

INTRODUCCIÓN AL TRANSTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN

INDICE DE CONTENIDOS

- 1. Objetivos de esta monografía.**
- 2. ¿Qué es el TDA/H o Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad?**
- 3. Historia del descubrimiento y definición del TDA/H, como problema de salud.**
- 4. El TDA/H tiene repercusiones directas e indirectas en la vida de la persona y de la gente que le rodea.**
- 5. El TDA/H en las edades de la vida humana.**
 - 5.1. TDA/H en la infancia.**
 - 5.2. TDA/H en la adolescencia y en el adulto joven.**
 - 5.3. Padres con TDA/H y “familias multi TDA/H”.**
- 6. ¿Es curable el TDAH?**
- 7. Tabla de rasgos negativos y positivos del TDAH.**

TRANSTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN

1. Objetivos la analítica de la autoconciencia para adultos con TDAH:

- investigación que tiene como fin generar las normas prácticas (tesis) sobre el sentido *existencial-conductual-espiritual* que debe adquirir el adulto TDA para vivir con cierto orden y autoconocimiento.
- La suma de información cotejada en sus conceptos debe presentarse de la siguiente manera:

- 1) Parte teórica: Anotar normas practicas a manera de oraciones o sentencias, sobre los principios de la vida espiritual y la vida psicológica (el primero desde un enfoque de la tradición judeo cristiana, y el segundo desde un enfoque de la psicología cognitivo conductual)
- 2) Parte practica: Anotar de forma grafica (organizadores gráficos) tablas, esquemas y enriquecer el calendario-horario final.

Conclusión. La información (teórica y práctica) se presentara a manera de un pequeño manual-calendario. Del cual, el manual debe ser brevísimo, anotando en tesis u oraciones conductuales las normas básicas (estrategias) conductual-espirituales que debe recordar y dominar el adulto TDA (no se incluye el adulto TDA-H). Dicho manual se debe ir evaluando y cotejando por el mismo adulto tda en su calendario (se pegara en la pared y se ira evaluando o anotando) de modo que el manual es correlato del calendario, como el calendario objetiviza temporalmente el buen uso-aplicación de las estrategias conductual-espirituales del manual.

2. ¿Qué es el TDA/H o Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad?

Trastorno: alteración leve o severa de la salud (en este caso de la salud mental)

Déficit: (del latín deficere. Faltar o carecer), una carencia total o escasas parcial de algo que es necesario e indispensable,

Atención: es una acción, y un proceso mental.

Hiperactividad: CONDUCTA caracterizada por un exceso de actividad.

Definición nominal, (lo que es en la vida real y concreta).

No existe una definición estricta de este problema, sin embargo una teoría aceptable es que el TDA/H sería un *epifenómeno* de ciertas partes del cerebro. Es decir que dicho problema es un fenómeno secundario de otro más importante, que todavía no se comprende ni se descubre bien a bien. Según esto el TDA/H es un problema de la epigenético (*epi*, gr. En o sobre), que bajo ciertas condiciones el DNA cambia por factores internos, afectando la bioquímica química cerebral y su desarrollo, esto se basa en que el cerebro siempre está en desarrollo (plasticidad cerebral), por lo que bajo condiciones internas o externas, puede verse ser modificado en distintos niveles (celular, químico, neuronal, etc.), es por esta dinámica cerebral que el TDA/H ES UN TRANSTORNO EVOLUTIVO. Y su evolución puede ser incrementándose (empeoran los síntomas) o decrementándose (hay una mejoría, los síntomas desaparecen. No se curan, solo disminuyen hasta ser casi imperceptibles).

Se desconoce la causa principal de esta problema, solo se sabe que un posible origen es biológico y hereditario, es una deficiencia neurológica en el área del cerebro que controla los impulsos y ayuda a monitorear los estímulos sensoriales para mantener los procesos de atención y memoria.

Es bueno recordar siempre que este problema no es una enfermedad pues no tiene un conjunto de síntomas definidos y signos característicos que diagnostiquen un seguimiento y tratamiento objetivo, una "curación". Se trata de una anomalía NO DE LA PERSONA sino de cierta función en su organismo. No es una anomalía en el conjunto de la persona, ni de la personalidad, o la moral del paciente. Su origen es mucho más profundo y responde a determinaciones biológicas (no psicológicas o sociales). Aunque su impacto por supuesto que se observa en estas áreas.

Por el momento no existen modelos teóricos de neuro-psicología que expliquen el proceso del déficit. Tampoco se ha logrado una teoría de la atención y sus procesos. También se han agregado distintas variables al problema teórico, variables como comprender mejor la motivación en los tda/h, las funciones ejecutivas, la interiorización del habla, del tiempo, y procesos de meta cognición, así como otros asuntos de mapeo genético aplicado al tda/h.

Falta muchos avances en ciencia neurociencias e instrumental en imagenología, para definir mejor en base a observaciones, una teoría que ayude a explicar y predecir el problema y sus soluciones.

Actualmente se sabe que los componentes hereditarios (genéticos) del tda/h causan una “vulnerabilidad neurológica”, que se manifiesta y observa en diferentes situaciones. También es importante destacar que no existen bases científicas para aseverar que el tda/h se deba a un golpe (traumatismo) antes de nacer o durante el nacimiento. El origen más exacto que se le atribuye a este problema es de tipo genético (hereditario), según la carga genética de los padres a los hijos. Y que dicha predisposición se refuerza (desarrolla) o se aminora (se reprime), según factores del medio ambiente en los que vive la persona, factores como: tipo de educación, ambiente familiar, personalidad del individuo, historia de vida, etc.

A partir de lo anterior es posible suponer que el tda/h, no es una enfermedad (pues no hay un cuadro patológico que se presente repentinamente y que se presuponga una cierta “curación” del mal, ni evolución plenamente previsible del problema). Tampoco es una discapacidad (la persona con Tda/h es malo, tonto o flojo), no se trata de un problema moral de incontinencia social. Mucho menos es lo propio hablar de PACIENTE tda/h a toda hora y todo minuto. Se es paciente bajo la óptica de la clínica. Fuera de ella y lejos de los médicos se vive como persona con tda/h (personalidad con rasgos negativos, pero también rasgos positivos). Después de todo el tda/h lo llevamos nosotras la personas, que no somos ni eternos pacientes, ni malos, tontos, despistados, flojos o insanos; se trata mas bien de una condición biopsicosocial, que de forma general y metafóricamente le llamamos *un modo de ser y estar en el mundo, modo de ser y actuar que tiene rasgos negativos y rasgos positivos asumiendo que como seres gregarios necesitamos vivir en comunidad.*

El TDA/H es un trastorno EVOLUTIVO, o sea que evoluciona (se incrementa o se decrementa), según los factores medioambientales que irrumpen en el tipo de tda/h que tenga la persona, si esta medicada o no y si ha desarrollado estrategias de su conducta para decrementar el trastorno.

Siempre que hablamos de TDA/H, lo hacemos de forma genérica y abstracta. Y nos referimos a un problema bioquímico y conductual, que afecta la vida diaria de las personas. Axial pues, que cada persona, cada caso o cada paciente que sea diagnosticado con TDA/H o crea tenerlo debe saber que **no existe el tda/h en las personas, existen personas que tiene tda/h en muy distintos niveles (distintos rasgos). Cada persona como cada personalidad es única e irrepetible, igualmente los rasgos de tda/h o su tipo de tda/h será únicos y distintos de otra persona con tda/h.** Esto es importantísimo, pues la dificultad de “definir, clasificar y diseñar una solución” al problema se vuelve difícilísima, debido a lo específico que se manifiestan los rasgos del trastorno en cada persona. Si cada personalidad es única y distinta, cada caso de paciente con tda/h es también único, no cabe una generalización, como si estuviéramos ante una enfermedad, la cual se sabe los rasgos principales que condicionan su mejoría y la posible evolución o desarrollo del problema. El tda/h heredado en el feto, evoluciona (en incremento o decremento) conjuntamente a la personalidad de la persona, por las distintas edades de la vida, conjuntamente a otros factores como sus creencias, educación, cultura, historia y desarrollo de vida, etc. Todo esto se funde con la vida neuropsicológica que tiene la persona desde su formación en el vientre materno hasta la vida adulta. de ahí que el tda/h sea un problema tan complejo en identificar objetivamente, o de decir erróneamente “estoy curado” (no es

una enfermedad, sino una **condición biopsicosocial del ser de la persona**, su modo de ser y estar), pese a que neuropsicólogos y psiquiatras más analíticos rebuznen por este concepto-metáfora “modo de ser y estar” y apelen a que la positividad del entendimiento y la investigación, llegara algún día a analizar y sintetizar todo el saber posible para diferenciar los tipos de tda/h, en la vida práctica resulta lo más funcional que la persona se conciba no como paciente, ni enfermo, ni discapacitado, ni limitado, sino como una persona única radicalmente diferente. Un estado de su ser y estar que ha de conocer, repensarse, sentirse y amarse en plena aceptación. Vivir un romance consigo mismo, con su especificidad. Los datos que aportan la teoría, ciencia y la clínica son imprescindibles para responderse preguntas de este modo de ser que se vive. Pero vida misma de dicho modo de ser y estar, es cosa que se vivencia en la individualidad de cada alma por cuya historia de vida decimos “he nacido con tda/h”, lo que me da ciertas habilidades favorables y ciertos límites, que debo tener presente en mi vida para guiarme en la convivencia con mis semejantes.

Por eso, los expertos no han podido generalizar una clasificación universalmente válida para toda persona con tdah. No existe todavía un mapeo genético satisfactorio que describa el problema, ni métodos/herramientas en imagenología que describa lo describa. Incluso los cánones de generalización para describir el problema y detectarlo en la persona varía de región en región, hay un canon Europeo y uno estadounidense, y por cierto falta uno mexicano. El TDA/H no es un invento psiquiátrico. Ni una conspiración internacional de las farmacéuticas para vender cantidades millonarias psicotrópicos. El TDA/H existe porque durante siglos la gente se ha quejado directa o indirectamente del *modo de ser* de ciertas personas, quejas que cuya descripción

realmente escapan al resto de las “actitudes” que pude tener cualquiera, actitudes peculiarísimas que desde la antigüedad han merecido el estudio de ciertos sectores de la sociedad, como guías espirituales, educadores, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, etc. Es común que la detección del problema se debe a que las personas actúan y se sienten incómodas en su vida cotidiana. Se distraen, olvidan cosas, actúan si pensar, no terminan sus metas, etc. Realmente el listado de quejas y experiencias negativas que se puede deducir de los relatos de las personas afectadas por el tda/h es un listado bastante amplio, serio en sus alcances y consecuencias, que ha costado incluso la vida o la integridad física a muchas de estas personas. El TDA/H no es una invención; es un problema que gracias a los avances científicos se ha podido demostrar bioquímicamente y necrológicamente, lo cual da la razón y certeza no a la ciencia y a sus especialistas en salud mental, sino a los pacientes por los cuales, en razón de su testimonio (son dato empírico de toda hipótesis) se demuestra o invalida la existencia del TDA/H. Cualquier persona que padezca tda/h debe ser consiente de esto, responsable en informarse y conducirse con su trastorno como un modo de ser. Un estilo de vida, que no se dicta desde la clínica, ni de otra instancia, más que de su propio bien estar. Habrá épocas de la vida en que los rasgos se acentúen o se decrementen, pero un buen signo deseable y esperado es que la persona equilibre sus malestares y que sean disminuidos progresivamente. En un ejercicio de autoconocimiento y autodesarrollo humano. Más adelante se darán algunas estrategias para lograrlo.

Pese a que cada persona tiene su propio cuadro de rasgos con tda/h, unos mas desarrollados y problemáticos, que otros menos problemáticos, imperceptibles o

absolutamente asimilados (aceptados) en un estilo de vida propio (unos rasgos de tda/h bien domesticados). Existen ciertos indicadores para discernir las etapas del problema.

3. HISTORIA DEL DESCUBRIMIENTO Y DEFINICIÓN DEL TDA/H, COMO PROBLEMA DE SALUD.

La primer noticia que se tiene de este problema, aparece en 1854, cuando el medico alemán Hoffman, describe en su diario la conducta de su hijo Phill. Lo llama "Phill en inquieto", dice: "se retorció, reía, subía sobre la mesa; nadie lo podía detener..." esta narración de 2 paginas se considera el primer registro de Hiperactividad/falta de atención en la historia conceptual del TDA/H. sin embargo el concepto Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad tuvo que pasar casi 150 años para diferenciarse como trastorno y diseñarse en base a investigación, los tratamientos para evitar su impacto en la población mundial.

El relato familiar del niño "Phill en inquieto" fue presentado científicamente hasta 1904 por el medico George Sill, en la Royal College de Medicina. El Dr. Sill lo llamado: **"Falta de Control Moral"**. Y formulo una teoría explicativa que decía: "se trata de una incapacidad de controlarse moralmente (sus efecto son morales), debido a una disfunción cerebral (su causa es mental). Que hacia a los niños, como Phill y otros: "sujetos con rasgos de imbecilidad e insania..." Durante casi todo el S.XIX los trastornos mentales se explicaban como una falta de "Juicio" es decir un cierto tipo de carencia cognitiva o del intelecto.

No existían herramientas sofisticadas de imagenología cerebral y neurociencias. Así que los diagnósticos se debían más bien a formulaciones teóricas que no siempre se

comprobaban en la observación de la realidad, quedando solo como especulaciones pre científicas, no menos importantes pues dieron las primeras ideas del problema.

Durante 17 años se creyó que este problema "**Falta de Control Moral/ FCM**" era originado por una disfunción mental. Sin embargo la epidemia de encefalitis (1917-1918), dejó una gran secuela de población infantil con mismos síntomas. Esto hizo suponer a los médicos que llamada "Falta de Control Moral" no era explicada solamente por la disfunción cerebral, sino que podía haber otras explicaciones (tal como la epidemia de encefalitis). La conceptualización del llamado FCM (Falta de control moral), se puso en duda. Y se procedió a buscar otras explicaciones. Durante 32 años no se avanzó significativamente en descubrir la causa de este mal. Fue hasta 1950, que se introdujo una nueva explicación, que lo explico como "lesión mínima cerebral".

En 1960 (Stella Chess) En 1950 se introduce por primera vez el termino "**Síndrome del Niño Hiperactivo**", causado por un trastorno del desarrollo de aminorancia del mal, hacia la adolescencia.

Entre 1960 a 1970 surgen revistas de divulgación e investigación, y se enfrentan los modelos de explicación Europeos vs. Norteamericanos. En 1972 el Dr. Douglas planeta que lo específico y dominante del trastorno es el Déficit de Atención (no la hiperactividad). En estos años surge el nombre de **Trastorno por Déficit de Atención /con o sin Hiperactividad**, por sus siglas **TDA/H**. además se identifica que este no es exclusivo de la edad infantil, sino que permanece con cierta frecuencia en la edad adulta. Llamándose le "**Trastorno por Déficit de Atención /con o sin Hiperactividad de tipo RESIDUAL**" (**TDA/H-Residual**), con este termino se sugiere que quedan "residuos" o rasgos

del trastorno en la vida adulta de la persona, pese a que un adulto con tdah puede ser competitivo en su trabajo, exitoso y bien satisfecho en su vida social y emocional.

Bajo este último veredicto, tdah (residual para adultos), los antiguos diagnósticos de los 70's sobre un origen de "lesión mínima cerebral" son descartados, igual que se descarta una presunta "inmadurez o retraso en las estructuras cerebrales", lo que implicaba la idea errónea que de la infancia se pasaba a la adultez y desaparecía el trastorno al "madurar el cerebro".

Así, desde 1980 toda la comunidad médica determinó que era un hecho innegable que el TDA/H continúa en la edad adulta (salvo casos muy particulares en que los rasgos disminuyen); y lo más importante, que no se trataba de una incapacidad moral en los actos de la persona, ni una disfunción mental originada internamente o externamente (por un golpe), ni se debía un tipo retraso mental.

En resumen, la evolución de los términos clínicos para hablar del tda/h fue la siguiente: 1900 se le llamaba falta de control moral, en 1950 su nombre cambió a lesión mínima cerebral, 1960 se le llamó síndrome del niño hiperactivo (originado por una lesión mínima cerebral); 1972 surge su actual nombre síndrome por déficit de atención con o sin hiperactividad. Se determina que la mayoría de los casos el síndrome mantiene sus rasgos en la vida adulta, se especifica síndrome por déficit de atención con o sin hiperactividad RESIDUAL para adultos (tda/h residual)

4. El TDA/H tiene repercusiones directas e indirectas en la vida de la persona y de la gente que le rodea.

El TDA/H no se cura pues no es una enfermedad, no se “adquiere” desde un factor externo al sistema de la persona. Mas bien la persona nace con estas características (es por eso una carencia o trastorno en su organismo) lo que indica que estas características pueden mejorar (aminorarse o bien incrementarse por factores externos como el medio ambiente, la familia, la historia de vida del individuo, etc. Esto dificulta un seguimiento objetivo al problema, pues muchas veces al persona notara la presencia del síntoma (sus complicaciones) por temporadas, similar a como si se esta en un “sube y baja”, en temporadas de estabilidad y otras de completo caos. Realmente el buen conocimiento del trastorno y su excelente seguimiento medico asistido por especialistas debe mantener al paciente funcional y sin complicaciones. Un paciente que esta en este “sube y baja” en temporadas buenas y otras malas es señal que algo en el tratam9ento no esta funcionando. Siempre es posible lograr un decremento en los rasgos del TDA/H residual en un adulto.

Es importante entender que no existe un único *TDA/H residual*. Existen subtipos, lo cual complica más el problema de detectar y darle seguimiento al problema, “notar mejorías”. Se puede decir que gran parte depende de la información y concientización que el paciente tenga de si mismo y su SUBTIPO de TDA/H RESIDUAL. Pues cada caso es distinto, cada subtipo de tda/h puede o no estar complejizado por otros cuadros patológicos (comorbilidades o trastornos comorbidos). Así, un adulto con tda/h residual subtipo X o Y, puede tener encima otros trastornos comorbidos. Recordemos la imagen de la cebolla. En el centro estaría la problemática originaria del *tda residual* con o sin hiperactividad, recubierta y casi ocultada por otros problemas (patologías) derivadas de

la vida confitada de la persona a lo largo de años. En estos casos la estrategia terapéutica es trabajar los problemas conurbados derivados del tda, para dejar “visible” el TDAH y poderlo tipificar y diseñar un mejor tratamiento.

Existen tres tipos de **TDA/H residual o tda/h en el adulto**. Estos subtipos se han clasificado según los rasgos disfuncionales o malestares que padezca el adulto. Estos son:

1) subtipo desatento.

2) Subtipo hiperactivo/impulsivo

3) Subtipo combinado (combinación de a y b, ósea desatento, hiperactivo e impulsivo)

Estos subtipos no son algo definido, siempre se encarnan en la persona (en la subjetividad de cada individuo. En su modo de ser y hacer), de forma que una persona no solo padece un subtipo (desatento, o solo hiperactivo o solamente combinado), realmente estos subtipos se entremezclan con la personalidad del individuo, que suele estar marcada por una historia de vida complicada por el mismo trastorno. **Cuando se descubre el trastorno es porque sus efectos se han hecho sentir fuertemente en distintas áreas de la vida, de otra manera el tda/h pasa desapercibido. La persona y sus mas cercanos, identifican “algo especial”, que llaman, despistado, olvidadizo, soñador, divertido, un poco loco, etc. Pero realmente, es la presencia del trastorno se evidencia complejizado la vida cuando otro problema se yuxtapone al mismo tda/h.** Es así, que el efecto a veces devastador y destructivo de las consecuencias del tda/h detona otros problemas (otros cuadros patológicos) de tipo psicológico o psiquiátrico. Ahora parece con toda evidencia el TDA/H aunado a otros problemas de distintas complejidades; el TDA/H afecta al menos tres áreas de la vida:

a) proyectos personales y autorrealización,

b) social-laboral.

c) sexual-emotivo afectiva.

Las afecciones que causan el TDA/H son evolutivas. TDA/H afecta la autoimagen, generando un círculo vicioso que puede comprometer a la persona envolviéndola en una dinámica de fracaso-imagen devaluada.

Autoimagen devaluada → vida disfuncional → fracaso real → reforzamiento de la autoimagen de fracaso → autoimagen devaluada → (se repite el ciclo)

Por eso una estrategia es cuidarse a si mismo de las oscilaciones de la propia vida emocional. Pues se puede desarrollar este segundo modelo de círculo vicioso, que oscila en entre conflictiva emocional-deficiencia en los éxitos laborales:

Conflictiva emocional → parálisis y falta de organización → bajo desempeño en objetivos laborales → resultados del trabajo:

a) No hay éxito.

b) Un bajo éxito con mucho esfuerzo.

c) Éxitos. Pero por la conflictiva emocional no reconoce ni disfruta sus logros.

No hay encuadro definido o general, sino solo síntomas inconexos incorporados a cada historia de vida, es decir síntomas asimilados subjetivamente en cada persona (en cada personalidad), los rasgos se presentan en una dinámica de *sentimiento-acción*,

en situaciones concretas de la vida. Lo que para un paciente es problemático, para otro no lo es, etc. De ahí la dificultad de homogeneizar una tipología de los rasgos generales del TDA/H en el adulto.

Lo mas recomendado es siempre buscar un estilo de vida acorde a los síntomas del subtipo de tda residual que se tenga. De forma que lo síntomas siguen presentes a lo largo de la vida en distintas intensidades, pero la aceptación personal de ellos y los medios laborales y familiares mas propicios para asimilarlos ayudan a relativizar sus efectos nocivos en la vida de la persona y su familia. Según el modo de ser de la persona y su perfil profesional se debe ir “modelando” un estilo de vida que asimile y los rasgos del TDA/H. además de recurrir a ciertas estrategias para conducirse mejor, auto ayudarse y examinarse. Racionalizando la vida personal y dando sentido a los problemas que se podrían enfrentar y buscando un trabajo o familia que las motive, y mantenga su atención constante con éxitos detonadores de la reafirmación de su autoestima.

Muchos de los adultos con TDA/H desarrollan herramientas adaptativas como: personalidad narcisista, antisocial, obsesivos, abuso de sustancias, desajuste social, problemas de aislamiento social episódico y épocas de extrema introversión o de extrema sociabilidad; inestabilidad emocional, relaciones superficiales y poco duraderas, problemas de relaciones afectivas (co-dependencia), deterioro de las habilidades sociales, trastornos adaptativos, conductas evitativas (fóbico-sociales); Los TDA desarrollan herramientas adaptativos como: personalidad narcisista, antisocial, obsesivos, evitativos, abuso de sustancias, desajuste social, problemas de aislamiento social episódico y épocas de extrema extroversión y sociabilidad; inestabilidad emocional, relaciones superficiales y poco duraderas. Problemas afectivos (co-dependencia), deterioro de las habilidades sociales, trastornos adaptativos, conductas evitativos (fobia social).

Sexualmente, la distracción durante el coito, cambios de pareja, enamoramientos, e idealizaciones, problemas en la auto regulación, problemas en la percepción del tiempo interno, es decir que si saben que hacer, lo que no saben es cuando hacerlo. El problema no es la acción, sino el tiempo-espacio donde se hace la acción. Una buena maduración supone la interiorización de ordenes (autocontrol).

Estilos "atribucionales" Se dice que los TDAH funcionan con un "locus d control externo" es decir atribuyen lo que les pasa a factores externos (el medio ambiente, el destino, las personas, etc.) a veces suponen provocaciones (atribuciones a la gente) que generalmente son ambiguas o inexistentes. En adolescentes y adultos llegan a vivir en un circulo de "suposición de autoexclusión---rechazo del entorno---desmotivación---reafirmación de la aparente exclusión" de esto surge un carácter pasivo-agresivo, con estallidos de coraje periódicamente.

¿Cómo funciona la atención?

La atención es una instante mental (una operación de la mente), pero para poderla estudiar se la dividido en 4 funciones básicas, estas funciones atencionales son las "operaciones" que la mente realiza antes de poner atención en una actividad o tarea. Inmediatamente después de estas funciones se realiza el proceso atencional o proceso de atención.

1. Memoria de trabajo no verbal: interioriza las actividades sensomotoras y mantiene representada la información.
2. Memoria de trabajo verbal: interioriza el habla, la acción depende de un diálogo interior.
3. Autocontrol del vinculo "acción-motivación-afecto": En todo lo que hacemos proyectamos una carga emotiva y afectiva, las tareas se cumplen por estos afectos que refuerzan y motivan el cumplimiento de la acción; en pacientes TDAH el vinculo es débil y no se motivan, así que no

cumplen sus tareas y necesitan una motivación extra. No tienen una motivación propia y autónoma, necesitan que factores externos los motiven, por lo que "suelen sentirse aburridos".

4. Reconstrucción: es la capacidad de interiorizar estrategias nuevas con información y análisis de eventos. Se trata de "hacer mas y mejor, con menos"; en pacientes TDAH, esto no se da o se da muy lentamente.

EL PROCESO DE ATENCIÓN.

- 1) Enfocar: habilidad de centrar la atención en algo específico.
- 2) Seleccionar: Aquello que se atiende es complejo, así que se elige un estímulo o una información relevante, persistiendo una interrelación entre cada cosa seleccionada.
- 3) Sostener: La atención sostenida es el esfuerzo enfocado en seleccionar algo específico, aquí falla el sentido del tiempo interno y las memorias de trabajo verbal antes mencionadas.
- 4) Resistir: Se trata de resistir a los distractores del medio ambiente (ruidos, colores, personas, etc.)
- 5) Cambio de atención: habilidad para cambiar de un tema a otro en virtud de su coherencia y memoria entre ambos temas.

5. El TDA/H en las edades de la vida humana.

4.1. TDA/H en la infancia.

Suele descubrirse a los 7 años o antes, justo en la edad escolar cuando el modelo educativo occidental nos exige desarrollo de habilidades intelectuales o "científicas", como la atención prolongada, la memoria, permanecer sentado como autómatas mientras el iluminado docente dice algo, etc. Se deduce entonces que **los rasgos más**

comúnmente detectados a esta edad son: inatención, hiperactividad e impulsividad.

Personalmente me pregunto si las exigencias intelectualistas, el ideal productivista y progresista implícito en nuestros modelos educativos occidentales, no son los que deberían revisarse y redefinirse. En vez de "redefinir" un presunto trastorno o problemática en el *modo de ser de estos niños* (¿?). pues igualmente los modelos educativos, son un factor importante para generar las prácticas culturales y sociales, que se le impondrán a los niños en su posterior vida adulta, y que de su cumplimiento dependerá el título social que se les ponga, como seres integrados o desintegrados, funcionales o disfuncionales, productivos o improductivos, útiles o inútiles; un sistema de valores hincado en la escuela (valores intelectuales, dado en habilidades valiosas) que se va desplegando sobre otras prácticas culturales y otros espacios sociales, y es dicho sistema de valores, lo que justifica la valía del individuo (del niño a adulto) dentro de su comunidad. De niños a adultos, vía la comunidad escolar, la comunidad familiar, y la comunidad sociocultural, que es este ambiente donde el adulto tda/h habrá de adaptar su modo de ser, con las implicaciones del tda/h, sus rasgos positivos y rasgos negativos (las veremos mas adelante).

Derechos del niño con TDA/H.

- 1) *Ayúdame a poner atención.* Enséñame a través de mi sentido estético y emotivo, usa diagramas de colores, imágenes, música, ejemplos divertidos o juegos didácticos. Recuerda que tengo atención múltiple y me aburro fácilmente, necesito aprender asociando los conocimientos con experiencias divertidas y significativas.

- 2) *Ayúdame a saber que viene después.* Dame un ambiente estructurado, con rutinas, normas y espacios propios. Que tenga certeza y seguridad en mis actividades cotidianas para cumplir mis tareas para sentirme tranquilo y sin ansiedad.
- 3) *Espérame, todavía estoy pensando.* Recuerda que tengo un modo diferente para aprender. No me compares con los demás niños ni me exijas tareas y éxitos irreales, fuera de mis capacidades. Permíteme avanzar a mi propio ritmo, si me apuran me desespero, me angustio, me paralizco y no hago mis tareas. Esto me deprime y lastima mi autoestima pues me hace sentir “inútil”.
- 4) *Si me cuesta trabajo dame opciones.* Si fallo o tardo no me critiques, dame opciones o sugerencias con pleno respeto y amor, comprende que mis habilidades son distintas.
- 5) *¿Es correcto, voy por buen camino, esta bien hecho mi trabajo?* Recuerda que necesito motivación, aplaude mis éxitos, enséñame a festejarlos. Dame retroalimentación positiva, necesito saber que hago y si he tenido un logro dímelo.

Estrategias escolares para niños.

- De le tiempo para pensar y procesar la información. Use ejemplos y remarque con estímulos lo principal (use plumones, graficas, imágenes, etc.) Se trata de trabajar con los niños con *experiencias significativas*; hacer del conocimiento una experiencia divertida y didáctica. Todos los estímulos son importantes para los niños TDA/H (no disciernen estímulos), por eso es necesario enfatizar las partes

importantes, subrayando, haciendo resúmenes, usando imágenes o asociaciones de memoria.

- Escriba con claridad y jerarquizando las actividades y tareas diarias, en: 1) Agenda, y 2) Calendario (grande y visible, pegado en una parte de la casa).

Evalúe logros y aprenda a festejarlos con su hijo.

- **APRENDER A HACER ESQUEMAS:** el "eschema" o figura (Lat.) es la representación gráfica o simbólica de cosas materiales o inmateriales. Un esquema es un resumen de los [conceptos o elementos] más [significativos o importantes] de una materia, dispuestos de una forma gráfica o simbólica. Hay al menos cinco características esenciales de los esquemas que se combinan para convertirlos en un medio poderoso de representación del conocimiento en la memoria. Estas características son

- 1) los esquemas tienen variables.
- 2) los esquemas pueden encajarse unos dentro de otros.
- 3) los esquemas representan conceptos genéricos que, tomados en conjunto, varían en nivel de abstracción.
- 4) Los esquemas representan conocimiento, más que definiciones.
- 5) Un esquema facilita la memorización y el razonamiento al verlo, pues nos debe ayudar a pensar sobre el tema, genera inducciones.

Organizarse con el uso de "AGENDA Y CALENDARIO ORGANIZADOR" (VALIDO PARA NIÑOS Y ADULTOS)

Siempre conviene llevar una agenda, en la cual se puedan organizar las actividades, para organizar la agenda se sugiere lo siguiente:

- Antes de anotar siempre haz un esquema mental de las actividades por hacer ¿Qué tengo que hacer?, ¿Qué necesito?, ¿A quien tengo que consultar?, ¿Qué problemas puedo encontrar y como resolverlos? Se puede poner un cronometro o alarma para medir objetivos.

- Enlista tareas DIARIAS, bien definidas, que no sean difíciles o muy largas. Se realista.
- Solo 3 actividades: IMPORTANTES (objetivas), POCO IMPORTANTES (subjetivas), SI DA TIEMPO (especulativas).
- NUNCA PLANEES TODO TU DIA ENTERO. Dejar tiempo para descanso, sobremesa, tiempo para tu salud o para tus hobbies y ocio. Administra tu tiempo. Se trata de una guía de auto observación, para formarse hábitos y medir los logros personales. No se trata de un horario militar o presidiario.
- Se revisa en la mañana, medio día y en la noche. Carga con tu agenda y revísala al medio día y en la noche. Marca fechas ya ocupadas (vacaciones, festivos, etc.)
- Valoración final: mejoras las ideas propuestas, se deben hacer reconfiguraciones; revisiones.
- Debemos planificar son fundamentalmente tres cosas: Horario/ tarea por hacer/Diferencia entre periodos de descanso u ocio y periodos de trabajo.
- **Calendario mensual**, en el se anotan actividades importantes que deben seguirse.

5.2. TDA/H en la adolescencia y en el adulto joven.

El TDA/H en adolescentes intervienen 4 áreas: En la adolescencia se forma la personalidad, se consolida el perfil vocacional y a veces laboral y social. Estas expectativas se pueden retardar si el trastorno de la infancia a la adolescencia llega a generar comorbilidades, con o sin adicciones y (o) conductas antisociales. Que todas ellas terminan en devaluar la autoimagen con experiencias traumáticas y dolorosas.

En estos casos el paciente joven acude por el mismo a consulta para explicarse su pasado, su autobiografía que incluye su historia escolar, laboral y socio-familiar.

El medicamento no cura el tda/h, solo mejora la bioquímica del cerebro, pero los traumas, conflictos o comorbilidades deben resolverse de forma personal en la terapia y la vida cotidiana, percatándose de uno mismo y aprendiendo nuevos recursos cognitivos y comporta mentales para manejarse mejor.

La repercusión en la vida adolescente se da en 4 áreas:

1) desempeño académico:

- Historia académica con altibajos: bajo rendimiento escolar, bajo desempeño a costa de mucho esfuerzo.
- Hiperfocalización: Registran detalles irrelevantes.
- Deficiencias en el procesamiento de la organización mental: Se trata de problemas visoespaciales (la información temporal-secuencial de las cosas no se percibe bien), problemas del lenguaje o del razonamiento.
- Problemas de memoria: Debe a inconsistencia en los patrones de atención, exceso de angustia, depresión u otros trastornos no pertenecientes a la problemática del TDA.
- Memoria episódica: recuerdan solo detalles o fragmentos emotivos de la clase o las horas de estudio)
- Atención selectiva deficiente: Contrario a lo anterior, estos estudiante se concentran en identificar ideas generales, pero no identifican detalles finos (esquema pag. 4)
- fatiga cognitiva: agotamiento mental, hastío, falta de concluir y persistir en tareas. Qué también pueden deberse a falta de sueño: insomnio, o falta de motivación.
- Disfunción motriz fina y problemas de escritura (disgrafía): escriben feo, de forma frenética olvidando ortografía o letras. Son detallistas en oficios manuales y coordinación motriz. A veces la escritura se dificulta por el olvido de letras (se comen letras al escribir) o una forma de escribir apresurada, nerviosa e intempestiva

- Automonitoreo nulo o deficiente: No pueden controlar sus tareas, su trabajo o sus obligaciones; cometen errores de descuido, olvido, prevención, distracciones y baja memoria, etc. Al estudiar puede ser que no tomen a consideración conocimientos previos que tienen
- Desorganización: es consecuencia del auto monitoreo deficiente, puede repercutir en su rendimiento escolar o laboral, sea materiales desorganizados, mal manejo del tiempo, decisiones irreflexivas, etc.
- Inconsistencia en el desempeño: fluctuaciones en el aprendizaje y (o) en la motivación y ánimo. El joven lo percibe como "días buenos y días malos", "días en que si se aprende y se resulten las tareas eficazmente y días en que todo sale mal" esta desproporción causa frustración y deteriora la autoimagen.
- Dependencia excesiva a la motivación: Siempre hay una relación directa entre atención y motivación, pero en los pacientes con TDA, esta relación es deficiente, por lo que necesitan tareas doblemente estimulantes o estrategias espaciales, como premios, recompensas, ambientes cómodos de poca presión, etc. Las estrategias de motivación varían según la personalidad, edad y ambiente del joven o adulto joven.

2) Características conductuales o del comportamiento: No siempre las deficiencias cognitivas tienen repercusión emotivo-conductual, pero de ser así, estas son las más comunes.

- Inestabilidad e inquietud. "Se vive en un continuo estado de deseo" de ver y vivir hacia el futuro con estímulos intensos y placenteros en todo momento, hasta caer en un egocentrismo disconforme a asumir responsabilidades.
- Impulsividad conductual. Actitud abrupta que incluye mentiras, abusos, trampas, robos, abusos verbales, actitudes intromisivas (meterse en lo que no les incumbe) etc. Se debe a un reforzamiento débil a la respuesta del vínculo castigo-recompensa, "no comprenden

las consecuencias de sus actos" (el vínculo castigo-recompensa) así que no ven a futuro ni a largo plazo.

- **Fracaso Social.** Es multifactorial, pero comúnmente las causas pueden ser, como consecuencia de una historia académica deficiente. Igualmente porqué no siempre predicen las consecuencias sociales de sus acciones o leen las "pistas" sociales que su entorno le manda (incapacidad de aprendizaje social)
- **Comportamiento antisocial.** Es consecuencia última del agravamiento de los síntomas del déficit, así como de tensiones medio ambientales y puede llegar al abuso de sustancias, desarrollo de un estilo de vida temerario, delictivo y hasta criminal. TABLA 2 p. 11

5.3. Padres con TDA/H y "familias multi TDA/H".

Ya que estamos ante un problema de origen hereditario; es común encontrar familias multi TDA/H, estas son las que presentan 2 o más familiares con este trastorno conviviendo en una misma casa. Lo que generalmente conflictúa a la persona que padece el trastorno (debilitamiento de la autoestima) y repercute en la relación con los demás familiares (debilitamiento de las relaciones interpersonales dentro de la familia). En estos casos la información, el diálogo y la mutua comprensión deben ser las estrategias para aminorar el problema. Aunque las complicaciones de los padres con TDA/H residual en sus familias, todavía no son bien descritas, los problemas más frecuentes son: a) baja autoestima e b) hipersensibilidad.

Muchos padres con TDA/H tienen una historia de vida con muchas cicatrices y recuerdos dolorosos, que al observar las supuestas "fallas" o errores de sus hijos reafirman su autoimagen devaluada; muchas veces la baja autoestima genera una "crisis de autoridad" y se recurre a ejercer los límites con los hijos de forma autoritaria, prepotente,

violenta e intromisiva (posesiva). Los padres siempre deben tener una autoestima alta y estable.

Otros padres con TDA/H residual, son hipersensibles y estallan emocionalmente con el mas mínimo estímulo; además de sobrecargar emocionalmente a sus hijos (sentimientos de culpa, tristeza, violencia emocional, intromisión en el espacio privado, etc.)

Los padres hipersensibles suelen reaccionar en estas direcciones: 1) Se cierran a toda expresión emocional como un intento de autorregularse o auto cuidarse, dando hijos que son desatendidos emocionalmente. 2) Padres que se muestran hartos y se olvidan de todo. 3) Padres que dan rienda suelta a su emotividad sin contención alguna.

La relación entre dos familiares siempre debe ser de confianza, seguridad y reconocimiento mutuo, lo que facilite la apertura emocional y comunicativa. Una relación "de ida y vuelta" en el reconocimiento y autoreconocimiento.

Pareja con TDA cuadro de P.111

6. ¿Es curable el TDAH?

EL TDA/H no se cura porque no es una enfermedad. Simplemente evolucionan sus efectos, ya sea disminuyendo o incrementándose; es importante enfatizar que SE DESCONOCE LA EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO, cada caso en particular. Pues como se ha dicho. No existe un TDA/H puro, siempre se presenta TDA/H con comorbilidades (tda/h mas otros problemas). Igual se desconoce la evolución de subtipo y duración o persistencia de cada comorbilidad.

Según estadísticas el 50% de pacientes TDA/H residual, que son medicados y acuden a algún tipo de terapia, los síntomas disminuyen después de los 20 años.

Sin embargo, aunque la “recuperación” absoluta no es algo distinto en cada caso, existen criterios que se consideran como un “dato de alta” y se observan en una clasificación gradual de mejoría a tres niveles:

1) Remisión sindrómica o por falta de observación del síndrome: se da por remitido el paciente, porque no hay criterios objetivos para diagnosticar al paciente, los síntomas son tan esporádicos que confunden o imposibilitan las herramientas para diagnosticar.

2) Remisión sintómica o por falta de síntomas: los síntomas han disminuido. Siguen presentes pero se ha aprendido a “vivir con ellos” y no parecen intervenir negativamente en la vida de la persona. Se considera una asimilación de los rasgos buenos del TDA/H sobre los rasgos negativos o disfuncionales.

2) Remisión Funcional o por funcionalidad total: Se considera una “recuperación total”; el trastorno “ha desaparecido”. El problema es que nada garantiza que los trastornos no puedan volver a surgir al paso de los años.

Esta clasificación es la más usual para diagnosticar y predecir la evolución del trastorno una vez que ha sido diagnosticado por profesionales de la salud. Pero es no es una escala gradual y certera. La evolución de un paciente puede ser como su vida, con altibajos, y recaídas en la aparición de síntomas. El 100% de toda remisión clínica se logra con un balance entre medicamento, psicoterapia y ánimo de lucha del paciente.

Estrategias para aminorar los efectos perjudiciales del TDA/H.

Estrategias generales:

DEL AUTOCONOCIMIENTO

- Reconocer las responsabilidades y habilidades propias; fortalecer y aumentar las habilidades personales. Asumiendo que el cambio o mejoramiento de hábitos es un trabajo paulatino.
- Nunca se compararse ni competir.
- Autoafirmarse positivamente a partir de juicios realistas sobre su persona, sus capacidades y logros “Yo hago excelentemente ...”, “He hecho esto muy bien...”. Piense positivamente de si mismo
- Identifique sus estados de animo: “me siento triste...”, “estoy harto...”, “tengo sentimiento de fracaso...”, “ Amanecí bastante excitado y extrovertido...” etc.
- Desarrolle un estilo de vida personal. Sin importar lo que la gente dice de usted.
- Dialéctica fracaso-éxito o error-aprendizaje. Cuando un adulto con TDA hace conciencia sobre su trayectoria laboral o profesional y se llega a interpretar como una secuencia repetida de altibajos o vida inestable. Se suele interpretar como algo negativo: sensación de fracaso generalizado en toda actividad. En consecuencia se predispone y justifica la autoimagen negativa en toda actividad (no puedo, no lo lograre, no sirvo, no estoy listo, etc.) en este caso la dialéctica vital termina en n fracaso en virtud de la afirmación negativa. La autoimagen se puede reforzar o construir sobre una autoimagen vulnerable, inestable.

DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

- Ser realista y comunicarse con mensajes claros.
- Evitar predisponerse, preenjuiciarse o atribuirse.
- intromisiones a la intimidad.

- Evitar hiperrecciones.
- Saber escuchar el tono de voz (diálogo fluido, calmado, teniendo contacto visual y atento al lenguaje no verbal)
- Evite distraerse o desatender una conversación; si esto ocurre ofrezca disculpas y pida le repita la información “disculpa no te escuche bien... me puedes repetir lo que dijiste...”
- Aprenda a decir NO, aprenda a expresar una queja o inconformidad. Aprenda a detener abusos, insultos indirectos o burlas
- No tema en conversar con nuevas personas y hacer nuevas amistades, para ello; tenga iniciativa, intervenga en una plática con sutileza, atento al diálogo NO sea intromisivo, descortés o irrespetuoso (el respeto a los demás casi siempre asegura ser respetado)

Identifique las pautas, y normas sociales del grupo, ambiente o gente con la que se encuentra

LA AUTOESTIMA. Alguien puede sobrevalorarse, infravalorarse o solo valorarse (el justo medio) y en el caso del tda, tiene mucho que ver con su historia de vida, según como se le presento así mismo desde niño, nombrándolo por parte de los adultos: “eres tonto”, “nunca sabes las cosas”, “todo rompes”, “nunca terminarás tu escuela”, etc. Con estas expresiones infundadas de los adultos al niño, el infante asimila esto como autoimagen y aprende a autocensurarse. Se culpa a si mismo o siente vergüenza de si mismo, dando por un hecho real el significado de las frases como parte constitutiva de su persona o su “modo de ser”. Generando así una autoimagen devaluada y errónea de si mismo. En realidad esta autoimagen devaluada y errónea es una “estructura” psíquica con la que el niño se relaciona con el mundo, por eso su relación será igual: deficiente, insegura, rebelde, incomoda. Las tareas y objetivos pueden verse minimizados por este actuar

devaluado. Una autoimagen pobre posibilita un actuar pobre, y ante las acciones pobres los resultados son mínimos (o fracasos) lo que afirmaría la autoimagen devaluada del niño. La experiencia de bajo rendimiento refuerza las creencias de autoimagen devaluada que se tiene, lo que es igual a comportamientos antisociales o inadaptados.

EL PLAN DE VIDA. Es una serie de preguntas cuyo fin es problematizar e incitar a la reflexión, sobre ciertos asuntos vitales que nos son pertinentes a todo ser humano, por los cuales a veces no siempre somos bien conscientes de ellos. Se trata de un modulo de preguntas que buscan incitar a la persona a preguntarse sobre su estado actual (ser conscientes del aquí y ahora) así como plantearse metas reales y pertinentes, para evaluarlas. Pudiendo así observar su desarrollo humano y el cumplimiento de sus metas. Esto anuda al segundo tema fundamental para el autoconocimiento: la persona emocional.

LAS EMOCIONES. Son afectos intensos de corta duración que surgen cuando se vive una experiencia agradable o desagradable. Tienen un origen instintivo y NATURAL, tienen una función propia, por tanto son necesarias para la supervivencia. Las emociones nunca se reprimen, ni se deben negar, solamente se canalizan, se educan a través de un conocimiento de nuestras emociones (las de cada uno), lo que algunos llaman inteligencia emocional o asertividad. Basta con tener un poco información sobre lo que son y el uso de las emociones para observar su efecto en nuestra vida. Y llevar una vida emotiva bien equilibrada. En el siguiente cuadro se enlistan las emociones humanas según sus usos positivos y negativos.

Función de las emociones	Disfuncionalidad de las emociones

<ul style="list-style-type: none"> • Ira→sirve para defenderse. • Ansiedad→sirve para evitar algún peligro que consciente o inconscientemente se reconoce. • Tristeza→Sirve para solicitar ayuda. • Celos→Sirve para asegurar una relación o un bien. 	<p>Ira→puede desembocar en coraje, violencia física o verbal. Ya sea hacia uno mismo o hacia los demás.</p> <p>Ansiedad→causa enfermedades biológicas, y desordenes psicológicos (depresión)</p> <p>Tristeza→ puede derivar en Ansiedad y aislamiento.</p> <p>Celos→Puede causar distintos conflictos.</p>
---	--

DISFUNCIONALIDAD DE LA IRA	2) GENERA UN CICLO DE VIOLENCIA.	3) COMO EVITAR LA ESCALADA DE ENOJO.
1) ESCALADA DEL ENOJO.		
Acumulación de tensión→Explosión→Arrepentimiento		

La escalada del enojo: evoluciona por 4 etapas (suceso negativo, pensamiento caliente, enojo excesivo y (finalmente) conducta violenta)	Suceso negativo→ Pensamiento caliente→Enojo excesivo→Conduc ta violenta	Suceso negativo→pensamiento caliente→ // tiempo fuera, auto instrucciones positivas. El tiempo fuera, consiste en alejarse físicamente del lugar. Y una vez alejado (respirar profundamente) también se puede mandarse pensamientos positivos la persona (alto, no digas eso, mejor me callo, etc.) para evitar el enojo
---	---	---

7. Tabla de rasgos negativos y positivos del TDAH. FALTA COMPLETAR

Rasgos positivos	Descripción	Estrategias Potenciadoras
1. Alta energía	Alto sentido de individualismo	

	(independencia), creatividad, desarrollo de habilidades sociales. Logro de varias tareas en un día. Ambición, iniciativa, dynamismo.	
2. Visión de scanning (visión en perspectiva)	Creatividad, interconexión de posibilidades	
3. Atención Múltiple		
4. Interrelación de datos y alta inventiva.		
5. Creatividad.		
6. Imaginación.		
7. Sensibilidad.	Comprensión intersubjetiva	
8. Apertura emocional.	Sociabilidad, comprensión intersubjetiva,	
9. Adaptabilidad.	Sociabilidad	
Rasgos negativos	Descripción	Estrategias Atenuantes (Las estrategias se hacen de una en una. No todas a la vez)
1. Falta de atención y olvido.	Soñar despierto. Distraído y olvidadizo. Dificultad de iniciar y sostener un esfuerzo mental. Inatención. Baja autorregulación (baja relación entre un estímulo y una conducta, dificultad para regular estímulos autodirigidos.	Aprender a reírse de uno mismo relativizando los problemas.
2. Impulsividad e irreflexión.	Se relaciona con la baja tolerancia a la frustración. Verborrea, divagador, Intromisiones en el espacio privado. Actuar arriesgadamente y sin pensar las consecuencias, Agresión (explosiones súbitas e irracionales) Hiperactividad (sensación de no haber hecho nada), buscan hacer más de 2 actividades, mueven los pies. Hacer todo con inmediatez, sentirse aburrido.	Autoobservación con TCC. Tiempo fuera, Relajación, Respiración y concentración. Manejo de estrés y frustración. Usar frases autodirigidas. Evitar verborragia y intromisión, "Piensa antes de decir o actuar".

3. Mal manejo del tiempo, improvisación e in conclusión de tareas.	<p>Olvido de fechas, tareas y citas.</p> <p>Confusión en la decisión y seguimiento de labores.</p> <p>Inconclusión.</p> <p>Búsqueda de novedades.</p>	<p>Establecer rutinas de trabajo.</p> <p>Organizar espacios de trabajo, con un ambiente cómodo acorde a la actividad y gustos a desarrollar.</p> <p>Planear actividades según prioridades "no te preocupes, ocúpate!"; enlista actividades por día y revísalas después de que concluye el día.</p> <p>Ser flexible con uno mismo; no rígido o aburrido.</p> <p>Distribuye y disfruta tu tiempo libre.</p>
4. Hiperfocalización.	<p>Se conectan en una tarea que cumplen de forma excesiva y exhaustiva, resultándoles estimulante, pero al centrarse en una tarea se olvidan de otras (hacen mas de lo necesario, exageran).</p> <p>Se muestran exigentes y obsesivos, ambiciosos.</p> <p>Exagerados, demandantes y perfeccionistas.</p> <p>Dificultad para jerarquizar tareas.</p> <p>Dificultad para disfrutar sus éxitos.</p>	<p>Evitar la hiper focalización cuestionando el trabajo que se esta haciendo: ¿Esto sirve?, ¿Es necesario hacer esto?, ¿Hay una forma más sencilla y económica de hacer esto?</p> <p>Delimitar bien las metas u objetivos. Que no sean metas irreales (exigentes, fuera de tus capacidades)</p> <p>Evitar la rigidez</p>
5. Postergación.	<p>Se distraen, se desorganizan, Se hiperfocal izan, planean metas excesivas e irrealizables.</p> <p>Se dejan llevar por las novedades, actividades de ocio y sin sentido.</p> <p>Postergan o "dejan para después" las tareas que generalmente exige esfuerzo, son poco estimulantes, poco novedosas, rutinarias o postergarlas por "fuga de la realidad o las obligaciones"</p> <p>La postergación puede multifactorial: estrés, tensión emocional, fobias (miedos), inmadurez, menos valía, miedo al fracaso, etc.</p>	<p>Dos fuentes de la postergación:</p> <p>1) Externas: malos hábitos, cansancio. No especular y hacer tareas concretas, enlistar instrucciones concretas, No tareas irreales o incumplibles.</p> <p>2) Internas: No tener sentimientos conflictuados que paralizan la acción o la inhiben</p>
6. Ansiedad.	<p>Inestabilidad, Inquietud interior, preocupaciones</p>	<p>Objetivos y tareas acorde a tiempos establecidos, objetivos sencillos.</p>

	Sentimientos y (o) emociones no resultas. Sensación de motor encendido", nerviosismo, sudor de manos, sequedad de la boca	Capacidad de disfrutar los éxitos, ratos de tiempo libre y ocio. Estar en paz con uno mismo.
7. Frustración e intolerancia a la frustración.	Berrinchudo, enojón. Resentido, conflictuado, perdidas no racionalizadas. Agresividad explosiva.	Contra la agresividad, usar técnicas de TCC.
8. Conducta antisocial.	Confusión emocional (estar enojado sin saber porqué) Conducta oposicionista. Consumo de drogas o irritantes. Trastorno oposicionista desafiante (TOD) Trastorno Antisocial (TA) Depresión (crónica o temporal) Negatividad (no puedo, no valgo, no lo hago) Conductas invasivas en grupos o personas. Poca objetividad o falta de realismo. Enfrentamiento a las autoridades. Uso de drogas y sobreexposición a peligros. Fracaso social: Puede deberse al rechazo crónico (real o idealizado) de los círculos sociales que frecuenta, por la dificultad de interpretar los lenguajes sociales de cada contexto.	Identificar el efecto de sus conductas en el grupo. Identificar puntos vulnerables de y hipersensibilidad. Evitar la verborragia. Evitar ser intromisivo o "espantar a la gente".
9. Hipersensibilidad.	Humor cambiante. Agresividad. Confusión emocional. Inestabilidad ante la crítica. Hipersensibilidad. Hiperreacción emocional: (un sentir exacerbado, sentirse nublado, especial o con poderes y	TCC autoobservación_ tiempo fuera. Relajación, respiración y concentración. Observar e identificar el rango personal de resistencia la frustración. Manejo del estrés y la frustración. Uso de frases autodirigidas: "Es solo una opinión", "Eso no es tu caso", "Tu lo haces mejor...", etc.

	<p>capacidades espaciales; sentirse diferente a los demás); cuando la Hiperreacción emocional estalla en un desborde emocional violento, puede haber golpes, gritos o hasta otras formas de violencia física severa.</p> <p>Desborde emocional: incapacidad para contener las emociones o manifestarlas de forma equilibrada (lloran sin saber o por razones que no lo justifican, ríen, se angustian demasiado, pelean y estallan por razones pequeñas, etc.)</p>	
--	--	--

TDA/H EXPLICADO A TODOS

-Material didáctico sin fines de lucro-

(Análisis de conducta o cadena de hábitos)	Disparador	Pensamiento/sentimiento	Conducta	Consecuencias negativas	Consecuencias positivas

ORGANIZADOR CONDUCTUAL para terapia cognitivo conductual	
PENSAMIENTOS IRREALES	PENSAMIENTOS REALES
Se anota la fecha y problema ejemplo.	Se anota la fecha y problema

13 /2/08 Nadie me quiere.	Algunas veces la gente no me entiende pues no me conoce. Yo me acepto y me amo, y dejare que la ente me conozca tal y como soy. Pues soy muy agradable y tengo mucho que dar.
EMOCIÓN-PROBLEMA / LUGAR-PERSONAS	ESTRATEGIA USADA-RESULTADOS
HABILIDADES PERSONALES	HABILIDADES PROFESIONALES
SITUACIÓN DE INCOMUNICACIÓN	HABILIDAD COMUNICATIVA

<p>Antes de dar mi clase me sentí tenso y hartó. Luego no pude expresar mis ideas</p>	<p>Sonreí, tome un dulce. Y eso me relajó; luego pude recuperar el mando de la clase con alegría. Todo salió muy bien.</p>
PENSAMIENTO/SENTIMIENTO/CONDUCTA	CONSECUENCIA POSITIVA Y NEGATIVA