su cerebro”, es decir les permitan un descanso y los preparen para seguir motivados. Tal es el caso de las pausas activas. Las pausas activas son descansos en las cuales se incluyen movimientos o ejercicio físico, permitiendo reoxigenar nuestro cerebro. El ejercicio promueve la focalización mental, la capacidad de estar alerta, permite permanecer concentrado en la tarea, y reduce la fatiga mental. De esta forma, podemos generar pausas activas para todo el grupo, como, por ejemplo, pedirles que bailen unos minutos con una canción que esté vinculada con el contenido de la clase o que hagan determinados movimientos o gestos vinculados con algo de la actividad que estaban realizando.

Aliarse con su atención incidental y creatividad:

Como hemos nombrado en otro momento, las características de la población con TDAH en el contexto adecuado pueden volverse una fortaleza más que una debilidad. Por eso la pauta es generar ese tiempo de contexto.

Para estimular la atención incidental son interesantes las actividades que se relacionan con observar detalles que no estamos acostumbrados a ver. Se pueden implementar diferentes opciones según la asignatura: en Matemáticas se puede estimular a que piensen aplicaciones concretas para problemas abstractos; en Prácticas del Lenguaje pueden buscar oraciones en temas musicales; para trabajar un tema de Historia como los hechos de un suceso histórico, se puede cambiar los nombres de los alumnos por cada uno de los personajes de la época y proponerles que investiguen y elaboren un guion en el cual conversen los protagonistas; en Ciencias Naturales pueden inventar un animal que surja de la unión de 2 o más animales, y que busquen sumar ventajas de cada uno, para lo cual van a necesitar investigar y describir las características de cada uno; cuando se va a comenzar un tema nuevo en Ciencias Naturales pueden pedir que traigan algún elemento de la naturaleza relacionado al tema, y piensen todas las cosas para las cuales puede utilizarse ese objeto, y luego en Prácticas del Lenguaje pueden desarrollar el manual de instrucciones de ese elemento, o inventar subtítulos para un fragmento de una película que miren en silencio. Otra actividad puede ser brindarles palabras por equipo, para que cuando aparezcan avisen.

Para estimular su creatividad podemos iniciar actividades con preguntas abiertas, no conceptuales. O pedir que propongan otras formas de resolver un problema, utilizar lluvia de ideas, que brinden ejemplos, etc.

Estrategias para potenciar habilidades relacionadas con la hiperactividad

La idea no es potenciar su hiperactividad... no... eso no lo queremos... Sino que conversemos sobre algunas estrategias para poder aprovechar los aspectos positivos que son consecuencia de esta característica, y encaminarla para que puedan sacar ventaja de la misma. Que sea su aliada, y no su enemiga.

Esto es gradual y de acuerdo a la etapa vital en que se encuentren. La estrategia "nadar o hundirse acá no sirve". Nunca la diríamos a un niño con dislexia ayer vimos el tema de las d y de las b, hoy espero que lo hagas bien o te castigo. Ellos tienen un problema para hacer lo que saben, no uno para saber qué es lo que hay que hacer. Por eso necesitamos proveerles una red de seguridad supervisándolos en forma constante, para ver si han un utilizado estas estrategias. Esta red de seguridad nos les hará daño en el futuro.

Tolerar los movimientos ociosos. No luchar contra lo imposible:

Los movimientos ociosos que no perturben o sean peligrosos no deben ser bloqueados. A la larga se fallará en conseguir lo que se busca y simplemente habrá aumentado su nivel de estrés. Concéntrense en restringir sólo lo que es necesario y permitir cierta movilidad mientras no se moleste al resto (balancear las piernas, manipular un lápiz, sentarse en una pelota o silla con movimiento, etc.). Estos movimientos, que parecen una molestia son en realidad necesarios en su sistema nervioso para mantener la atención. Por eso, los métodos restrictivos generarán mucho estrés, un esfuerzo superfluo en conseguir algo que resultará imposible, provocando explosiones posteriores.

Pero no todo está permitido. Debemos establecer reglas claras de qué movimientos se podrán realizar, cuándo, cómo, dónde, etc. Por ejemplo: subirse al banco o su silla no estará nunca permitido, pero manipular su goma de borrar haciéndola pasar entre los dedos sí. La clave está en no permitir aquello que es peligroso y/o molesta al resto de la clase, y proponer alternativas más adaptativas.

Es importante considerar que a la hora de aprender a escribir, debido a la importancia de la posición del tronco y los apoyos de los antebrazos no se debe vacilar en decir que por fuera de la situación de escribir o dibujar se les permite que se “desparramen un poco”, pero de manera amable explicar la importancia que eso no suceda cuando se está escribiendo. Como hemos señalado en otro momento, estemos atentos a no tomar una actitud de todo o nada. Estas pautas ayudarán a evitar una disgrafía y el desagrado por escribir tan común entre las personas con diagnóstico de TDAH.

En ciertas ocasiones en donde será necesario que nuestro estudiante deba permanecer sentado durante un largo periodo de tiempo (por ejemplo en un viaje escolar o un acto) será conveniente llevar preparado de antemano un objeto para manipular: esto ayudará a regular la tendencia natural de moverse. Favorezcan la presencia entre sus juguetes de equipos que le permitan manipulaciones y armados de estructuras tridimensionales.

Mantengan el sentido del humor. Algunas conductas son simplemente normales:

A veces en nuestro afán de “corregir todo aquello que está mal” tendemos a exagerar y estar demasiados pendientes del mal comportamiento. De esta forma marcamos hasta la más mínima conducta por fuera de lo esperado. Por lo tanto, tengamos en cuenta que algunos comportamientos son normales en ciertas edades, y no todo es culpa del TDAH; o que incluso que algunas conductas por fuera de lo común no necesariamente estén mal. Por lo tanto, es útil recordarnos y empezar a tomar una perspectiva desde la cual aceptemos que muchas de las cosas que están realizando de una forma distinta, no sean equivocadas sino simplemente diferentes o incluso graciosas.

El vecindario. Buscando socios:

En el mundo físico los polos opuestos se atraen, pero en el “mundo TDAH” se da la particularidad que son los polos similares los que se atraen, es decir que los chicos y chicas con características similares suelen terminar juntos, y muchas veces ocasionando situaciones conflictivas.

Por lo tanto, debemos ser astutos para elegir su compañero/a de banco. Si la organización del aula es en filas, seleccionar un “modelo imperfecto”. Es decir, un estudiante tranquilo, responsable, que guste de compartir actividades, de buenos resultados académicos pero no excepcionales. Si proponemos modelos inalcanzables, sólo conseguiremos frustración o falta de “feeling” entre ellos.

Al mismo tiempo entrenar al resto de la clase en la técnica del “ignoring”. La misma consiste en ignorar aquellos comportamientos espontáneos algo disruptivos (como por

ejemplo hablar sin levantar la mano, hacer un chiste en un momento que no corresponde, reírse, etc.). De esta manera el estudiante con TDAH recibirá menos refuerzos del medio social ante comportamientos inadecuados... Es el docente quien especificará qué comportamientos hay que ignorar y con qué objetivo, dejar en claro que su única responsabilidad es la de ignorar no siendo responsables del mal comportamiento de su compañero/a de clase. Debemos hacerlo de forma general, y no hablando en particular de ningún estudiante.

Cronoterapia. ¡Intentar desactivar, no exacerbar!:

Viñeta: “Tuti está en el recreo. Jugando animadamente con sus compañeros. En un momento el juego se vuelve brusco, y comienzan a empujarse e insultarse. En ese instante la docente (quien estaba cuidando el recreo) intenta separar la situación, comienza a gritarles a los chicos y se pone en el medio. Tuti sigue gritándole insultos a su compañero, y la docente se pone a gritarle que eso no está permitido. Que está castigado. Tuti le grita que no se meta. La docente le dice que no es forma de hablarle así. Tuti la insulta.”

Cuando estamos al frente de una clase, y observamos situaciones como ésta repetirse cada día, nos resultará difícil entender cómo Tuti puede elegir respuestas contraproducentes una y otra vez, pese haberlo conversado en tantas ocasiones. Pero el punto en cuestión es que cuando Tuti está inmerso en ese tipo de situaciones, no está pudiendo elegir. Hasta podríamos llegar a decir que ni siquiera está pensando racionalmente. Cuando nuestro sistema nervioso está abrumado por la frustración todo lo que podemos atinar a realizar es una reacción. Cómo los chicos y las chicas con TDAH tienen dificultades para inhibir sus comportamientos, antes que enseñarles lo que está bien o está mal debemos ayudarles a frenar, a volver a la calma: ¡Intentar desactivar, no exacerbar!

Una conversación que les permita entender y aprender sólo puede darse en momentos de autocontrol. Las conductas que podríamos llamar negativas o fuera de lugar, generalmente suceden cuando están fuera de control, no por maldad. Por eso una buena idea para desactivar este tipo de situaciones es la cronoterapia, es decir darles tiempo de calmarse antes de explicarles o corregirlos. Recordemos que esto es para todos nosotros. Hay que buscar mantenerse tranquilo. Por todo esto, para chicos y chicas explosivos o fuera de control, el primer paso es sólo darles un tiempo de parar. Preferiblemente anticipamos los problemas, y tratamos de desviarlos de ellos. Paramos, nos mantenemos calmos y negociamos si es posible. La clave para mantener todo este proceso es detenerse y mantenerse calmos.

MPP (Movimiento Permitido Planificado). Que su inquietud sea una bendición:

Ya dijimos que la necesidad de moverse es algo que no vamos a poder controlar. Y si forzamos a la quietud, lo único que lograremos es una “sobrecarga” de su sistema nervioso. Por lo tanto podremos planificar momentos de descarga motora, e incluso que su inquietud se vuelva una fortaleza. Cuando cambiemos nuestra perspectiva, podremos observar esta característica de una manera distinta.

El Movimiento Permitido Planificado no es aceptar el descontrol porque es recreo u hora libre o invitarlos a salir del aula para que no molesten. Es pensar en tareas que permitan moverse dentro de ciertos criterios, y siempre que se pueda utilizar el refuerzo positivo. Por lo tanto, podemos anticipar momentos en los que no sólo se buscará la descarga motora sino que les permitan sentirse útiles y responsables. Por ejemplo que sean quienes junten los cuadernos, lleven algo a fotocopiar, limpien el pizarrón, vayan a buscar algo a otro salón, etc.



Busquen comprender. Atención+Legitimar:

Pregúntense a ustedes: ¿Por qué hizo esto? Siempre hay una razón, aun cuando parece un acto irracional, aun cuando parezca sin sentido el comportamiento, y aun si no son conscientes o no se dan cuenta de la razón de su conducta. Pregúntenles por qué hicieron lo que hicieron, préstales atención y legitimen su respuesta. Háganles saber qué fue lo que entendieron, reformulando sus palabras.

Aclaremos un poco esto:

- Atención: prestar atención implica que oír no es lo mismo que escuchar. Por lo tanto la propuesta debe contar con un tipo de escucha activa. Una escucha, que se muestre participante: mirando a los ojos, sin estar haciendo otra cosa, asintiendo con la cabeza, preguntando lo que no entendemos y repitiendo con nuestras palabras aquellos que entendimos.

- Legitimar: no quiere decir afirmar que lo que hizo está bien. Si no, tratar de comprender que muchas personas sintiendo y pensando eso, pueden tener ganas de actuar así. Que es una conducta lógica para esas emociones y pensamientos, pero que hay formas mejores de reaccionar. Mejores por sus consecuencias, más adaptativas al contexto. Mejores consecuencias para sí mismo y los otros.

No ser un policía desagradable. Saltearse la actitud negativa:

Imagínense que realizan una infracción de tránsito, como una maniobra prohibida o estacionar el auto en doble fila cuando están llevando a sus hijos al colegio; y sin esperarlo aparece la policía. Les entrega una multa (que posiblemente sea exagerada para lo que pensamos que es justo), y comienza a insultarnos y a decirnos que “somos irrespetuosos, que no pensamos en nada ni en nadie, que está cansado de gente como nosotros que no respeta nada”. Y encima todo lo dice a los gritos...

¿Qué pensarían del policía? ¿Y si encima, ese policía luego es el mismo que nos tiene que dar lecciones de las reglas de tránsito? ¿Les gustaría estar escuchándolo después? ¿Les gustaría saludarlo afectuosamente una vez que termina la clase? Moraleja: cuanto estén dando una sanción saltéense la actitud desagradable. La sanción ya es más que suficiente mala. La actitud desagradable lo único que lograr es generar resentimiento. Por lo tanto, realizar un manejo adecuadamente firme, pero no represivo y de malos modos ante las situaciones negativas. Una vez que estemos todos más tranquilos, fomentar la reflexión ofreciéndose como modelo explicando qué sentimientos pueden tener los otros frente a su comportamiento y planteando las posibles soluciones.

Promover contratos comportamentales. Comprometerlo en ciertas acciones:

Realizar previamente acuerdos de algunos comportamientos esperados, o aquellos que esperamos que dejen de suceder. Acordar previamente cómo se responderá de forma específica (por ejemplo, informándole su desempeño, pegándole un sticker en la carpeta o cuaderno, etc.). Estos acuerdos suelen ser escritos, abarcar no más de tres ítems y deben ser aplicación sencilla con una frecuencia diaria o semanal. Podremos escribirlos a mano, y firmarlo ambas partes, es decir estudiantes y docente.

Estrategias para potenciar habilidades relacionadas con la impulsividad

Lo que NO funciona:

Quizás muchas de las cuestiones que hablemos acá puedan parecer obvias, pero no están demás cuando nos enfrentamos a una situación conflictiva con chicos y chicas con TDAH. Debemos recordar que su impulsividad suele manifestarse en conductas o comportamientos que en muchas ocasiones pueden resultar perturbadores. Lo que está fallando es su capacidad de inhibición, es decir de frenar su comportamiento antes de que

sea tarde. En esos momentos de desregulación funcionan como un “auto sin frenos”. Debemos tener en cuenta que no tienen un problema para entender lo que se puede o no se puede hacer, sino para hacer eso que saben que tienen que hacer. Por lo tanto, en esos momentos de desregulación hay algunas cosas que es fundamental no hacer.

- NO dejarse llevar por el momento, y desregularnos nosotros también. No recurrir a la violencia física ni verbal. La violencia engendra más violencia. Tratar primero de mantener la calma uno mismo y respirar profundamente.

- NO entrar en situación de escalada ni pulseada conflictiva, en donde se produce un aumento de intensidad progresivo. Casi sin darnos cuenta, podemos quedar inmersos en esta dinámica de acción-reacción con un entrelazado de comportamientos progresivamente más violentos, a través del cual una situación conflictiva se agrava. Recordemos que el estudiante con diagnóstico de TDAH está sin frenos, bajo desinhibición. Pretender tener la última palabra, o ser quien hable más fuerte no suele funcionar.

Ahora veremos lo que sí nos puede funcionar...

Ayudar a regular sus emociones:

- Reconocer las emociones: un viejo refrán nos enseña que mejor prevenir que curar. Es también útil para nosotros como docentes. Hoy en día, como sociedad, somos analfabetos emocionales. Es decir, no sabemos (o sabemos muy poco) sobre lo que nos pasa, cómo nos sentimos. Nos dejamos llevar por esas reacciones sin captar la información que nos están brindando. Por lo tanto, para ayudarlos a entender lo que les pasa en los momentos de impulsividad, deberemos invertir tiempo previamente en educar su inteligencia emocional. En que puedan reconocer sus emociones, y entender qué los lleva a sentirse así.

Las emociones son conductas fisiológicas, automáticas e involuntarias que nos suceden ante diferentes situaciones de la vida. Es decir, son un conjunto de cambios a nivel del sistema nervioso, endócrino y comportamental, que al interpretar una situación de determinado modo nos preparan para responder de una manera más adaptativa. Por lo tanto, las emociones no son buenas ni malas de por sí. Todas son útiles de acuerdo a una función. Nos predisponen a ciertos comportamientos de acuerdo a cómo experimentamos lo que nos sucede. Lo que puede volver desadaptativa una emoción es su duración, intensidad y descontextualización. Respectivamente quiere decir que: experimentarlo por más o menos tiempo del necesario para la conducta que nos predispone (estar triste porque se me perdió el celular no estaría mal, pero ¿si estoy todo el año triste por eso...?), vivirlo con una intensidad desmedida de acuerdo a la situación (enojarme porque no me dejan hacer algo sería lógico, pero ¿si mi enojo es tan grande que pierdo el control y realizo algún comportamiento por el cual me sancionarán o pueda lastimarme o lastimar a alguien...?), y finalmente si experimento emociones que no corresponden con la situación que estoy viviendo (tener miedo a encontrarme un león hambriento si estoy caminando por el medio de la selva sería esperable, pero ¿a qué me pase en el patio de mi casa...?) O Por ejemplo, si un chico se enoja porque no lo dejan jugar al fútbol en el recreo, y considera injusto que sus compañeros tomen esa actitud, y enojado presenta su queja ante el docente que cuida el recreo, podemos decir que es una actitud adaptativa. Pero si en cambio, ese enojo dura toda la semana, y en cada recreo decide ir a golpear a sus compañeros en señal de venganza, resultará en una conducta desadaptativa. Lo mismo podríamos decir de emociones con mejor prensa, como la alegría. Si un estudiante se pone contento por aprobar un examen, diríamos que es una actitud adaptativa. Pero si esa alegría es tan grande que se pone a saltar sobre los bancos gritando de la felicidad y corriendo por toda el aula, veríamos como se vuelve desadaptativa. Por lo tanto, invertir

tiempo en ayudarlos/as a ponerle nombre a sus emociones, será ganancia para los momentos de desregulación e impulsividad. La intervención “¡Vamos con Tuti!”, está trabajando este objetivo. Por lo tanto, ustedes podrán conversar con sus estudiantes y potenciar estos aprendizajes. También hemos trabajado algunas herramientas de regulación emocional que pueden aprovechar en clase:

- El termómetro de las emociones o emocionómetro: es una herramienta que nos sirve para saber qué tan intensamente estamos viviendo una emoción, y al igual que cuando tenemos fiebre, dependiendo de la temperatura que tengamos tomar una decisión. De acuerdo a qué temperatura emocional tengamos nuestras alarmas nos irán avisando si tenemos que tranquilizarnos un poco antes de seguir. Se pueden distinguir tres niveles:

‡ De 0 a 3: estamos tranquilos. Nuestras alarmas emocionales aún no están encendidas. Si estamos contentos podemos reírnos, pero sin molestar, si tenemos miedo podemos pedir ayuda, si algo no sale como esperábamos podemos sentirnos desilusionados y si hay algún problema podemos reconocer qué nos molesta.

Ejemplo: Cuando llegamos a trabajar, y estamos bien. Tranquilos. Y pensamos que vamos a tener un buen día de trabajo.

‡ De 4 a 6: hay una situación que nos activa emocionalmente. Con los chicos y chicas con diagnóstico de TDAH que están participando de “¡Vamos con Tuti! ya hemos conversado sobre cómo cercano al nivel 6 se activan nuestras “alarmas emocionales”. Una serie de cambios a nivel de pensamiento, del cuerpo y de la conducta que nos mueven a expresar esas emociones. Si estamos contentos nos dan muchas ganas de compartirlo, si tenemos miedo empezamos a sentir necesidad de alejarnos, si estamos tristes ganas de estar en soledad y quizás de llorar, y si estamos enojados, pero todavía bajo control, necesidad de cambiar la situación con firmeza. Es un buen momento para comunicarnos con otros y expresarnos sobre cómo nos sentimos.

Ejemplo: Estamos terminando nuestra jornada laboral, y la directora nos pide que nos quedemos a una reunión un rato más.

‡ De 7 a 10: nuestras alarmas pueden llegar a sonar tan fuerte que no nos dejan actuar de forma controlada. Lo que sentimos nos desborda y podemos llegar a perder el control. Por eso cuando llegamos a estos niveles no es momento de compartir con otros hasta que logremos calmarnos y llevar nuestras emociones a niveles controlables. Actuar bajo la influencia de las emociones en este momento podrá tener consecuencias negativas.

Por ejemplo: uno de nuestros estudiantes está tan contento porque sacó un 10 en el examen de matemática que alcanza el nivel 10 del termómetro de las emociones. Cuando llega la teacher de inglés está saltando de alegría, gritando de contento. No presta atención a las indicaciones de la docente porque está desbordado. Al punto que se le deberá llamar la atención.

Esta técnica es de especial utilidad cuando estamos enojados. Porque enseñar a nuestros estudiantes que puedan diferenciar su temperatura del enojo permitirá evitar situaciones de desborde emocional.

- El semáforo de las emociones: El semáforo de las emociones es una herramienta útil para regular las emociones y para trabajar la resolución pacífica de conflictos. A partir de un elemento del entorno conocido (un semáforo) se les enseñará y entrenará en ser conscientes de que las emociones pueden ser experimentadas de acuerdo a diferentes niveles de intensidad, y no sólo como una experiencia de “todo o nada”. Esta técnica será una guía de actuación al sentir emociones que nos pueden hacer perder el control, incorporando tres pasos: rojo (respirar y detenerse), amarillo (pensar en opciones) y verde (elegir una opción considerando las consecuencias, la mejor según sus consecuencias).

La técnica del semáforo será una guía de actuación al sentir emociones que nos pueden hacer perder el control de nosotros mismos e impedir ver las situaciones de forma

objetiva. De tal forma ayudará a los estudiantes a resolver posibles problemas siendo conscientes de lo que sienten, aceptando esa emoción, pero pensando con la máxima claridad posible antes de actuar.

Existen otras técnicas que no trabajamos en “¡Vamos con Tuti!”, pero que también podrían ser útiles:

- “Duro como un robot, blando como un muñeco de trapo”: esta técnica consiste en enseñarles el paso por dos fases. En un primer momento lo invitaremos a poner rígido todo su cuerpo “como si fueran robots” y mantener esa tensión durante cinco o diez segundos. Luego pasaremos a invitarlos a poner su cuerpo “blando como un muñeco de trapo”, y mantener esa relajación durante cinco o diez segundos. Repetiremos estas fases tres o cuatro veces. Esta sucesión los ayudará a relajarse y regularse emocionalmente.

- Tiempo fuera: es una técnica que no se recomienda abusar ni realizar sin supervisión de un profesional, porque puede afectar la inclusión (al dañar la autoestima y segregar del resto del grupo). Pero en situaciones de mucha desregulación puede llegar a ser necesaria, al percibir a nuestro estudiante especialmente inquieto, molesto o ansioso se puede realizar un tiempo fuera por unos minutos sin que esto implique un castigo sino “un minuto de reflexión”, “un minuto para tomar aire”, a fin de darle tiempo para ponerse en orden.

Los pasos son: 1) Debe seleccionarse un lugar y comunicar previamente (dentro del aula, banco alejado o rincón del que pueda seguir la clase y se lo pueda observar). Importancia de que toda la clase conozca las reglas y debe estar entrenada en el “ignoring”, permaneciendo en silencio sin molestar, etc. 2) Orden, directiva y/o solicitud. 3) Advertencia. 4) Implementación del tiempo fuera: indicando tiempo preciso desde que tenga un comportamiento aceptable (se le puede avisar que se reducirá si se comporta como es esperado). Un minuto por año aproximadamente. Con un tiempo máximo de quince minutos. 5) Deberá estar tranquilo/a y hacer la conducta deseada.

Uso de refuerzos positivos

En muchas ocasiones los chicos y chicas con problemas de conducta sólo reciben atención cuando están realizando algo inadecuado y en general no se interactúa con ellos en los momentos en que están teniendo una conducta adecuada. Una buena medida para mejorar su conducta es reforzarlos positivamente cada vez que realizan un comportamiento esperado, que se pretende, sin hacer hincapié en las conductas inadecuadas. La idea central consiste en retirar moderadamente la atención de algunas conductas no deseadas que no impliquen daño para sí o terceros (por ejemplo, hablar sin levantar la mano, levantarse del banco para hacer una pregunta, etc.) y ser generoso con los elogios a las conductas esperadas (levanta la mano, pide perdón por hablar en el turno de otro, etc.). Es un refuerzo positivo del tipo verbal, que no consiste en decir mentiras (“que bien te estás portando” por la primera conducta esperada en un día difícil) o exagerar (“sos el mejor alumno de la clase”, “sos un genio”), sino en marcar positivamente esa conducta prestándole atención (“Que bien que pudiste levantar la mano”, “vi que te aguantaste de hablar”, etc.). Los niños, niñas y adolescentes en general entienden más de consecuencias que de acciones, aquellos con diagnóstico de TDAH aún más notoriamente. El éxito de esta herramienta depende de una serie de factores entre los que se encuentra el tipo de objetivos seleccionados. Si la recompensa se encuentra restringida a resultados excepcionales puede funcionar para la mayoría de nuestra clase, sin embargo, los chicos y las chicas con TDAH necesitan aprobación por logros menores y recompensas a más cortos plazos.



Una variante metodológica para esta herramienta son los sistemas de economía de fichas. Que podrían ser beneficiosos si el profesional a cargo del tratamiento lo sugiere. En ese caso pedir que se los capacite y supervise de ser posible.

Estructurar parcialmente los recreos

Todas las personas necesitamos tener espacios para poder descargar tensiones y mover nuestro cuerpo. Más los chicos y las chicas en general, e incluso más aquellos que tienen TDAH. Delimitar sectores del patio en donde esté permitido correr, jugar a la pelota, jugar a la mancha, etc. (siempre con ciertas reglas).

Recordemos que los estudiantes con diagnóstico de TDAH necesitan moverse mucho y suelen tener problemas relacionados con su impulsividad y baja tolerancia a la frustración. Por ello, surgen problemas con la integración social ya sea por el rechazo activo de los demás o bien, por la propia exclusión cuando no toleran perder, ser castigados o no pueden imponer a los demás el juego que ellos quieren jugar. Por lo tanto, proponer actividades en los recreos puede ser de ayuda. Como un sector de rayuela, una búsqueda del tesoro por todo el patio, un sector para jugar al “quemado”, otro para saltar la soga, etc.

Una aclaración importante: se recomienda nunca eliminar los recreos como un castigo. Estos espacios de descarga de movimientos y energía son fundamentales para mantener su regulación emocional, por lo que su eliminación sólo puede ser perjudicial.

Uso de pictogramas

Con el objetivo de disminuir la impulsividad se puede buscar explicitar con algún gesto o signo preconvencido la necesidad de demorar una respuesta, valorar y recompensar las respuestas diferidas (no impulsivas), e incluso utilizar pictogramas recordatorios (ejemplo: «frenar, mirar y escuchar»). También pueden incorporarse gestos y palabras disparadoras: levantar la mano, cantar una canción, hacer el gesto de una suricata al mismo tiempo que se los invita a copiar ese gesto, etc.

Fomentar la autoestima positiva

La autoestima es la conciencia que tenemos sobre nuestro valor, cuánto nos valoramos a nosotros mismos. En la medida que las personas vamos madurando, nuestra autoestima se ve menos influenciada por las circunstancias y juicios externos. Nace de la reflexión real que nos enseña cómo somos, qué habilidades tenemos y cómo nos desarrollamos a través de nuestras experiencias y expectativas.

Los chicos y las chicas con diagnóstico de TDAH con frecuencia tienen afectada su autoestima como consecuencia de recibir comentarios críticos por parte de la familia, docentes y compañeros. En su niñez suelen ser poco populares, con dificultades para hacer amigos o conservarlos, a menudo se meten en problemas y/o tienen un bajo rendimiento en el colegio. Estas situaciones los llevan a desarrollar generalmente dos tipos de sensaciones o imagen de sí mismos. La más común es la sensación de “fallar en todo, no hacer nada bien, no servir para nada, ser vagos o malos” a pesar de intentar hacer las cosas bien. Otra falsa autoestima que suelen desarrollar es la sensación de que “todo lo pueden, todo es muy sencillo para ellos, pero no lo hacen porque no tienen ganas; si lo quisieran hacer lo harían muy bien.” De esta manera, suelen posponer sus tareas y compromisos para evitar afrontar realmente la situación.

En este sentido, debemos diferenciar entre la “autoestima verdadera” y la “autoestima trucha” o “falsa autoestima”. Ésta última nace de los dichos de los demás, quienes por el afán de hacernos sentir bien nos dicen cosas lindas sobre nosotros que no son verdad. Frases como “sos el mejor jugando al básquet”, “Sos una genia, nunca vas a desaprobarte

una prueba”, “sos el mejor alumno/hijo (cuando hacen lo que queremos nosotros)” “vos no lo haces porque no querés, porque cuando te pongas las pilas lo terminás enseguida”. Lo conflictivo de esas frases es que no son totalmente verdad. La autoestima se está sosteniendo en la mirada del otro, adulto y con autoridad, quien al decir estas cosas está creando falsas expectativas. Al encontrarse en circunstancias en las que no logra cumplirlas, se ve desmoronado. No vale, ya que no es capaz de hacer aquello por lo cual era valorado. La autoestima verdadera, nace de la autoeficacia. Es decir, de verse a uno mismo logrando aquello que creía poder lograr. Se fortalece afrontando de manera gradual los desafíos, aprendiendo de los errores y superando las dificultades que se vayan sucediendo. Reconociendo aspectos positivos (fortalezas) y aspectos negativos, de poca habilidad o en desarrollo (debilidades).

Por lo tanto, será importante buscar aquellas habilidades positivas y fortalezas en las que se destaca nuestro estudiante con diagnóstico de TDAH. Que nuestras “balanza emocional” de cada día nos marque más interacciones positivas que negativas.

Algunas consideraciones finales

Comunicación con los profesionales

Si bien a lo largo de todo el taller estuvimos conversando sobre las generalidades de la población con diagnóstico de TDAH, debemos recordar que en el 50% de los casos el diagnóstico suele ir acompañado con el de otra dificultad como Trastorno del Espectro Autista, Trastorno Oposicionista Desafiante o Dificultades Específicas del Aprendizaje. Además, nos hemos esforzado en remarcar que, dentro de la neurodiversidad, todos somos distintos; presentando fortalezas y debilidades intrapersonales. Por lo tanto, en aquellos casos en que nuestro estudiante este bajo tratamiento con profesionales es de vital importancia poder establecer canales de comunicación para informarse mutuamente de los avances y dificultades, y pedir sugerencias pensadas especialmente para nuestro estudiante.

Comunicación con la familia

Con la familia también será importante establecer canales de comunicación claros y equilibrados. Es conveniente no caer en la tentación de realizar un resumen oral y público (delante de otros padres y el resto de la clase) al momento que el estudiante es retirado del establecimiento, para no exponerlo. Tampoco será conveniente hacerlo todos los días, para no caer en el fastidio y agotamiento personales ni de la familia.

Se sugiere establecer comunicaciones semanales, comentado objetivos alcanzados, aspectos positivos y aquellos que se deben seguir trabajando. A través de un medio como el cuaderno de comunicaciones, e-mail institucional o servicio de mensajería formal de la plataforma/campus virtual de la institución educativa.



Anexo 19 – Hoja de información. Consentimiento informado y asentimiento.



INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

DATOS GENERALES SOBRE EL ESTUDIO

Título del estudio:

“Diseño y evaluación de un programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar las habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).”

Promotor:

La presente investigación no tiene fines de lucro y forma parte de una beca doctoral financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Investigador principal:

Juan Pablo Paneiva Pompa. Licenciado en Psicología. Becario Doctoral CONICET. Grupo de investigación: *Comportamiento Humano, Genética y Ambiente* (OCA 447/05). IPSIBAT (Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnológica), Facultad de Psicología, UNMDP.

Investigadores:

Liliana Bakker. Licenciada en Biología. Especialista en Docencia Universitaria. Directora Grupo de Investigación “Comportamiento Humano, Genética y Ambiente”. IPSIBAT, Facultad de Psicología, UNMDP.

Sebastián Urquijo. Dr. en Psicología. Investigador CONICET. IPSIBAT, Facultad de Psicología, UNMDP.

Unidad Académica: Universidad Nacional de Mar del Plata – Facultad de Psicología.

Comité de bioética que evaluó la investigación: Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB), Secretaría de Ciencia y Tecnología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Por preguntas, dudas o aclaraciones, podrá contactarse con:

Profesional a cargo del programa de intervención: Lic. Juan Pablo Paneiva Pompa. Lugar: IPSIBAT, Facultad de Psicología, UNMDP. Teléfono: (0223) 155-703739. Correo electrónico: juampi_paneiva@hotmail.com



Coordinadora del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) de la UNMDP: Mg. Susana La Rocca. Teléfono: (0223) 492-1705/ (0223) 155-055221.

Si usted considera que necesita una persona que le ayude a comprender la información que le brinda el investigador, el nuevo Código Civil y Comercial establece la figura del Apoyo. Este Apoyo será una persona que cumplirá la función de asistirlo o asistirle en la comprensión del contenido de la Hoja de Información y del Consentimiento Informado

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Programa Temático Interdisciplinario en Bioética de la UNMDP (PTIB). Es necesario que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Hemos intentado utilizar un vocabulario comprensible, accesible a las personas que no están familiarizadas con los términos usados en el estudio. Si hubiese algunas palabras o conceptos que no se entendieran fácilmente puede solicitar, cuantas veces lo desee, las aclaraciones que necesite. Le será entregada una copia de la hoja de información al/la participante y el formulario de consentimiento informado

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes con inicio en la infancia. Se caracteriza por tres síntomas principales: inatención, hiperactividad e impulsividad. En la práctica, los síntomas tienen repercusiones negativas en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño, lo cual dificulta su aprendizaje escolar y su adaptación a los diferentes contextos. Por tal motivo, los niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH a menudo son marginados o se les ve con una percepción negativa preconcebida de cómo pueden comportarse en el aula. Estas percepciones negativas se centran en su sintomatología y suelen ubicar al niño como "molesto, inquieto, distraído e impulsivo".

De la misma manera, la investigación y las prácticas actuales se han centrado fundamentalmente en la sintomatología de los niños con TDAH, por tanto las intervenciones psicoeducativas suelen dirigir la atención de los padres, docentes y estudiantes sobre lo que está yendo mal y cómo "arreglarlo".

Dada la comprensión predominantemente negativa del TDAH, tanto en la investigación como en la práctica, es de nuestro interés diseñar y evaluar un programa de intervención psicoeducativa en



entornos escolares para potenciar las habilidades positivas de niños con este diagnóstico. Lo cual implica promover una mirada que no se centre exclusivamente en los comportamientos negativos que puedan tener los niños, sino una visión holística y optimista que considere además aquellos comportamientos que pueden ser adaptativos en ciertas situaciones o contextos. El conocimiento en mayor profundidad acerca de las habilidades positivas es parte de esta investigación. Sin embargo, los estudios indican que los niños y adolescentes con este diagnóstico presentan como fortalezas habilidades en las áreas de pensamiento lógico, razonamiento e inteligencia emocional; creatividad y espontaneidad. Específicamente, el objetivo de esta investigación es generar evidencias sobre los beneficios de promover y potenciar las habilidades positivas de niños, niñas y adolescentes escolarizados con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que contribuya a mejorar su adaptación al contexto escolar, promover su bienestar psicológico, autoestima y competencia social.

A continuación, le brindamos información que consideramos que puede enriquecer su comprensión sobre el objetivo de este estudio y sus derechos.

METODOLOGÍA A SEGUIR

¿A quién está dirigido este estudio?

El estudio está dirigido a niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH, sus padres y sus docentes. Son criterios de inclusión para este estudio que los niños presenten diagnóstico de TDAH, edad comprendida entre 7 y 13 años, y asistan a escuelas de gestión pública y privada de la ciudad de Mar del Plata. Son criterios de exclusión la presencia de discapacidad intelectual, auditiva o visual. Los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH serán derivados por médicos neurólogos y psiquiatras de Instituciones de Salud de la ciudad de Mar del Plata y evaluados por el Grupo de Investigación "Comportamiento Humano, Genética y Ambiente" en el marco del proyecto de investigación mayor "Toma de decisiones, regulación emocional y parámetro psicofisiológico periférico en niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad."

¿Cuántos sujetos se van a incluir en el estudio?

En este estudio participarán 60 niños y niñas con diagnóstico de TDAH y sus respectivos docentes. Los niños serán divididos en dos grupos. Un primer grupo, con intervención, compuesto por 30 niños y niñas con diagnóstico de TDAH y sus docentes, y un segundo grupo cuasi control sin intervención, compuesto por 30 niños y niñas con diagnóstico de TDAH y sus docentes. Los dos grupos serán pareados por sexo y edad. A los niños integrantes del grupo cuasi control, al finalizar el estudio se les



ofrecerá la posibilidad de participar en el programa de intervención en caso de que las hipótesis fueran probadas.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Podemos resumir el objetivo de este estudio en los siguientes 4 puntos:

1. Identificar habilidades positivas en niños con diagnóstico de TDAH para proporcionar una comprensión positiva de las capacidades de esta población y posibilitar una visión integral que contrarreste las percepciones e interacciones negativas, promueva su inclusión y el sostenimiento de su trayectoria escolar.
2. Diseñar un programa de intervención psicoeducativo, en el ámbito escolar, con validez ecológica y basado en la evidencia, orientado a fortalecer las habilidades positivas de niños con TDAH, y fomentar en sus docentes una percepción integral sobre las dificultades y fortalezas. Se promoverá una mirada que no se centre exclusivamente en los comportamientos negativos que puedan tener los niños, sino un visión holística y optimista que también considere comportamientos que pueden ser adaptativos en ciertas situaciones o contextos.
3. Implementar y evaluar los efectos del programa de intervención positiva.
4. Obtener evidencias empíricas sobre los beneficios de potenciar las habilidades positivas de los niños con TDAH.

¿En qué consiste el programa de intervención psicoeducativo?

En primer lugar, será necesario realizar una evaluación previa a iniciar el programa, para conocer el desempeño antes de la aplicación del mismo. Se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Cuestionario multidimensional AF5 (Musitu et al., 2001)
- Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida para estudiantes (*Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*, BMSLSS, por sus siglas en inglés) (Seligson et al., 2003)
- Escala breve multidimensional de satisfacción con la vida para padres (*Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*, BMSLSS) (Seligson et al., 2003; Miranda Casas et al., 2011)
- Escala Messy (Trianes et al., 2002)

Luego de realizada la evaluación se dará inicio al Programa de intervención psicoeducativo destinado a fortalecer las habilidades positivas en niños con diagnóstico de TDAH.

La propuesta de intervención integral diseñada aborda la problemática desde diferentes perspectivas: sesiones individuales con el niño, niña o adolescente con diagnóstico de TDAH; talleres



dirigidos al grupo áulico, sesiones a padres y talleres con sus docentes (y miembros de la institución educativa que quieran participar).

Posteriormente se realizará la evaluación de la efectividad del Programa de intervención Post-test inmediato, post-test retardado I (3 meses) y post-test retardado II (6 meses). La evaluación se realizará con los mismos instrumentos administrados al inicio (cuestionarios administrados a los padres y al niño) para conocer el desempeño del participante y evaluar los resultados del programa.

Cabe aclarar que la realización de este estudio cumple con la legislación vigente del ejercicio profesional del psicólogo, y sigue los principios de la Declaración de Helsinki (2013) de la Asociación Médica Mundial, del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, la ley Provincial 11044 y el nuevo Código Civil y Comercial.

¿Qué es lo que mi hijo/a debe hacer en el estudio?

Debe asistir a los encuentros programados y estar dispuesto/a a realizar las actividades que forman parte del programa.

Si desea que su hijo/a participe, ¿Cuáles son los pasos a seguir?

Si desea que su hijo/a participe del presente estudio, el profesional a cargo del programa se contactará con usted para coordinar día y hora de la sesión de presentación, donde además se llevará a cabo la firma del consentimiento informado de los padres y asentimiento del participante.

Beneficios derivados de la participación en el estudio

Se espera que los participantes del programa de intervención, caracterizado por la promoción de habilidades positivas, presentarán mayores niveles de satisfacción con la vida, bienestar psicológico, autoconcepto y competencia social comparado con el grupo cuasi control. Es posible que el/la participante de este estudio no obtenga ningún beneficio para su salud por participar de esta investigación.

Riesgos derivados de la participación en el estudio

La participación en el estudio no implicaría riesgos para la salud y el desarrollo.

Responsabilidad y seguro

El IPSIBAT cuenta con un seguro que protege a investigadores e investigadoras que participan de este estudio. El investigador responsable cuenta con un seguro que protege a los sujetos de la investigación. La póliza de seguros se ajusta a la legislación vigente y proporcionará al/la participante



la compensación e indemnización en caso de menoscabo de su salud (lesiones y daños) que pudieran producirse en relación con su participación en el estudio de investigación.

Tratamientos alternativos

El programa de intervención propuesto es novedoso debido al énfasis en la visión positiva de los niños con diagnóstico de TDAH. En caso de no participar en el estudio, en la actualidad existen tratamientos farmacológicos y enfoques de manejo del comportamiento dirigidos principalmente a reducir los síntomas centrales y el comportamiento problemático de los niños con el trastorno.

Gastos y compensaciones

El estudio es financiado con una beca doctoral de CONICET adjudicada al Lic. en psicología Juan Pablo Paneiva Pompa.

Los participantes de este estudio no recibirán ninguna compensación económica por el mismo. La participación no supondrá ningún costo. Los cuestionarios de evaluación y los materiales necesarios para llevar a cabo este programa se distribuyen en forma gratuita. En los encuentros realizados en el IPSIBAT, los participantes asumirán el costo de los traslados de ida y de vuelta.

El conocimiento surgido como resultado del estudio de investigación, que resultara eficaz, será comunicado gratuitamente desde la finalización de la investigación hasta su comercialización si la hubiera.

Otra información relevante

Ante cualquier nueva información relevante que se descubra durante el desarrollo de la investigación y que pueda afectar al participante, le será comunicada por los investigadores lo antes posible.

Causas de exclusión de los participantes durante el desarrollo del estudio

Los participantes del estudio pueden ser excluidos del mismo por motivos de seguridad, acontecimientos adversos, o incumplimiento de sus deberes.

Participación voluntaria y derecho a retirarse del estudio libremente y sin perjuicio

La participación es voluntaria. En el caso de los niños, sólo usted y su hijo/a/representado decidirán si desean participar o no en este estudio. Usted y su hijo/a tienen el derecho a no participar o a suspender la participación en cualquier momento del programa, sin que ello altere la relación con el



investigador. En el caso de los docentes, sólo usted decidirá si desea participar o no del estudio, teniendo el derecho de suspender su participación en cualquier momento del programa.

Si los participantes o sus representantes deciden retirar su consentimiento de participar en el estudio ninguna información será añadida a la base de datos pudiendo exigir la destrucción de todas las muestras identificables, previamente obtenidas, para evitar la realización de nuevos análisis si correspondiera. En el caso de personas humanas incapaces, con capacidad restringida o inhabilitados, se les garantizará en todo el proceso de la investigación el acceso a los apoyos necesarios, de conformidad al art. 59 del Código Civil y Comercial.

Confidencialidad de los datos obtenidos y su alcance

La información y los datos aportados por los participantes se manejarán confidencialmente y con fines exclusivamente científicos. Solo los investigadores a cargo del estudio conocerán su información personal que está avalada por la Ley 25.326 de protección de datos personales. Asimismo, la presentación y difusión de los resultados garantiza la preservación de su identidad. La Dirección Nacional de Datos Personales (Órgano de control de la ley nro. 25.326, Domicilio Sarmiento 1118 piso 5to. p-C1041aax ciudad Autónoma de Bs.As. Tel. 011-4383-8512/13. e-mail: infodnepdep@jus.gov.ar) tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Asimismo, los resultados del estudio, una vez finalizado el mismo, estarán disponibles para los participantes.

Legenda obligatoria por disposición del Comité de Ética Central Del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central en Investigación -Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- con fecha 30-12-2016, bajo el N° 061/201, Folio 124, Libro 2. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Bioética del PTIB de la UNMDP, Coordinadora Magister Susana La Rocca. Teléfono celular: 223 – 155-055221.

Datos de contacto



Si Ud. precisa mayor información sobre este estudio puede contactarse con el Investigador principal de este estudio, Juan Pablo Paneiva Pompa, de la Facultad de Psicología (IPSIBAT, CONICET-UMdP), Tel; 223-155-703739 o en el e-mail juampi_paneiva@hotmail.com

Muchas Gracias por su tiempo. Le agradecemos su colaboración.



ASENTIMIENTO DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE

A continuación te voy a leer qué es lo que vamos a hacer juntos para que entiendas de qué se trata nuestro trabajo y cuál va a ser tu participación.

Te voy a dar algunas actividades. Te voy a mostrar algunas imágenes con historias y hacer preguntas sobre los personajes. Vamos a jugar algunos juegos y ver algunos videos.

Cualquier duda que tengas podés preguntarme a mí o a tus papás. Sólo vas a participar si querés hacerlo y podés dejar de participar cuando vos quieras.

¿Querés participar?

ASENTIMIENTO	SI	NO	
Firma del participante	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del Apoyo (si lo requiriese)	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del testigo	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del profesional	Aclaración	DNI	Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES

Proyecto de Investigación: "Diseño y evaluación de un programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar las habilidades positivas de niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)."

Profesional a cargo del programa de intervención: Lic. Juan Pablo Paneiva Pompa. Lugar: IPSIBAT, Facultad de Psicología, UNMDP. Teléfono: (0223) 155-703739. Correo electrónico: juampi_paneiva@hotmail.com

Coordinadora del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) de la UNMDP: Mg. Susana La Rocca. Teléfono: (0223) 492-1705/ (0223) 155-055221.



Código del paciente: _____

Por el presente, declaro haber leído la información para el participante acerca del estudio, recibí detalles sobre la naturaleza del mismo y estoy en condiciones de dar mi consentimiento. El investigador me ha contestado personalmente, a mi entera satisfacción, todas las preguntas respecto a esta investigación. La identidad será preservada, y el nombre mío y de mi hijo/a no serán dados a conocer en ninguna presentación, ni publicación, resguardando el principio de confidencialidad. En el caso de que los encuentros sean grabados, una vez transcritos me aseguran su destrucción. He sido informado que tengo derecho a solicitar los resultados de la evaluación de estudio.

Acepto voluntariamente mi participación y la de mi representado/a en esta investigación, por lo que firmo el presente consentimiento, reteniendo una copia del mismo.

Firma del padre o tutor	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del Apoyo (si lo requiriese)	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del testigo	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del profesional	Aclaración	DNI	Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DOCENTES

Proyecto de Investigación: "Diseño y evaluación de un programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar las habilidades positivas de niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)."



Profesional a cargo del programa de intervención: Lic. Juan Pablo Paneiva Pompa. Lugar: IPSIBAT, Facultad de Psicología, UNMDP. Teléfono: (0223) 155-703739. Correo electrónico: juampi_paneiva@hotmail.com

Coordinadora del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) de la UNMDP: Mg. Susana La Rocca. Teléfono: (0223) 492-1705/ (0223) 155-055221.

Código del paciente: _____

Por el presente, declaro haber leído la información para el participante acerca del estudio, recibí detalles sobre la naturaleza del mismo y estoy en condiciones de dar mi consentimiento. El investigador me ha contestado personalmente, a mi entera satisfacción, todas las preguntas respecto a esta investigación. La identidad será preservada, y mi nombre no serán dados a conocer en ninguna presentación, ni publicación, resguardando el principio de confidencialidad. En el caso de que los encuentros sean grabados, una vez transcritas me aseguran su destrucción. He sido informado que tengo derecho a solicitar los resultados de la evaluación de estudio.

***Acepto voluntariamente mi participación**, por lo que firmo el presente consentimiento, reteniendo una copia del mismo.*

Firma del participante	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del Apoyo (si lo requiriese)	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del testigo	Aclaración	DNI	Fecha
Firma del profesional	Aclaración	DNI	Fecha

Anexo 20 – Comparación de las puntuaciones de los grupos en todas las variables dependientes en la fase pre-test.

Tabla 23 – Comparación de las puntuaciones entre GC y GI para la prueba SNAP-IV, en la fase Pre-test. Análisis mediante Prueba U de Mann-Whitney.

	SNAP-IV Padres. Desatención	SNAP-IV Padres. Hip-Imp	SNAP-IV Padres. Combinado	SNAP-IV Padres. -O.D.	SNAP-IV Docentes. Desatención	SNAP-IV Docentes. Hip-Imp	SNAP-IV Docentes. Combinado	SNAP-IV Docentes. O-D
U de Mann-Whitney	127.5	111	109.5	122.5	114.5	84.5	96.5	92.5
Z	-.571	-1.143	-1.192	258.5	-.04	-1.232	-.754	-.915
Sig. asintótica (bilateral)	.568	.253	.233	.747	.968	.218	.451	.360

Tabla 24 – Comparación de las puntuaciones entre GC y GI para Cuestionario AF5, en la fase Pre-test. Análisis mediante Prueba U de Mann-Whitney.

	Autoconcepto académico	Autoconcepto social	Autoconcepto emocional	Autoconcepto familiar	Autoconcepto físico	Autoconcepto general
U de Mann-Whitney	141.5	171	186.5	195	145	134
Z	-1.577	-.775	-.354	-.124	-1.487	-1.776
Sig. asintótica (bilateral)	.115	.438	.724	.901	.137	.076

Tabla 25 – Comparación de las puntuaciones entre GC y GI para Escala Messy, en la fase Pre-test. Análisis mediante Prueba U de Mann-Whitney.

	Agresividad/ Conducta antisocial	HHSS apropiadas	Amistad	Sobreconfianza / Celos / Soberbia	Soledad / Ansiedad social	Total negativas	Total positivas
U de Mann-Whitney	163.5	160	151.5	156	117	167	166
Z	-.228	-.335	-.596	-.460	-1.666	-.122	-.152
Sig. asintótica (bilateral)	.820	.738	.551	.645	.096	.903	.879

Tabla 26 – Comparación de las puntuaciones entre GC y GI para Escala BMSLSS, versión infantil, en la fase Pre-test. Análisis mediante Prueba U de Mann-Whitney.

	Vida Familiar	Amistades	Escuela	Si mismo	Barrio	General
U de Mann-Whitney	181.5	168.5	169	149.5	183.5	195
Z	-.622	-1.042	.366	.113	-.482	-.124
Sig. asintótica (bilateral)	.534	.297	.366	.113	.629	.901

Tabla 27 – Comparación de las puntuaciones entre GC y GI para Escala BMSLSS, versión padres, en la fase Pre-test. Análisis mediante Prueba U de Mann-Whitney.

	Vida Familiar	Amistades	Escuela	Si mismo	Barrio	General
U de Mann-Whitney	206.5	161.5	192	159.5	148	150.5
Z	-.073	-1.454	-.479	-1.615	-1.68	-1.545
Sig. asintótica (bilateral)	.941	.146	.632	.106	.093	.122

Tabla 28 – Comparación de las puntuaciones entre GC y GI para cuestionario BASC-T, en la fase Pre-test. Análisis mediante Prueba U de Mann-Whitney.

	Resiliencia	HHSS	Liderazgo	Agresividad	Hiperactividad	Problemas de conducta	Inatención	Problemas de aprendizaje	Atipicidad
U de Mann-Whitney	147.5	138.5	132.5	133.5	104	129.5	137	120	76
Z	-.152	-.139	-.348	-.348	-.312	-.454	-.191	-.783	.020
Sig. asintótica (bilateral)	.880	.889	.728	.755	.181	.650	.848	.434	.020*

* $p < .05$

Tabla 29 – Comparación de las puntuaciones entre GC y GI para cuestionario BASC-T, en la fase Pre-test. Análisis mediante Prueba U de Mann-Whitney. Continuación.

	Depresión	Ansiedad	Retraimiento	Somatización	Exteriorizar problemas	Interiorizar problemas	HH adaptativas	Síntomas comportamentales	Problemas escolares
U de Mann-Whitney	116	110.5	134	131	107.5	127	133.5	137	124
Z	-.928	-1.114	-.296	-.409	-1.215	-.538	-.312	-.191	-.643
Sig. asintótica (bilateral)	.353	.265	.767	.683	.224	.591	.755	.849	.520

Anexo 21 – Pruebas de normalidad y homocedasticidad

Tabla 30 – Prueba de normalidad de las distribuciones en GI. Análisis mediante la Prueba de Shapiro-Wilk

	Prueba de Shapiro- Wilk	gl	p
SNAP IV Padres - Desatención	.841	10	.046*
SNAP IV Padres - TDAH Hip-Imp	.914	10	.311
SNAP Padres-TDAH Comb	.973	10	.918
SNAP Padres - ODD	.692	10	.001*
SNAP Docentes – TDAH Desatención	.920	10	.357
SNAP Docentes – TDAH Hip-Imp	.876	10	.118
SNAP Docentes - TDAH Combinado	.946	10	.623
SNAP Docentes - ODD	.882	10	.139
AF5 - Autoestima Académico	.843	10	.048*
AF5 – Autoestima Social	.915	10	.315
AF5 – Autoestima Emocional	.955	10	.731
AF5 – Autoestima Familiar	.865	10	.087
AF5 – Autoestima Físico	.915	10	.314
AF5 – Autoestima General	.870	10	.099
MESSY - Agresividad/conducta antisocial	.917	10	.336
MESSY - Habilidades sociales apropiadas	.945	10	.605
MESSY - Amistad	.898	10	.209
MESSY –Sobreconfianza /Celos /Soberbia	.748	10	.003*
MESSY - Soledad / Ansiedad social	.920	10	.358
MESSY - TOTAL NEGATIVAS	.930	10	.448
MESSY - TOTAL POSITIVAS	.959	10	.776
BASC T - Resiliencia	.868	10	.095
BASC T - HHSS	.907	10	.259
BASC T - Liderazgo	.898	10	.210
BASC T - Agresividad	.949	10	.662
BASC T - Hiperactividad	.940	10	.558
BASC T – Problemas de Conducta	.920	10	.358
BASC T - Inatención	.927	10	.421
BASC T – Problemas de Aprendizaje	.886	10	.155
BASC T - Atipicidad	.831	10	.035*
BASC T - Depresión	.875	10	.114
BASC T - Ansiedad	.899	10	.216
BASC T - Retraimiento	.969	10	.877
BASC T - Somatización	.903	10	.238
BASC T – Exteriorizar problemas	.909	10	.272
BASC T - Interiorizar Problemas	.881	10	.134
BASC T - HH Adaptativas	.818	10	.024*
BASC T - Síntomas Comportamentales	.970	10	.895
BASC T – Problemas Escolares	.895	10	.191
BMSLSS Infantil - Familia	.532	10	.000*
BMSLSS Infantil - Amigos	.603	10	.000*
BMSLSS Infantil - Barrio	.678	10	.000*
BMSLSS Infantil - Escuela	.859	10	.074

BMSLSS Infantil - Vos	.781	10	.008*
BMSLSS Infantil - General	.907	10	.258
BMSLSS Padres - Familia	.752	10	.004*
BMSLSS Padres - Amigos	.752	10	.004*
BMSLSS Padres - Barrio	.756	10	.004*
BMSLSS Padres - Escuela	.885	10	.149
BMSLSS Padres - Vos	.743	10	.003*
BMSLSS Padres - General	.933	10	.483

* p<0.05

Tabla 31 – Prueba de normalidad de las distribuciones en GC. Análisis mediante la Prueba de Shapiro-Wilk

	Prueba de Shapiro- Wilk	gl	p
SNAP IV Padres - Desatención	.964	6	.847
SNAP IV Padres - TDAH Hip-Imp	.912	6	.453
SNAP Padres-TDAH Comb	.903	6	.389
SNAP Padres - ODD	.811	6	.073
SNAP Docentes – TDAH Desatención	.941	6	.671
SNAP Docentes – TDAH Hip-Imp	.886	6	.298
SNAP Docentes - TDAH Combinado	.963	6	.845
SNAP Docentes - ODD	.874	6	.244
AF5 - Autoestima Académico	.876	6	.252
AF5 – Autoestima Social	.932	6	.599
AF5 – Autoestima Emocional	.854	6	.171
AF5 – Autoestima Familiar	.854	6	.168
AF5 – Autoestima Físico	.632	6	.001*
AF5 – Autoestima General	.810	6	.072
MESSY - Agresividad/conducta antisocial	.877	6	.254
MESSY - Habilidades sociales apropiadas	.953	6	.765
MESSY - Amistad	.934	6	.610
MESSY –Sobreconfianza /Celos /Soberbia	.966	6	.863
MESSY - Soledad / Ansiedad social	.866	6	.212
MESSY - TOTAL NEGATIVAS	.928	6	.563
MESSY - TOTAL POSITIVAS	.897	6	.357
BASC T - Resiliencia	.920	6	.502
BASC T - HHSS	.861	6	.194
BASC T - Liderazgo	.953	6	.763
BASC T - Agresividad	.800	6	.059
BASC T - Hiperactividad	.959	6	.813
BASC T – Problemas de Conducta	.909	6	.432
BASC T - Inatención	.881	6	.271
BASC T – Problemas de Aprendizaje	.978	6	.944
BASC T - Atipicidad	.709	6	.008*
BASC T - Depresión	.922	6	.523
BASC T - Ansiedad	.852	6	.164
BASC T - Retraimiento	.906	6	.409
BASC T - Somatización	.672	6	.003*
BASC T – Exteriorizar problemas	.816	6	.081

BASC T - Interiorizar Problemas	.899	6	.371
BASC T - HH Adaptativas	.855	6	.172
BASC T - Síntomas Comportamentales	.944	6	.696
BASC T - Problemas Escolares	.836	6	.121
BMSLSS Infantil - Familia	.496	6	.000*
BMSLSS Infantil - Amigos	.496	6	.000*
BMSLSS Infantil - Barrio	.831	6	.110
BMSLSS Infantil - Escuela	.809	6	.070
BMSLSS Infantil - Vos	.496	6	.000*
BMSLSS Infantil - General	.840	6	.129
BMSLSS Padres - Familia	.903	6	.393
BMSLSS Padres - Amigos	.915	6	.473
BMSLSS Padres - Barrio	.912	6	.452
BMSLSS Padres - Escuela	.950	6	.737
BMSLSS Padres - Vos	.960	6	.820
BMSLSS Padres - General	.883	6	.282

* p<0.05

Tabla 32 – Prueba de homogeneidad de varianza. Análisis mediante la Test de Levene.

	Test de Levene	gl 1	gl 2	p
SNAP IV Padres - Desatención	1.549	1	36	.221
SNAP IV Padres - TDAH Hip-Imp	.398	1	36	.532
SNAP Padres-TDAH Comb	.398	1	31.712	.533
SNAP Padres - ODD	1.406	1	36	.244
SNAP Docentes – TDAH Desatención	6.318	1	36	.017*
SNAP Docentes – TDAH Hip-Imp	5.173	1	36	.029*
SNAP Docentes - TDAH Combinado	5.173	1	31.276	.030*
SNAP Docentes - ODD	6.344	1	36	.016*
AF5 - Autoestima Académico	1.064	1	36	.309
AF5 – Autoestima Social	.658	1	36	.423
AF5 – Autoestima Emocional	.658	1	31.148	.423
AF5 – Autoestima Familiar	1.016	1	36	.320
AF5 – Autoestima Físico	5.979	1	36	.019*
AF5 – Autoestima General	4.198	1	36	.048*
MESSY - Agresividad/conducta antisocial	4.198	1	32.798	.049*
MESSY - Habilidades sociales apropiadas	5.474	1	36	.025*
MESSY - Amistad	1.537	1	30	.225
MESSY –Sobreconfianza /Celos /Soberbia	1.303	1	30	.263
MESSY - Soledad / Ansiedad social	1.303	1	29.974	.263
MESSY - TOTAL NEGATIVAS	1.564	1	30	.221
MESSY - TOTAL POSITIVAS	.818	1	30	.373
BASC T - Resiliencia	.009	1	33	.925
BASC T - HHSS	.000	1	33	.989
BASC T - Liderazgo	.000	1	32.835	.989
BASC T - Agresividad	.001	1	33	.972
BASC T - Hiperactividad	1.661	1	32	.207
BASC T – Problemas de Conducta	1.050	1	32	.313

BASC T - Inatención	1.050	1	30.618	.314
BASC T - Problemas de Aprendizaje	1.637	1	32	.210
BASC T - Atipicidad	2.844	1	32	.101
BASC T - Depresión	2.785	1	32	.105
BASC T - Ansiedad	2.785	1	29.597	.106
BASC T - Retraimiento	2.936	1	32	.096
BASC T - Somatización	.607	1	32	.441
BASC T - Exteriorizar problemas	.584	1	32	.450
BASC T - Interiorizar Problemas	.584	1	30.918	.450
BASC T - HH Adaptativas	.607	1	32	.442
BASC T - Síntomas Comportamentales	.375	1	32	.545
BASC T - Problemas Escolares	.377	1	32	.543
BMSLSS Infantil - Familia	.377	1	31.731	.543
BMSLSS Infantil - Amigos	.384	1	32	.540
BMSLSS Infantil - Barrio	1.209	1	32	.280
BMSLSS Infantil - Escuela	.517	1	32	.477
BMSLSS Infantil - Vos	.517	1	26.977	.478
BMSLSS Infantil - General	1.003	1	32	.324
BMSLSS Padres - Familia	3.501	1	32	.070
BMSLSS Padres - Amigos	3.366	1	32	.076
BMSLSS Padres - Barrio	3.366	1	27.087	.078
BMSLSS Padres - Escuela	3.490	1	32	.071
BMSLSS Padres - Vos	.003	1	32	.954
BMSLSS Padres - General	.009	1	32	.927

* p<0.05