

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**GRADO EN PSICOLOGÍA**



**VNiVERSIDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**“ANALIZANDO CÓMO EXPLICAR A LOS PADRES LA  
PROBLEMÁTICA DE SUS HIJOS”**

**Autor: Juan Arranz Higuera**

**Tutor: Emilio Sánchez Miguel**

Salamanca, 20 de julio 2023

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

*Declaro que he redactado el trabajo “Analizando cómo explicar a los padres la problemática de sus hijos” para la asignatura de Trabajo de Fin de Grado en el curso académico 2022/2023 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.*

En salamanca, a 20 de junio 2023

Firmado:

Juan Arranz Higuera

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	3
i. Definición y objetivos de la Psicoeducación .....	3
ii. Diagnóstico cómo forma de psicoeducación declarativa .....	7
iii. Beneficios de la Psicoeducación .....	10
iv. Beneficios de la Psicoeducación en TDAH .....	11
1.3 OBJETIVOS .....	12
<b>2. METODOLOGÍA .....</b>	<b>12</b>
2.1. CORPUS Y PARTICIPANTES .....	12
2.2. PROCEDIMIENTO .....	13
2.3. ANÁLISIS .....	14
<b>3. RESULTADOS Y DICUSIÓN.....</b>	<b>15</b>
3.1. RESULTADOS.....	15
3.2. DISCUSIÓN .....	21
<b>4. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS.....</b>	<b>24</b>
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>28</b>
<b>6. ANEXOS.....</b>	<b>32</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Ideas asimiladas por las familias</i> .....	16
Tabla 2. <i>Ideas asimiladas en la propuesta</i> .....	26
Tabla 3. <i>Tabla propuesta</i> .....	41

## **RESUMEN**

Entender la problemática de los hijos por parte de las familias es un proceso complejo y necesario, sin embargo en escasas ocasiones se le otorga la importancia merecida. Por ese motivo, en el estudio actual se va a analizar la comprensión de las familias sobre el problema de sus hijos. La consecución de este objetivo se lleva a cabo mediante la observación de la actuación de dos terapeutas de la asociación Fundaneed, durante una sesión de devolución de diagnóstico de TDAH. De ella, se estudiará las ideas transmitidas por los profesionales, el tipo de formato en el cual fueron proporcionadas y el grado de asimilación por parte de los familiares.

Los resultados permiten afirmar que el diálogo entre los profesionales y las familias durante el proceso de diagnóstico no resulta eficiente. Al encontrar esto se diseñó un protocolo de actuación, basado en la idea de diagnóstico como forma de psicoeducación, permitiendo así iniciar la explicación a partir de las ideas previas de las familias. Con ello propusimos una mejora de dicha práctica que pudiera garantizar la comprensión de la problemática.

**Palabras clave:** Psicoeducación, diagnóstico, familias, cambio declarativo, comprensión.

## **ABSTRACT**

Understanding children's problems on the part of families is a complex and necessary process, but it is rarely given the importance it deserves. For this reason, the current study will analyse families' understanding of their children's problems. This objective is achieved by observing the performance of two therapists from the Fundaneed association, during a session to return the ADHD diagnosis. The ideas transmitted by the professionals, the type of format in which they were provided and the degree of assimilation by the family members will be studied.

The results allow us to affirm that the dialogue between professionals and families during the diagnostic process is not efficient. On finding this, an action protocol was designed, based on the idea of diagnosis as a form of psychoeducation, thus allowing the explanation to start from the families' previous ideas. In this way, we proposed an improvement in this practice that could guarantee the understanding of the problem.

**Key words:** Psychoeducation, diagnosis, families, declarative change, understanding.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

Compartir una explicación con los padres del problema que están experimentando sus hijos es una tarea muy frecuente y sin embargo no bien estudiada, además de compleja tanto para los pacientes como para los terapeutas.

Esto se pudo corroborar, en los resultados hallados por Navarro (2022) sobre el papel del diagnóstico del TDAH en las familias. En ese estudio se llevó a cabo una investigación en la Fundación Fundaneed, abierta desde el año 2017, un centro sanitario, social y terapéutico, que tiene como objetivo principal tratar y detener las alteraciones del neurodesarrollo, evaluarlas, diagnosticarlas y proponer los tratamientos más eficaces para paliar las alteraciones que pueden estar presentes en la población que acude a la Fundación (Fundaneed, 2017).

En dicha investigación se analizaron los logros alcanzados tras la labor de explicación de diagnóstico de TDAH a un grupo de madres, a las que se les entrevistó para identificar que ideas estaban operativas en sus mentes -a la hora de entender la problemática de sus hijos-. Contrastándolas con las que tanto la Fundación como la investigación consideran importantes para que las familias se enfrenten adaptativamente a lo que les ocurre a sus hijos. De esta manera, se pudo comprobar que sólo una parte de las nociones desarrolladas al dar el diagnóstico llegaban a ser usadas por las familias para dar sentido a lo que les ocurría a sus hijos cotidianamente. Destacando que en relación a los conceptos que la revisión bibliográfica consideraba importante solo fueron correctamente asimilados dos de ellos, que el trastorno no depende de la educación recibida en el hogar y que las terapias psicológicas tratan de regular y mejorar las capacidades. Y en cuanto a los conceptos que los terapeutas consideraban fundamentales, comprobaron que ninguno de ellos fue correctamente asimilado por las madres, sugiriendo que los profesionales no están consiguiendo que las familias comprendan los aspectos importantes del trastorno.

Cabe concluir, como consecuencia, y es el punto de partida de este trabajo, que la labor de proporcionar un diagnóstico no debería consistir sólo en una exposición de lo que sabemos al respecto sobre el paciente y el trastorno, y debería conectar mucho más con las ideas de partida que usan las familias. Una conexión que es indispensable, según lo que conocemos sobre cómo se adquieren ese tipo de conocimientos, para que esas nociones se asimilen con la profundidad necesaria para entender lo que experimentan sus

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

hijos, evitando sensaciones de desconcierto, malestar, incredulidad, desconfianza, impotencia, y aumentando, como contrapartida, el bienestar tanto del niño como de la propia familia.

De manera más concreta, del estudio de Navarro (2022) se extrajeron tres sugerencias para mejorar esa imprescindible tarea de compartir el diagnóstico con la familia:

- 1) La cantidad de ideas que los terapeutas suelen proporcionar podría exceder las que pueden ser asimiladas en un único acto comunicativo.
- 2) Las familias deberían tener un papel más activo durante la interacción con los terapeutas y dar muestras de que pueden “pensar con ellas”, al menos en el curso de sesión en la que se comparte el diagnóstico.
- 3) Parecería necesario, además, que los terapeutas dediquen parte de las futuras sesiones de trabajo con esas familias a valorar en qué medida éstas pueden usar en sus vidas las ideas desarrolladas en la sesión dedicada a dar el diagnóstico.

Estas tres conclusiones son compatibles con los modelos que especifican cómo se produce un cambio en nuestra concepción del mundo a través del discurso.

Justamente por ello, el objetivo de este trabajo será proponer una posible mejora en el proceso de explicación del trastorno de TDAH a las familias, coherente con estas tres conclusiones del estudio que le precede. Para ello se llevarán a cabo dos tareas complementarias.

La primera será analizar una sesión de diagnóstico, revisándola a la luz de los modelos anteriormente mencionados sobre la adquisición de conocimientos conceptuales.

La segunda, será proponer una alternativa, siguiendo un protocolo muy preciso, a esa sesión, teniendo siempre en cuenta la valoración que hagan los terapeutas observados sobre su viabilidad como práctica profesional.

Este trabajo apoyaría además la idea de que la acción de dar un diagnóstico a una familia puede entenderse como una intervención psicoeducativa, pues el objetivo es el mismo que tienen muchas de ellas: proporcionar a los afectados información y recursos para gestionar sus problemas (Bai et al., 2015). Un tipo de intervención que ha demostrado tener grandes beneficios en la calidad de vida y en el bienestar de todos ellos a la par que se producen mejoras en sus conocimientos, en sus recursos y en sus actitudes (Nussey et

al., 2013). Así pues, se entiende que compartir una explicación a los padres del problema de sus hijos, esto es, dar un diagnóstico, es una forma de psicoeducación.

## **1.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **i. Definición y objetivos de la Psicoeducación**

En los últimos años ha aumentado el interés por las intervenciones psicoeducativas debido a sus numerosas ventajas, sobre todo dirigido a las familias y las personas con Esquizofrenia, Depresión, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), entre otras afecciones (Godoy et al., 2020).

Aunque este tipo de intervenciones se empezó a usar de forma más frecuente en la década de 1980 con el objetivo de informar a los pacientes con esquizofrenia y a sus familias sobre el trastorno y diferenciarlo de las Terapias Familiares Sistémicas (Bonsack et al., 2015).

En cuanto a algunas definiciones de psicoeducación de diferentes autores podemos encontrar, por ejemplo, que según Goldman (1988) se puede definir como: “educación o formación de una persona con un trastorno psiquiátrico en áreas temáticas que sirven a los objetivos de tratamiento y rehabilitación” (p.667). Esta, puede servir para mejorar la aceptación de la enfermedad, las habilidades de afrontamiento, generar una mayor implicación con el tratamiento y rehabilitación... etc., entre otros más aspectos (Goldman., 1988). Barker et al. (2003) lo definieron como el "proceso de enseñar a los pacientes con enfermedades mentales y a sus familiares sobre la naturaleza de la enfermedad, incluyendo su etiología, progresión, consecuencias, pronóstico, tratamiento y alternativas” (como se citó en Bhattacharjee et al., 2011). Posteriormente, Bäuml (2008) definió la psicoeducación como “intervenciones didáctico-psicoterapéuticas sistemáticas, destinadas a informar a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y su tratamiento y promover la comprensión y manejo de la enfermedad apoyándoles en el afrontamiento de la enfermedad” (p. 3). Sin embargo, otros lo entienden como una forma de que tanto la familia como los iguales pueden enfrentarse a un reto importante de su vida (Bonsack et al., 2015).

En definitiva, con estas definiciones, la psicoeducación se entiende cómo una intervención didáctica y psicoterapéutica sistémica, dirigida a proporcionar información

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

a los pacientes y sus familiares sobre el trastorno que padece, el tratamiento y el pronóstico (Bonsack et al., 2015; Godoy et al., 2020).

Con ellas, lo que se busca es conseguir es una amplia gama objetivos como son (Correa & Hernández, 2006; Montoya et al., 2015; Castillo & Morales, 2016; Godoy et al., 2020):

- Favorecer o mejorar el conocimiento de su enfermedad o trastorno, informando al paciente sobre su condición.
- Tomar conciencia de los síntomas, facilitando su comprensión y manejo.
- Mejorar su actitud y su comportamiento frente a la enfermedad.
- Potenciar los recursos resilientes.
- Aumentar la participación activa del tratamiento y mayor adherencia al mismo.
- Promover estilo de vida saludables.
- Incrementar su calidad de vida y mejorar su estado de salud.
- Promocionar su autoestima, bienestar y desarrollo.
- Obtener las habilidades de afrontamiento necesarias para hacer frente a la enfermedad o incluso para poder hacer frente a un diagnóstico.

Es notorio que los autores enumeran objetivos, pero quizás sin conceptualizar su naturaleza. Justamente, la psicología de la educación permite entender en que puede consistir cada uno de ellos y las consecuencias que tiene para el que cambia y para quien ayuda en ese cambio, que debe desplegar unas ayudas y no otras. Así, esta disciplina diferencia tres tipos de cambios, cada uno de los cuales llevan a cabo procesos de cambio y de ayudas diferentes. Según Pozo (1996) & Vidal-Alberca et al. (2019) son:

**Cambio declarativo:** Es aquel que nos permite comprender, ordenar y predecir lo que vivimos. Hace referencia a nuestras ideas y nexos de las visiones de partida con respecto a la información que se nos ofrece (como podría ser la problemática de los hijos). Se caracteriza por presentar una naturaleza verbal o discursiva, es decir, se expresa fácilmente a través de palabras y discursos (al igual que la psicoeducación). Dentro de los conocimientos que albergan este cambio se suele diferenciar entre adquirir hechos y adquirir conocimientos. En el primer caso, consiste en añadir a nuestra red de conocimientos (Por ejemplo: El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo y no depende de la educación) un nuevo nodo y para ello, es suficiente memorizar el significado de la oración o explicación, permitiendo recuperarlo cuando la situación lo exige (Cuando

alguien nos pregunta “¿Qué le ocurre a tu hijo?”). En el caso de cambiar o crear un nuevo concepto no es suficiente con añadir información nueva, es necesario “interpretar” la información desde lo que se conoce (“Mi hijo se mueve mucho porque le cuesta controlarse”). Para ello, es necesario crear relaciones específicas entre la información nueva y lo ya sabido o dado. Dando lugar a una red de conocimientos interconectados que nos permiten predecir y explicar situaciones nuevas a las que nos enfrentamos (Por ejemplo, cuando después de la psicoeducación, vuelven a preguntar a las familias: “¿Por qué a tu hijo le cuesta tanto concentrarse?”). Los procesos empleados para este cambio pueden ser asociativos, a través de la repetición de la información, o procesos de comprensión, a través de explicaciones, discusiones o ejemplificaciones.

**Cambio procedimental:** Hace referencia a las acciones, las cuales nos permiten dar una respuesta organizada y propositiva a las demandas que ese entorno nos plantea. Consiste en saber cómo hacer acciones organizadas para conseguir una meta (saber explicar la problemática de sus hijos). Este tipo de conocimiento no es solo de naturaleza verbal. Además, está constituido por circuitos de acciones que se van desarrollando a medida que se producen las condiciones relacionadas con cada una de ellas hasta alcanzar la meta planteada (afrontar la problemática a través de las habilidades de afrontamiento) (Anderson, 1996). Dentro de este tipo de saber, se diferencia entre técnicas (hábitos o rutinas) y estrategias. En el caso de las primeras, el circuito de acciones se puede aplicar sin la necesidad de un control consciente de lo que se está haciendo, activando las diferentes acciones de forma automática. Sin embargo, en las segundas se tiene un control de lo que se está haciendo, pudiendo decidir los cursos de acción según los resultados que se buscan. Hay que tener en cuenta que los conocimientos declarativos y procedimentales son independientes, por lo que para hacer frente a la enfermedad no es suficiente con la mera explicación de lo que es, cómo se suele hacer al ofrecer información declarativa a los padres sobre la problemática de sus hijos. Los procesos encargados de este cambio pueden ser asociativos, encadenando acciones con condiciones, ayudándose de modelados o supervisión y también pueden ser conscientes, mediante la autorregulación con ayudas como explicación, andamiaje o supervisión.

**Cambio actitudinal:** Cambiar nuestra actitud o valoración de las situaciones, en este caso con respecto a la problemática de los hijos, puede asociarse a cambios declarativos sobre la problemática y cambios en las acciones, pero hay situaciones en las cuales, sólo con cambios en las valoraciones son insuficientes para producir nuevas conductas o nuevas

ideas, dando lugar a la necesidad de proporcionar ayudas específicas para que las actitudes y acciones concuerden. En estas situaciones, las ayudas se centran en enseñar nuevas estrategias (por ejemplo, formas de afrontar la enfermedad). Aunque, en ocasiones, para adquirir las estrategias es necesario una mayor comprensión de la problemática, a través de un cambio declarativo (por ejemplo, el proceso de explicación de un diagnóstico, entendido este como una forma de psicoeducación). Los procesos implicados en el cambio actitudinal pueden ser asociativos, cuyas ayudas se pueden ofrecer mediante cambios contextuales o también, pueden ser procesos de comprensión y razonamiento, cuya ayuda posible sería la persuasión. Además, los cambios actitudinales pueden realizarse de dos formas. La primera de forma inconsciente al mantener contacto directo con la problemática y la de segunda de forma consciente, mediante argumentos, valores, razonamientos, explicaciones, diagnósticos o psicoeducaciones (Briñol, de la corte & Beverra, 2001; Rydell et al., 2007; Bonher & Dickel, 2011).

Apelando a esta triple distinción, se concluye que los procesos implicados en la comprensión de los padres de la problemática de sus hijos son muy diferentes de lo que la familia debería de hacer para adquirir herramientas con el objetivo de enfrentarse a la enfermedad o modificar su actitud.

Revisando la lista de objetivos de la psicoeducación podemos ver que algunos de ellos son de carácter declarativo, tales como:

- Favorecer el conocimiento de su enfermedad o trastorno
- Tomar conciencia de los síntomas
- Promover estilos de vida saludable

También encontramos objetivos de carácter procedimental como:

- Potenciar recursos resilientes
- Estimular habilidades para hacer frente a la enfermedad
- Una mayor participación y adherencia al tratamiento

Y, por último, se encuentran algunos de carácter actitudinal, como son los cambios en la manera de valorar los síntomas y los problemas que acaecen en la vida cotidiana.

## **ii. Diagnóstico cómo forma de psicoeducación declarativa**

Teniendo en cuenta este marco, parece claro que proporcionar un diagnóstico a una familia o incluso al propio paciente puede ser entendido como una actividad psicoeducativa cuyo objetivo es promover un cambio declarativo en los conocimientos (hechos, explicaciones) que esa familia o paciente tienen sobre los problemas que unos y otros están experimentando. Más concretamente, se trata de incidir en la identificación de la causa y naturaleza de la enfermedad (Deb & Balhara, 2013). Para ello se deberá de recoger información de la persona mediante una entrevista con el objetivo de incluir las preocupaciones, síntomas y la historia de su vida, junto con pruebas o cuestionarios psicológicos e información de la familia (Deb & Balhara, 2013).

Este proceso se debe realizar de manera adecuada para que la familia del niño diagnosticado entienda qué es lo que le pasa, sus dificultades, la forma en la que se le puede ayudar, su pronóstico..., En definitiva, tanto la psicoeducación como la acción de compartir un diagnóstico consisten en ofrecer una explicación elaborada y teóricamente fundada a los padres, promoviendo así una mejor comprensión y manejo de la situación.

Esta práctica es igual de frecuente en todos los ámbitos de la salud. Sin embargo, es diferente en el ámbito de la salud mental, debido a que es una tarea subjetiva que requiere una experiencia de aprendizaje para que el diagnóstico sea comprendido correctamente (Atri & Sharma, 2007).

Según el trabajo de Navarro (2022), este procedimiento es de gran complejidad y no siempre eficaz. Esto es así por varias razones. Una de ellas es la dificultad que supone la comprensión de un mensaje que es inevitablemente complejo y que debe además conectarse con la información previa de las personas afectadas. En ocasiones, las familias tienen ideas preconcebidas e intuitivas sobre la problemática de sus hijos, que, si bien ayudan a situarse en la vida cotidiana, no son del todo accesibles a la conciencia de quien los tiene y usa. Por eso, resulta bastante difícil conseguir su conexión con una información que se proporciona explícitamente (Van Broek & Kendeou, 2008), lo que provoca que no la comprendan de forma correcta (Rueda, 2013).

Los modelos sobre cómo se adquieren nuevos conceptos, leyendo o escuchando mensajes apropiados, han identificado estos procesos que pueden desplegarse en diferentes secuencias.

- 1) Los receptores del mensaje deben extraer la información de lo que leen o se les dice, y acceder a su significado, lo que supone una comprensión que se denomina superficial (van Dijk & Kintsch, 1983)
- 2) Deben recuperar de su memoria a largo plazo su concepción respecto del mismo problema, lo que en muchos casos va a suponer que el receptor del mensaje tenga que hacer explícito lo que de momento es un conocimiento intuitivo y no del todo verbalizable.
- 3) Habrán de coactivar lo que han entendido del mensaje y lo que ya pensaban al respecto. Esto es, deberán tener activas al mismo tiempo en su memoria de trabajo tanto sus ideas previas como las nuevas que acaban de leer o escuchar.
- 4) Esa coactivación puede dar lugar a que aprecien o experimenten posibles discrepancias (diferencias, conflictos, lagunas, imprecisiones) entre las dos representaciones coactivadas. Una experiencia que suele ser especialmente notoria cuando se intenta esclarecer una situación o vivencia y afloran inevitablemente dos maneras de verlas que no resultan enteramente compatibles.
- 5) Tendrán que elaborar una visión integradora que resuelva las discrepancias identificadas entre esas dos visiones recién coactivadas. Esa nueva concepción del problema tiene que consolidarse al tener que dar cuenta repetidamente de nuevas experiencias y vivencias (pensar con).

El orden con el que se llevan a cabo esos procesos puede ser muy diverso. Cabe que el receptor perciba que lo que está leyendo o escuchando no es enteramente “satisfactorio/congruente/comprensible” y eso le lleve a reconsiderar lo que realmente piensa y tomar conciencia de ello, lo que daría paso a esa coactivación tan decisiva para el cambio. O puede que se siga linealmente la secuencia presentada o, incluso, que el proceso se inicie con una toma de conciencia de lo que se piensa sobre un problema suficientemente relevante y eso que le lleve a contrastarlo con otras visiones leyendo o escuchando a otros.

Por tanto, un punto clave en esta secuencia de procesos es el de la coactivación que solo es posible si la información previa y la información nueva se contemplan a la vez. Es esa consideración simultánea de ya lo dado y lo nuevo lo que da lugar al conflicto y a la

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

insatisfacción que justifican el esfuerzo por elaborar una visión nueva (Van Den Broek & Kendeou, 2008).

Al adaptar este modelo de los procesos de cambio a nuestra investigación, el apoyo que se puede proporcionar para compartir un diagnóstico con una familia podría seguir esta secuencia de pasos que se ha usado en otros trabajos como son Sánchez et al. (1999), (2020) y Sánchez & García (2015).

Hay propuestas compatibles con esta que se han ido planteando en trabajos previos. Así, se ha defendido que la psicoeducación debe verse como un espacio narrativo, en el que los profesionales, antes de compartir lo que consideran relevante sobre la enfermedad y su manejo, promueven a que tanto el paciente como su familia construyan sus ideas sobre la enfermedad y lo que han vivido en torno a ella (Correa & Hernández, 2006). Esta construcción -narración- de la enfermedad puede irse revisando a lo largo de la sesión con los apuntes de los terapeutas, elaborándose progresivamente nuevas narraciones y significados (Correa & Hernández, 2006).

Sea cual sea la formulación que se haga del proceso de ayuda, es importante señalar que se pueden adoptar diferentes formatos de interacción entre la familia y el terapeuta que se han identificado en trabajos previos (Sánchez en preparación).

Cabe hablar de una conversación terapéutica abierta, en la iniciativa reside en las familias/pacientes y en la que el profesional se limita a rescatar las ideas que las familias van exponiendo para construir con ellas esas narraciones o visiones iniciales (Sánchez en preparación). Sin duda el paso 1 y 2 del modelo puede desplegarse con este formato.

También es probable que, dentro de esa conversación abierta, se intercalen momentos en los que los terapeutas enriquezcan las narraciones iniciales con contenidos profesionales para llegar a co-construir un relato más preciso y rico. Podemos referirnos a esto como una conversación terapéutica ampliada. En este caso, las intervenciones del terapeuta no están planificadas y responden directamente a las preocupaciones e ideas de los pacientes y familiares, aunque, como se acaba de insistir, enriqueciéndolas e incluso revisándolas ligeramente. El paso 3, proponer cambios, puede desarrollarse siguiendo este formato.

Otra forma en la que el profesional puede hacer su contribución es la de proporcionar una visión alternativa a la que ha ido fraguando en los pasos anteriores con lo que la familia y el paciente ha ido diciendo. Es un “Permíteme que te diga”, que se inserta dentro de la

conversación terapéutica, aunque reclama un espacio definido y su consiguiente planificación (Sánchez en preparación). En muchas ocasiones este momento monológico se acompaña de una conversación dirigida a confirmar su comprensión: que es lo que se ha propuesto denominar conversación instruccional. El paso 3 puede adoptar también estos formatos, esto, además de transcurrir como una conversación ampliada. El paso 4 requiere tanto un “Permíteme que te diga” como una posterior conversación instruccional. Finalmente, cabe asumir que muchas intervenciones dedicadas a compartir el diagnóstico han de verse como una “permíteme que te diga”.

### **iii. Beneficios de la Psicoeducación**

Por otro lado, en relación a las formas en las cuales la psicoeducación puede ayudar a las personas con enfermedades mentales incluyen mejor adherencia al tratamiento, mayor estabilización de los síntomas, prevención de las recaídas, hospitalizaciones, disminuir la aparición de los síntomas, ayudar al paciente en el proceso de rehabilitación (Miklowitz et al., 2003) y mejorar la funcionalidad del paciente y su familia (Bonsack et al., 2015), permitiendo de esta manera sobre llevar mejor la enfermedad (Atri & Sharma, 2007).

Además, facilita la comprensión de la situación que tanto la familia como la persona están viviendo, promoviendo el desarrollo de conductas saludables mediante la trasmisión de los conocimientos acerca de las causas, efectos e impacto del trastorno. Con esto tratan de que pacientes y familiares reconozcan las características de la enfermedad. Mejorando la actitud y el comportamiento que tienen sobre la enfermedad ya que, al comprender con mayor eficacia los aspectos de su enfermedad, les permiten darle sentido y perciben empatía por parte de los profesionales que ofrecen la psicoeducación, aumentando la adherencia terapéutica. También, incrementado el conocimiento que se tiene del trastorno, hay un mayor compromiso con el tratamiento, dando lugar a un cambio en la visión que tenían sobre el problema. Incluso la psicoeducación permite aumentar su estado de salud y calidad de vida, mediante la reducción de la incapacidad y permitiendo el ventilamiento emocional, el temor, el malestar y el aislamiento social. Esto es posible llevarlo a cabo si las expectativas que se tienen hacia la enfermedad y las demandas de la misma se ajustan a sus necesidades (Godoy et al., 2020).

En la revisión sistemática realizada por Zhao et al. (2015) mostraron resultados similares sobre los beneficios de la psicoeducación, encontrando que disminuía los tiempos de

recaídas a corto plazo, que reducía la incidencia y la gravedad de ansiedad y depresión y además una mejora de las habilidades sociales del paciente.

#### **iv. Beneficios de la Psicoeducación en TDAH**

En lo referido a este trabajo, destacamos su importancia en las familias con hijos con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que esta produce mejoras en los comportamientos de los niños, mayor satisfacción de padres e hijos, mayor conocimiento sobre el trastorno y el cumplimiento de las recomendaciones médicas (Montoya et al., 2011). Este tipo de intervención también influye de manera positiva en el estrés de los cuidadores o padres, en el bienestar de la familia y en el desarrollo de los niños e incluso mejora el estilo de afrontamiento, disminuyendo la ansiedad y el estrés de los padres. Además, se ha visto que al reducir el estrés parental con este tipo de intervención también se produce una mejora en el desarrollo conductual, evolutivo y emocional de los niños con el trastorno (Vizcarra, 2022).

En otro estudio realizado por Loarder et al. (2019) se vieron beneficios similares a los anteriores, mayor bienestar, menor ansiedad, depresión y disfunción marital, mayor resiliencia, apoyo y empatía e incluso mejores habilidades de afrontamiento por parte de los padres.

Igualmente, los resultados encontrados en otra revisión sistemática realizada por Dahl et al. (2019) demuestran que los efectos de las intervenciones psicoeducativas provocan una mejoría en la sintomatología del TDAH, en los problemas de conducta asociado al trastorno, un incremento en el conocimiento de los padres con respecto al TDAH y un aumento de la adherencia al tratamiento. Entre otros de los beneficios de las intervenciones psicoeducativas también se ha visto que podría mejorar las habilidades sociales de los pacientes que presentan TDAH (Powell et al., 2022).

En síntesis, con la anterior literatura expuesta se observa importantes beneficios de estas intervenciones en todo tipo de trastornos y enfermedades mentales. Permitiendo que tanto los pacientes como las familias puedan vivir con la enfermedad de forma más adaptativa, mejorando su calidad de vida, sus estrategias de afrontamiento, aumentando la adherencia tratamiento, reduciendo las recaídas, entre otros, demostrando así su gran necesidad e importancia. Además, al entenderse el diagnóstico cómo una forma de psicoeducación, si es realizado de forma correcta, se pueden lograr los beneficios comentados anteriormente, mejorando en definitiva el transcurso del tratamiento y el pronóstico del mismo.

### **1.3 OBJETIVOS**

Como se ha reflejado en la fundamentación teórica, es de gran importancia llevar a cabo intervenciones psicoeducativas de forma eficaz tanto con los pacientes como con las familias para conseguir los beneficios anteriormente nombrados.

Considerábamos la explicación del diagnóstico como una forma de este tipo de intervenciones, que como se ha expuesto, no se realiza siempre de forma adecuada. Por lo que los objetivos principales de este estudio serán explorar la distancia existente entre lo que los terapeutas hacen durante esta práctica y lo que realmente se debería hacer para lograr la comprensión del diagnóstico mediante un análisis de contenido de sesiones de explicación de diagnóstico de TDAH a las familias de los afectados.

Todo ello, con el fin de diseñar un protocolo para compartir el diagnóstico de una forma más eficaz y consiguiendo de esta manera sus beneficios.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. CORPUS Y PARTICIPANTES**

Para poder llevar a cabo los objetivos propuestos -la exploración de la forma de la explicación del diagnóstico y la elaboración del protocolo de mejora- se esperaba observar dos sesiones sobre la explicación del diagnóstico a las familias con hijos con el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y las transcripciones de las mismas (ver anexo 1). Sin embargo, debido a que los terapeutas no encontraron un caso adecuado en el periodo de duración de la investigación, solo se pudo hacer en una ocasión.

En ella, únicamente se registró la actuación de los terapeutas sin llevar a cabo ninguna explicación del protocolo o de cómo estos tenían que actuar. Con ello se pretendía registrar aquellos aspectos que realizaban de manera correcta y aquellos que necesitarían una mejoría.

Después, se esperaban analizar los datos de interés para el estudio y en base a ellos se estableció un protocolo de mejora de la explicación del diagnóstico.

Sin embargo, al no poder comprobar su eficacia, dicho protocolo fue ofrecido a ambos terapeutas para comprobar su viabilidad y se les sugirió que lo aplicaran en la próxima sesión de devolución.

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Tras ello se esperaba volver a observar la actuación de los terapeutas con la utilización de la propuesta, recogiendo los mismos datos de la primera sesión. Por último, se compararían ambas explicaciones.

En cuanto a los participantes del estudio contamos con la colaboración de dos terapeutas de la asociación Fundaneed, los cuales nos han dado la oportunidad de observar su metodología de trabajo, analizar su actuación e incluir mejoras en la misma.

## **2.2. PROCEDIMIENTO**

El procedimiento empleado en esta investigación ha consistido en la observación de la actuación de los terapeutas frente a una explicación de diagnóstico de TDAH a las familias y el posterior análisis en el cual se identificaron las ideas correctamente asimiladas y el tipo de interacción empleado para la explicación. Como se ha dicho antes por motivos ajenos a la investigación solo se pudo hacer en una ocasión.

De esta sesión, se registraron los siguientes datos:

- Las ideas que fueron transmitidas por parte de los terapeutas
- El tipo de interacción en el que las ideas fueron explicadas:

-Conversación instruccional: Este tipo de conversación se corresponde al tipo de formato que es planificado antes de las sesiones y no se conecta con los pensamientos/sentimientos ni preocupaciones de los pacientes, en definitiva, un “permítame que te diga”.

-Conversación ampliada: Se refiere a la conversación terapéutica, la cual parte de las preocupaciones de los pacientes y amplían lo que estos acaban de expresar, por lo que si se conecta con los pensamientos/sentimientos de los pacientes.

- La asimilación o no de las ideas.

Después, se realizó el análisis (ver tabla 1) y decidimos llevar a cabo la propuesta de mejora, compuesta por cinco pasos. Con este protocolo tratamos de producir un cambio declarativo de los pacientes, en este caso sobre las ideas que tengan las familias sobre el diagnóstico de TDAH de sus hijos, logrando una mayor comprensión del mismo.

Una vez concretado y validado el protocolo con los terapeutas, se esperaba ponerlo en marcha y observar otra sesión de devolución de diagnóstico de TDAH a las familias.

Con el fin de ayudar a la ejecución del protocolo se diseñó un ejemplo de la forma de actuación aplicando la propuesta, a raíz de la transcripción de la primera sesión observada

y analizada junto con una tabla propuesta que recoge los pasos a dar, las ayudas que se deben ofrecer y el contenido de las mismas (ver anexo 2 y 3).

### **2.3. ANÁLISIS**

El presente análisis tiene como eje central la investigación de tres aspectos importantes. Los cuales fueron medidos en la primera entrevista, al igual que se esperaban medir en la segunda tras la aplicación del protocolo de mejora de la explicación.

El primer aspecto se refiere a las ideas que los terapeutas querían transmitir a las familias acerca de la problemática de sus hijos.

El segundo era el tipo de interacción que se había producido para compartir dicha información. Dentro de este, se destacaban la conversación empleada (instruccional o ampliada) y el tipo de ayudas empleadas para ello (ampliaciones, ejemplificaciones, metáforas, explicaciones...).

El tercer aspecto consistía en el grado de asimilación de las ideas por parte de la familia. En este se diferenció entre las ideas con indicadores de una asimilación correcta y las ideas sin evidencia de comprensión. Esto se hizo durante la conversación entre terapeuta y familia. Para ello, contamos con tres indicadores de la asimilación:

- 1) Las familias usen ideas de forma espontánea para interpretar las nuevas situaciones. Con este indicador sugerimos una comprensión autónoma profunda.
- 2) Las familias respondan a preguntas o situaciones guiadas por los terapeutas. Siendo este un indicador de comprensión guiada profunda.
- 3) Las familias parafrasean la información que los terapeutas acaban de explicitar, a través de resúmenes. Este sería un indicador de una comprensión superficial.

Para concretar estos indicadores, abordamos los pasos comentados en la fundamentación teórica sobre cómo se adquieren nuevos conceptos. Primero las familias deberían extraer la información procedente de los mensajes de los terapeutas les dicen y acceder a su significado, lo que supondría una comprensión superficial, originando este paso al tercer indicador.

A partir de esto deben recuperar de su memoria a largo plazo la idea del mismo problema, teniendo en este momento que explicitar su conocimiento intuitivo, coactivando lo que han entendido de la información transmitida y lo que pensaban sobre ello al mismo tiempo. Dando lugar a posibles discrepancias entre ambas ideas coactivadas. Al contestar

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

las preguntas o las situaciones propuestas por los terapeutas daría lugar a la discrepancia, lo que acontece a esta comprensión profunda, aunque guiada. En este sentido, para lograr esa comprensión profunda autónoma deberán de elaborar una visión integradora que resuelva esas discrepancias entre las ideas coactivadas, lo cual podría originarse en el momento del uso espontáneo de la misma.

Por último, teniendo en cuenta los parámetros anteriores (ideas transmitidas, tipo de interacción y grado de asimilación), se determinaría cuál de las dos interacciones había sido más eficaz. Considerando que lo será aquella con una menor cantidad de ideas compartidas, una mayor conversación ampliada y una mayor cantidad de ideas con evidencia de asimilación.

### **3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **3.1. RESULTADOS**

En este apartado se hará una supervisión de los resultados encontrados.

En primer lugar, se ha elaborado una tabla que muestra el análisis de las ideas asimiladas por las familias al recibir la explicación del diagnóstico de TDAH que afecta a sus hijos. La tabla se encuentra dividida en tres apartados:

- Ideas que fueron transmitidas por parte de los terapeutas:
- Tipo de interacción (Formato y ayudas)
- Respuestas de la familia
  - o Ideas con indicadores de asimilación
  - o No hay evidencias de la asimilación

**Tabla 1**

*Ideas asimiladas por las familias*

Ideas transmitidas	Formato y Ayudas	Respuesta de la familia
Compensación de sus dificultades	Conversación ampliada. Ejemplificaciones y preguntas Conversación ampliada.	No hay evidencia de asimilación
Dificultades de autocontrol	Rescate de ejemplos  Conversación instruccional.	Correctamente asimilada
El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, tiene que ver con el SNC	Conversación instruccional. Explicaciones	Parcialmente asimilado
El TDAH no tiene que ver con la educación	Conversación instruccional. Explicaciones	Correctamente asimilado
Cronicidad del trastorno	Conversación instruccional. Explicaciones	No hay evidencias de asimilación
Mejora de la sintomatología con la maduración	Conversación instruccional. Explicaciones	No hay evidencias de asimilación
Sintomatología en función de la etapa evolutiva	Conversación instruccional. Explicaciones	No hay evidencias de asimilación
Existencia de medicación	Conversación instruccional. Explicaciones	No hay evidencias de asimilación
Explicación de las funciones ejecutivas y su papel en el trastorno	Conversación instruccional /ampliada. Explicaciones, ejemplificaciones, metáforas	No hay evidencias de asimilación
Incremento de las exigencias	Conversación instruccional. Explicaciones	No hay evidencias de asimilación
Los tratamientos no curan el trastorno, sino que ayudan a mitigar los síntomas	Conversación instruccional/ ampliada. Explicaciones.	No hay evidencias de asimilación
La problemática no es culpa de ellos debido a que es problema del SNC	Conversación ampliada.	Correctamente asimilado

Ideas transmitidas	Formato y Ayudas	Respuesta de la familia
No es un problema que no tenga solución	Conversación instruccional. Explicación	No hay evidencias de asimilación

Al analizar la sesión encontramos las siguientes ideas transmitidas por los terapeutas:

- Compensación de sus dificultades
- Dificultades de autocontrol
- El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, tiene que ver con el SNC
- El TDAH no tiene que ver con la educación
- Cronicidad del trastorno
- Sintomatología en función de la etapa evolutiva
- Mejora de la sintomatología con la maduración
- Existencia de medicación
- Explicación de las funciones ejecutivas y su papel en el trastorno
- Incremento de las exigencias
- Los tratamientos no curan el trastorno, sino que ayudan a mitigar los síntomas
- La problemática no es culpa de ellos
- No es un problema que no tenga solución

Siguiendo los criterios propuestos, encontramos que, de las trece ideas transmitidas, solo en cuatro hubo indicadores de que fueron correctamente asimiladas, una de ellas parcialmente y en las ocho restantes no hallamos indicadores de comprensión o asimilación.

Todas estas ideas, las podemos clasificar en tres bloques:

- El primero: Ideas con indicadores de una correcta asimilación.
- El segundo: Ideas que pudieron ser parcialmente asimiladas
- El tercero: Ideas las cuales no encontramos indicadores de la asimilación por parte de las familias.

## 1) Ideas correctamente asimiladas

### Dificultades de autocontrol

Esta idea es transmitida en varias ocasiones a lo largo de la entrevista, a través de ampliaciones de las ideas de las familias. Con ello se consigue una coactivación de ambas ideas, las que ya tenían en su memoria a largo plazo y las nuevas comentadas por los terapeutas, buscando lograr la discrepancia y producir el cambio esperado para la adecuada comprensión.

Esto se puede observar al inicio de la sesión cuando los terapeutas preguntan a las familias sobre su conocimiento sobre el TDAH y al reflejar sus ideas, las amplían con este término. Apoyándose además de ejemplos expresados por las familias. Otro ejemplo de dicha ampliación lo observamos cuando la familia afirma que su hija es tirana. A lo que los terapeutas explican que eso es así debido a sus dificultades en controlar sus impulsos

Los indicadores que demuestran una adecuada comprensión los vemos cuando la familia dice: “Cuando actúe así no es porque quiera hacer sino porque tiene una dificultad de controlar sus impulsos, no es que sea mal educada”.

Esta respuesta surge de una pregunta de los terapeutas, por lo que según el segundo criterio se hubiese conseguido una comprensión profunda guiada debido a que no estamos seguros de que esa idea se haya producido espontáneamente.

### El TDAH no tiene que ver con la educación

Esta idea se transmitió en numerosas ocasiones durante la intervención de los terapeutas, mediante conversaciones instruccionales. Al no partir de las ideas previas de las familias, esta forma de actuación no asegura la coactivación de ambos conceptos, por lo que no se pondrían en marcha los procesos necesarios para una adecuada asimilación de los nuevos mensajes compartidos.

Los indicadores de su comprensión, se observan cuando la familia refleja que su hija no es una maleducada.

Al surgir de una explicación previa de los terapeutas, podría ser un parafraseo de esta ya que al no producirse la coactivación no asegura que las familias piensen en sus ideas presentes en la memoria a largo plazo. Por lo que, según el criterio tres, se sugiere que habría una comprensión superficial.

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

### La problemática no es culpa de ellos

Esta idea fue ampliada de la explicitada por la familia, por lo que garantiza en mayor medida la coactivación.

Los indicadores que demuestran que han aprendido a que no se tiene por qué culpar sobre la problemática de su hija. Llegando a afirmar “Para mí ya esto es un le pasa por algo” o “como madre me doy cuenta de que no me tengo que culpar”.

Además, la idea surge espontáneamente de la familia, por lo que según el criterio uno se ha producido una comprensión profunda autónoma. Sugerimos este tipo de comprensión debido a que dicha afirmación no proviene de una pregunta realizada por los profesionales ni es un parafraseo de las explicaciones ofrecidas por estos.

## **2) Ideas parcialmente asimiladas**

### El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, tiene que ver con el SNC

La idea fue transmitida en una interacción instruccional en un “permítame que te diga”, por lo tanto, sin partir de las ideas previas de los padres.

Podemos entender que se encuentra parcialmente asimilada debido a que los familiares reflejan que su hija les explica que su cerebro le dice cosas, le dice que su mueva, que no se quede quieta y que ella si se esfuerza para estudiar, aunque se distraiga, incluso llegando a decir que es un problema de maduración. Sin embargo, se incluye en este apartado y no en el anterior debido a que no es una comprensión completa, pero si exponen una parte de la comprensión de los mensajes transmitidos por los terapeutas. Por lo que sí existe un uso parcial de esa idea gracias a su aplicación a sus experiencias vitales.

Teniendo en cuenta nuestros criterios podemos sugerir una comprensión profunda guiada, aunque se incluye en este apartado debido a que con las ideas que comparten no explican de forma correcta que el TDAH tenga que ver con el SNC.

Cabe destacar de esta idea que, tras el “permítame que te diga”, las familias responden que el trastorno es por herencia, por lo que cómo esta ha surgido de una explicación previa, según el criterio tres podría ser una comprensión superficial al parafrasear lo dicho anteriormente.

### **3) Ideas sin evidencia de asimilación**

La razón de incluir las siguientes ideas en este apartado se debe al incumplimiento de los criterios propuestos.

#### Existencia de medicación

La idea surge tras una explicación de la existencia de la medicación para tratar el TDAH por parte de los terapeutas, mediante una conversación instruccional.

Ante ella, la familia muestra su disconformidad (“yo es que la medicación...”). Lo que nos indica que está reflejando su idea sobre la medicación a partir de una situación guiada por los terapeutas. Sin embargo, no encontramos evidencias de una coactivación, no produciéndose un cambio. Simplemente coinciden en el tiempo dos visiones, sin indicadores de asimilación.

#### Compensación de sus dificultades

Los padres indican que el problema son las conductas inatentas, y que solo las observan los más cercanos. Los terapeutas, amplían explicando que es debido que compensan sus dificultades con sus capacidades y por eso no lo observa más gente. Además, añaden un ejemplo de que es típico que los niños inatentos pasen desapercibidos. Con esta forma de actuación también se buscaba la coactivación, pero a pesar de ello, no descubrimos indicadores de comprensión a lo largo de la conversación.

#### Los tratamientos no curan el trastorno, sino que ayudan a mitigar los síntomas

En un inicio esta idea es compartida a través de una conversación instruccional, mediante explicaciones. Sin embargo, tras el manifiesto de su desacuerdo con ella (“yo es que la medicación...”), los terapeutas, a raíz de ello, contraponen su idea con información relacionada con la medicación.

No obstante, tampoco se encuentran evidencias en el texto de su comprensión.

#### Funciones ejecutivas

Este concepto se mencionó en varias ocasiones durante la interacción. En algunas de ellas se explicó de forma instruccional a través de metáforas y ejemplos: “Por definirlo de alguna manera les falta el director de orquesta, el pepito grillo. Para entenderlo un poco lo vemos con un ejemplo: me gustaría comer la tarta, pero hay que esperar y como está

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

alterada no son capaces de ello. Por ejemplo, cuando le dices algo y al poco se le “olvida” eso tiene que ver con el pepito grillo, con el director de orquesta”.

Y en otras, se aclara mediante conversaciones ampliadas, complementando lo anteriormente descrito por la familia, utilizando ejemplificaciones: “Cuando está contigo, tú le dices: atiende- tu eres su pepito- sin embargo, en clase no. Ese es el problema de los profesores, no se dan cuenta de eso y provoca que no atienda”. Esta forma de proceder buscaba la coactivación, pero a pesar de ello no consiguieron el cambio debido a que no se encontraron indicadores de asimilación en el transcurso de la sesión.

En cuanto a las siguientes ideas:

Incremento de las exigencias

No es un problema que no tenga solución

Cronicidad del trastorno

Sintomatología en función de la etapa evolutiva

Mejora de la sintomatología con la maduración

Podemos observar que todas ellas fueron comunicadas por los terapeutas a través de una conversación instruccional, ofreciendo explicaciones de las mismas. Ninguna partía de las ideas previas explicitadas por las familias, no asegurando la coactivación y por ende el cambio buscado para lograr la comprensión. Además, durante el diálogo no hubo indicios de un entendimiento de toda esta información.

En segundo lugar, una vez explicado el protocolo a ambos terapeutas se esperaba poder observar una segunda sesión y realizar el mismo análisis que en la primera, esperando hallar, una reducción en las ideas compartidas por los terapeutas, una mayor cantidad de ideas asimiladas por las familias y un cambio en el formato de la interacción, encontrando un incremento de las conversaciones ampliadas y una disminución de la conversación instruccional. Observando de esta manera una mayor eficacia en el proceso y en la comprensión de las familias.

### **3.2. DISCUSIÓN**

El objetivo principal de este estudio era comprobar la comprensión del diagnóstico por parte de las familias, mediante el análisis de la interacción de los terapeutas y las familias a las que asistimos como observadores. Determinado cuál es la labor real de los terapeutas

y su distancia con la esperada. Para ello, se discutirá el análisis realizado y el protocolo diseñado en base a él.

En el análisis, en función a los indicadores establecidos, comprobamos que realmente existía una elevada distancia entre la esperada labor de los terapeutas y lo que realmente estaban haciendo. Encontrando que una gran cantidad de las ideas transmitidas por los terapeutas, no fueron asimiladas correctamente por las familias. De hecho, de todas las ideas que sugerimos que se asimilaron, solo una de ellas, fue comprendida profundamente de manera espontánea. La idea de dificultades de autocontrol, siendo esta una característica del trastorno, fue comprendida profundamente, pero de forma guiada y el resto de ideas fueron comprendidas superficialmente.

Con estos resultados, vemos que la forma de interacción observada estaría causando una incapacidad de la familia para comprender toda la información proporcionada en la explicación de la problemática. Produciéndose así, una ineficacia en el proceso, que incluso es notoria por los propios terapeutas colaboradores.

Además, la mayor parte de las ideas se compartían en conversaciones instruccionales mediante explicaciones o situaciones de “permítame que te diga” que no aseguraban la coactivación de las familias de ambas ideas (las previas y la nueva información proporcionada). Disminuyendo las posibilidades de discrepancia y la posterior integración de las ideas.

Incluso, podemos resaltar que a pesar de buscar los tres cambios (declarativo, procedimental y actitudinal), únicamente se ofrecen ayudas para conseguir el cambio declarativo, movilizando procesos asociativos al repetir la información ofrecida y procesos de comprensión mediante explicaciones o ejemplificaciones. En consecuencia, se olvida emplear otras ayudas que permitan generar el resto de procesos para lograr los otros cambios deseados.

Aunque es cierto, que las ideas que quedaron claras en las familias, eran de especial relevancia para ellas. Estas son dos: que no eran culpables de la problemática y que el TDAH no se debía a la educación. La razón de que fueran asimiladas es probable que se deba a que la explicación partió de las nociones que ellos ya traían, sugiriendo que este podría ser el punto de partida de una explicación del diagnóstico. Esta es la idea que se perseguía en el trabajo, gracias al protocolo de actuación que busca incrementar la seguridad de la comprensión de la problemática.

Destacamos que tanto el análisis realizado como el protocolo diseñado han tenido en cuenta las ideas propuestas por numerosos trabajos (van Dijk & Kintsch, 1983; Sánchez et al., 1999; Correa & Hernández, 2006; Van Den Broek & Kendeou, 2008; Sánchez & García, 2015; Sánchez et al., 2020; Sánchez en preparación).

En función a ellas, se establecieron cinco pasos necesarios que se tenían que producir para adquirir la comprensión de nuevos conceptos o ideas que se están leyendo o escuchando. Tal y como se propone en el apartado de fundamentación teórica primero será necesario que tanto las familias como los pacientes receptores del diagnóstico y por tanto de la psicoeducación, deberán de extraer la información recibida y acceder a su significado, dando lugar a una comprensión superficial de esta. Después, deben recordar la idea que tienen de la problemática en su memoria a largo plazo, siendo en este momento necesario la explicitación de su conocimiento intuitivo y no totalmente verbalizado. En un tercer paso, será el momento de coactivar lo que han aprendido en la explicación y lo que pensaban anteriormente sobre la información, manteniendo en su memoria de trabajo ambos pensamientos. Esta coactivación puede dar lugar a que las personas noten posibles discrepancias (errores, diferencias...) entre las dos representaciones coactivadas. Una sensación que se pone de manifiesto con frecuencia cuando se intenta aclarar un problema o acontecimiento y surge inevitablemente con dos perspectivas opuestas. Como quinto y último paso se creará una visión integradora que reconcilie las diferencias entre las dos ideas coactivadas. Produciéndose una nueva comprensión de la situación que deberá de solidificarse al tener que afrontar nuevas situaciones y experiencias (pensar con esas ideas nuevas).

Como vemos, el proceso es complejo, pero como se ha comprobado tanto en la investigación de Navarro (2022) como en el presente estudio se ofrece la información sin tener en cuenta estos aspectos esperando que los receptores por sí solos consigan realizar estos pasos. Sugiriendo que este problema de incomprensión puede deberse a una falta de conciencia de las barreras de la comprensión y por la ausencia de acciones adecuadas para apoyar la explicación del diagnóstico como un tipo de psicoeducación.

#### **4. CONCLUSIONES: CONSECUENCIAS Y PROSPECTIVAS**

Como hemos visto en el apartado de los resultados, es muy frecuente que en el proceso de proporción de diagnóstico predomine una conversación instruccional, en la cual los profesionales comparten las ideas en relación a la problemática que les acontece, sin llegar a que las personas piensen con sus ideas previas. Dando lugar a que el conocimiento de las familias sea escaso.

De hecho, durante la entrevista observada pudimos comprobar que de las trece ideas transmitidas solo en cuatro de ellas se hallaron indicadores de asimilación tanto profunda como superficial, mostrando una inadecuada actuación, o al menos una ineficacia en el proceso.

Como consecuencia vemos necesaria una mejora de este proceso. De ahí la idea de elaborar una propuesta de actuación compuesta por cinco grandes pasos basados en nuestro marco teórico, la cual tiene en cuenta los procesos de comprensión en la adquisición de nuevas ideas o nueva información en momentos como la explicación de un diagnóstico. Los pasos son:

**Paso 1: Recoger los problemas que les preocupan.** De esta manera se podrá elaborar un relato global que conecte todas las ideas del paciente relacionados con la problemática de sus hijos, pudiendo en este momento recuperar de su memoria a largo plazo la concepción que tienen de la misma.

Para ello se podrá hacer lo siguiente:

- Hacer preguntas abiertas para ir identificando los problemas: ¿Qué os preocupa?
- Recapitular los problemas para irlos revisando ordenadamente. Mediante resúmenes, recapitulaciones y validaciones (e.g. así que lo que te preocupa es que tu hijo se mueva mucho cuando estudia. Es lógico que os sintáis así cuando ocurre eso...)
- Indagar sobre cada uno de los problemas para identificar lo que piensan y sienten respecto a cada uno de ellos: ¿qué pensáis al respecto? ¿que os decís a vosotros mismos o a los demás?

**Paso 2: Reconstruir:** Ayudarles a formular lo que piensan y sienten realmente cuando surgen las preocupaciones. Asegurándonos que estén pensando con sus ideas previas.

**Paso 3: Proponer cambios:** Es en este momento donde los profesionales deberán identificar las posibles discrepancias entre lo que la familia pensaba y la nueva información que se está compartiendo. Tras ello, los terapeutas expondrán una narración alternativa a las ideas anteriormente comentadas por el paciente a través de una conversación terapéutica o ampliada -entendida como una conversación común o dialógica-, mediante una selección de lo más importante y ofrecer una adecuada explicación de la problemática, en definitiva, la psicoeducación propiamente dicha. Este paso se realiza en este instante y no antes porque gracias a los pasos previos nos aseguramos de la coactivación entre el mensaje que les están ofreciendo y lo que ya pensaban al respecto. Por último, se asegurará su comprensión, por ejemplo, preguntando que nos digan cómo explicarían a un familiar o a amigo la problemática presente en sus hijos.

**Paso 4: Recapitular:** Identificar los cambios haciendo notar qué aspectos de la visión inicial merecen ser reconsiderados y cómo operar con ellos. Elaborando así una narración conjunta que integra tanto las ideas previas de los pacientes como la narración alternativa de los profesionales.

**Paso 5: Revisar su uso:** En una entrevista posterior, se revisa situaciones problemáticas acontecidas en el periodo intersesiones. Se habla de ellas, se escucha cómo las interpretaron, cómo se sintieron y qué pensaban cuando ocurrían. En el caso de que no hubiese quedado claro se volvería a retomar la explicación. El objetivo de este paso es estar seguros de que cuando hablen de los problemas usen las nociones asimiladas.

Con la puesta en práctica de estas ideas, pretendíamos demostrar que los mensajes de los terapeutas se asimilan mejor con el protocolo porque, de esta manera, son capaces de conectar con los conocimientos previos de las familias y producir una narrativa compartida, a la vez que incorporan una nueva perspectiva sobre el tema. Pudiendo así, garantizar los objetivos de la psicoeducación a través de los cambios explicados.

Sin embargo, al no poder comprobar la eficacia del protocolo, analizamos el ejemplo propuesto como forma correcta de actuación. En el cual encontramos lo siguiente:

**Tabla 2**

*Ideas asimiladas en la propuesta*

Ideas transmitidas	Formato y ayudas	Respuestas de la familia
No es un trastorno de la educación	Conversación ampliada	Correctamente asimilado
Dificultades de autocontrol	Conversación ampliada	Correctamente asimilado
Trastorno del SNC	Conversación ampliada	Correctamente asimilado
Trastorno crónico	Conversación ampliada/instruccional	No hay evidencias de asimilación

En primer lugar, las ideas que fueron transmitidas por los terapeutas, fueron más precisas y en menor cantidad. Siendo estas las siguientes:

- El TDAH no es un trastorno que depende de la educación
- Una característica del trastorno es que presentan dificultades de autocontrol, por tanto, las funciones ejecutivas están alteradas
- Es un trastorno del SNC: invisible, interno, neurobiológico
- Se caracteriza por ser un trastorno crónico, por lo tanto, los tratamientos no curan el trastorno, sino que ayudan a mitigar los síntomas

Además, en esta forma de proceder se puede observar que hay un mayor número de ideas con indicadores de asimilación por parte de las familias:

- El TDAH no es un trastorno que depende de la educación
- Presentan dificultades de autocontrol
- Es un trastorno del SNC

Por otro lado, comprobamos que solo en una de las ideas no hay evidencia de que fueran asimiladas

- El TDAH es un trastorno crónico, por tanto, los tratamientos no curan, sino que mitigan los síntomas

Al compararlo con la forma de proceder inicial de los terapeutas, identificamos varios aspectos diferentes. De forma general se puede comprobar una menor cantidad de ideas transmitidas por los terapeutas, reduciendo de trece ideas compartidas a cuatro, gracias a una adecuada selección de los conceptos que eran importantes que las familias comprenderán en relación a sus preocupaciones, desarrollando únicamente dichas cuatro ideas, ampliándolas con explicaciones sobre ellas.

Esto se puede observar, por ejemplo, cuando los terapeutas recapitulan las ideas expresadas por las familias (“Entonces, por lo que me decís, hay dos cosas que os preocupan. La primera es que le cuesta mucho concertarse y la segunda es que no sabe gestionar sus emociones”) y tras indagar en sus pensamientos y sentimientos reconstruyen las ideas que se han comentado ampliando para conseguir su adecuada comprensión. Se hace en este momento y no en otro debido a que hacerles pensar en sus ideas previas facilita la coactivación.

Después de ello se proponía un cambio para identificar sus discrepancias aumentando la seguridad de coactivación y la posterior integración, facilitando mediante una recapitulación final.

Al actuar de esta manera, aumentó el número de ideas con indicadores de asimilación además de mayores conversaciones ampliada. Sin olvidar momentos de “permítame que te diga” oportunos que se ofrecen después de que las familias consigan la coactivación.

Cabe destacar que el trabajo se pudo llevar a cabo gracias a la colaboración de los terapeutas, los cuales nos permitieron comprobar la eficacia del proceso y en que tendría que mejorar para lograr los objetivos propuestos. Además, comprobaron la veracidad del protocolo argumentado que este es enteramente viable y útil para su trabajo y también para el de todos los profesionales que deban hacer algo semejante.

Por último, dado la importancia que se merece el proceso de diagnóstico, en este trabajo se propone como una forma de psicoeducación, lo cual permitiría conseguir que las familias pueden entender realmente la problemática que afecta a sus hijos y cómo funciona.

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

En cuanto a las limitaciones encontradas en el estudio, podemos destacar el escaso tamaño de sesiones observadas. Esta se redujo a una única entrevista de explicación de diagnóstico del TDAH a las familias. A pesar de ello, sí que pudimos evidenciar la escasa comprensión del diagnóstico del TDAH.

Por otro lado, al no poder poner en marcha el protocolo no pudimos comprobar la eficacia del mismo, por lo que, como líneas de futuro, sería de vital importancia poner a prueba la propuesta. De ella se espera que sea capaz de ofrecer a las familias los conocimientos, métodos y recursos que necesitan para comprender la problemática que afecta y afectará a sus hijos para el resto de sus vidas. De este modo, podrán ayudar tanto a sus hijos como a ellas mismos.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, J. R. (1996). *The architecture of cognition*. Cambridge, Mass: Lawrence Erlbaum Associates.

Atri, A., & Sharma, M. (2007). Psychoeducation: Implications for the Profession of Health Education.

*Californian Journal of Health Promotion*, 5(4), 32-39. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v5i4.1266>

Bai, G., Yang, L., Wang, Y., & Niu, W.-Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: Improvement of medication adherence and symptoms.

*Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2721. <https://doi.org/10.2147/NDT.S88625>

Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011).

*Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment*. 14.

Bäumel, J. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der*

*Arbeitsgruppe «Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Verlag.

Bohner, G., & Dickel, N. (2011). Attitudes and Attitude Change. *Annual Review of Psychology*, 62(1),

391-417. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131609>

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: Définition, historique, intérêt et limites.

*Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>

Briñol, G., de la Corte, L & Berverra, A. (2001). *Qué es persuasión*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

- Castillo, V. E. M., & Morales, V. M. G. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 42(2), 332-336.
- Correa, M. V. B., & Hernández, M. H. B. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: Comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4.
- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A. P., Jorge, A., Lu, J., Bigio, N. A., & Chacko, A. (2020). Psychoeducation Interventions for Parents and Teachers of Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 32(2), 257-292. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09691-3>
- Deb, K. S., & Balhara, Y. P. S. (2013). Dhat Syndrome: A Review of the World Literature. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(4), 326-331. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.122219>
- Fundaneed. (2017). *Quiénes somos*. Fundaneed. <https://fundaneed.es/quienes-somos/>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Goldman, C. R. (1988). Toward a Definition of Psychoeducation. *Psychiatric Services*, 39(6), 666-668. <https://doi.org/10.1176/ps.39.6.666>
- Navarro, F. (2022). *El papel del diagnóstico del TDAH en las familias*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Salamanca].
- Nussey C., Pistrang N., Murphy T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 617–627.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.904>

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26(3), 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.10.005>

Powell, L. A., Parker, J., Weighall, A., & Harpin, V. (2022). Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 340-357. <https://doi.org/10.1177/1087054721997553>

Pozo, N. (1996). *Aprendizajes y Maestros*. Madrid: Alianza editorial.

Rueda, M. I. (2013). La intervención en las dificultades lectoescritoras desde un enfoque multidimensional. *Aula abierta*, 41(1), 27-38.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4097741>

Rydell, R. J., McConnell, A. R., Strain, L. M., Claypool, H. M., & Hugenberg, K. (2007). Implicit and explicit attitudes respond differently to increasing amounts of counterattitudinal information. *European Journal of Social Psychology*, 37(5), 867-878. <https://doi.org/10.1002/ejsp.393>

Sánchez, E. (en preparación). Terapia y psicoeducación.

Sánchez, E., García, J. R. & Bustos, A. (2020). Written versus oral cues: The role of rhetorical competence in learning from texts. *Reading Research Quarterly*, rrq.368.  
<https://doi.org/10.1002/rrq.368>

Sánchez, E., & García, J. R. (2015). Understanding teachers as learners in reading comprehension mentoring: Considering teachers' possibilities of change as a way of bridging the distance between teachers' practice and research-based instructional design programs. In H. Tillema, G. J. van der Westhuizen, & K. Smith. (Eds.), *Mentoring for Learning: Climbing the Mountain*. [https://doi.org/10.1007/978-94-6300-058-1\\_11](https://doi.org/10.1007/978-94-6300-058-1_11)

Sánchez, E, Rosales, J & Cañedo, I. (1999). Understanding and communication in expositive discourse: An analysis of the strategies used by expert and preservice teachers. *Teaching and Teacher Education*, 37-58.

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

- Van Den Broek, P., & Kendeou, P. (2008). Cognitive processes in comprehension of science texts: The role of co-activation in confronting misconceptions. *Applied Cognitive Psychology*, 22(3), 335-351. <https://doi.org/10.1002/acp.1418>
- van Dijk, T.A., & Kintsch, W. (1983). *Strategies of discourse comprehension*. New York: Academic Press.
- Vidal-Abarca, E., García Ros, R., & Pérez González, F. (2019). Aprender, enseñar y evaluar conceptos e ideas. *Aprendizaje y desarrollo de la personalidad* (pp.119-150). Madrid: Alianza Editorial.
- Vizcarra, A. M. P. (2022). *Psicoeducación en padres de niños con trastornos del neurodesarrollo con estrés parental*. [Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima].
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>

## 6. ANEXOS

### Anexo 1

#### *Primera sesión*

Familia (Madre y abuela): Últimamente notamos más tics, aunque le da importancia porque dice que le pasa lo mismo que le pasaba a él

Terapeutas: Lo que percibís vosotras no lo percibe el padre. Bien, vamos con el diagnóstico, partimos de una prueba cuyos resultados nos dicen lo que explica lee rápido, pero no comprende todo lo que lee. Teniendo un nivel de 2º de primaria y debería de tener uno de cuarto. Y tener en cuenta que cuanto más mayor más mayor se va haciendo mayor serán exigencias y las diferencias con los demás van a crecer.

Familia: Ya ya... pero el problema son las conductas inatentas, que son las que nos preocupan solo las observamos yo, la madre y la profesora.

Terapeutas: Es porque son los que pasáis más tiempo. La niña parece más hiperactiva que inatenta, de alguna manera con sus capacidades compensa su inatención. Es en caso típico de niño que suele pasar desapercibido.

#### **Idea transmitida:**

- **Compensación de sus dificultades**

Terapeutas: Me gustaría saber, ¿qué es la hiperactividad? ¿qué es para vosotras el TDAH? ¿qué sabéis sobre ello?

Familia (Abuela y Madre): No mucho, son muy activos y les cuesta concentrarse. He leído sobre ello, lo que veo es la dificultad que tiene para gestionar lo que le pasa, la atención, las emociones. Va de un extremo a otro. Si le anticipamos algo da lugar a rabietas, no sabe cómo gestionar la emoción. Por ejemplo, el otro día íbamos a ir a la Warner, pero por un imprevisto no pudimos. Y a pesar de explicarle los motivos de ello, se enfadó mucho, probando otra de sus rabietas.

Terapeuta: Ellos tienen las emociones a flor de piel, debido a sus dificultades en su autocontrol, para ellos tiene que ser ya, por ejemplo, lo de la Warner, es una buena ilustración. El problema de estos niños es que tienen bajan frustración.

#### **Idea transmitida:**

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

- **Dificultades de autocontrol.**

Familia: Cuando se enfrenta a algo dice que no es capaz de hacerlo, es muy difícil.

Terapeutas: Vamos a hablar del TDAH. Es un trastorno del neurodesarrollo, no de la educación. Tiene por tanto una base física y es crónico, lo que significa que es para siempre. Aunque, lógicamente madura, poco a poco irá aprendiendo a gestionar mejor sus emociones, sus tareas. Pero todo tiene que ver con el SNC, con nuestro cerebro. Estos chicos tienen dificultades cuando están haciendo algo y aparece un estímulo nuevo, cambian su atención. en hacer lo que hacen los demás. Tiene que ver con la genética y los neurotransmisores. Va a depender de la etapa evolutiva.

-Con seguridad hubo un desarrollado más detallado, pero en ese texto están las ideas que sí se expusieron-.

**Ideas transmitidas:**

- **El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, tiene que ver con el SNC**
- **No tiene que ver con la educación**
- **Es un trastorno crónico**
- **La sintomatología va a depender de la etapa evolutiva**

Familia: Siempre me han dicho que ella es porque quiere. Los profesores me han dicho que diga a mi hija que deje de ser así.

Terapeutas: Hay que tener en cuenta que no es que no quiere, es que no puede. No es que no le dé la gana. Lo que le pasa es que tiene alterada las funciones, a ella le van bien todas las funciones, menos estas. Por definirlo de alguna manera les falta el director de orquesta, el pepito grillo. Para entenderlo un poco lo vemos con un ejemplo: me gustaría comer la tarta, pero hay que esperar y como está alterada no son capaces de ello. Tienen buenas capacidades, pero a medida que crecen las exigencias se hacen mayores. Cuando te gusta algo le empleas horas, si no te gusta no, por ello se frustran. La ventaja de este trastorno es la medicación, y eso es bueno.

**Ideas transmitidas:**

- **Dificultades de autocontrol**
- **Explicación de las funciones ejecutivas y su papel en el trastorno**
- **Explicación de que existe medicación**

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

- **Incremento de las exigencias**

Familia: yo es que la medicación....

Terapeutas: Quien lo receta es un psiquiatra, tiene efectos, la medicación no hace que de repente saque sobresalientes, pero les ayuda a concentrarse. Es un trastorno complicado de entender, porque no se ve, es interno, no es como una ceguera. Sin embargo, este trastorno al no verse te acabas enfadando por eso hay que entender que no lo hacéis mal, no es de educación, sino que es algo físico.

**Ideas transmitidas:**

- **Los tratamientos no curan el trastorno, sino que ayudan a mitigar los síntomas**
- **El trastorno no depende de la educación**

Terapeutas: Por ejemplo, cuando le dices algo y al poco se le “olvida” eso tiene que ver con el pepito grillo, con el director de orquesta-...

Familia: Ella es consciente

Terapeutas: ¿de qué?

Familia: De que su cerebro le dice cosas. Por ejemplo, mi hija decía el otro día, hay algo en mi cabeza que me dice que me mueva, que haga eso, no puedo estar quieta. Ella sí se pone a estudiar, pero se distrae, aunque sí esfuerza.

Terapeutas: Cuando está contigo, tú le dices: atiende- tu eres su pepito- sin embargo, en clase no. Ese es el problema de los profesores, no se dan cuenta de eso y provoca que no atienda. El TDAH es incompatible con la escuela. no hace las cosas porque no quiera, sino que su cabeza está en otro sitio. El TDAH es una manera de ser, de estar.

**Idea transmitida:**

- **Funciones ejecutivas**

Familia: A veces es tirana, prepotente.

Terapeutas: Eso es por el escaso control de impulsos. La idea principal es que la niña sea feliz y que no caiga en problemas de autoestima, autoconcepto. En cuanto a la medicina vosotras valorareis. Tenéis que informar al psiquiatra sobre las estereotipias, para encajar

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

la medicación. Puede que las estereotipias desaparezcan con la adolescencia o con medicación. ¿Hay algo que pasa para que se produzcan más estereotipias?

**Idea transmitida:**

- **Dificultades de autocontrol**

Familia: Y también podría ser por celos, de la hija de su nueva pareja.

Terapeutas: No le falta razón a ella, otra cosa es cómo lo va a gestionar. Pudiendo esto ser un detonante para las estereotipias.

Familia: Como madre me doy cuenta de que no me tengo que culpar. En ocasiones, se juzga a la conducta de mi hija, dicen que es maleducada debido a su situación familiar.

Terapeutas: Culparse, no llega a ningún sitio. Hay que tener en cuenta que es un trastorno del SNC.

**Idea transmitida:**

- **La problemática no es culpa de ellos debido a que es problema del SNC**

Familia: Para mí esto ya es un le pasa por algo.

**Idea asimilada:**

- **El trastorno no es culpa suya**

Familia: Eso es herencia.

**Idea asimilada:**

- **Es un trastorno genético**

Terapeutas: Efectivamente eso es una buena forma de aceptar lo que le pasa a mi hija.

Terapeutas: Ahora hay que verlo como que mi hija tiene un trastorno, crónico, del SNC. Tenemos que tener claro que no es una hija maleducada, no tiene nada que ver con el divorcio y demás.

**Ideas transmitidas:**

- **Trastorno crónico del SNC**
- **No depende de la educación**

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Familia: La profesora es la única que trabaja con ella, pero piensa que es activa y ya. Por lo que la profesora no lo entiende

Terapeutas: Y se frustra por ello. Tiene que quedar claro que no es un problema que no tenga solución. Lo de los tics es médico, pero está influenciado por la mala gestión emocional, provocando más nervios, más tics...

#### **Ideas transmitidas:**

- **No es un problema que no tenga solución**
- **Es un trastorno del SNC**

Terapeutas: Imaginaos que yo soy la profesora y me tienes que explicar lo que le pasa a tu hija, ¿Qué le dirías?

Familia: Cuando actúe así no es porque quiera hacer sino porque tiene una dificultad de controlar sus impulsos, no es que sea mal educada, es un problema de maduración. Le podemos enseñar el informe que nos dais.

#### **Ideas asimiladas:**

- **Su hija presenta dificultades para controlar sus impulsos**
- **No es por la educación recibida**
- **Depende de la maduración**

En este anexo añadimos que la conversación descrita no se presenta de un modo exacto a cómo fue debido a la imposibilidad de la grabación de la misma, obligándonos a parafrasear algunas de las partes.

## **Anexo 2**

### *Ejemplo de forma de actuación*

Como paso anterior a la aplicación de la propuesta se sugiere una presentación de los terapeutas junto con una breve explicación de la forma de trabajo a nivel general, como manera de introducción a la entrevista. Ello con el objetivo de establecer un buen clima terapéutico eliminando miedos o temores de la sesión. Pretendiendo crear una relación terapéutica cercana y no estresante, para obtener un vínculo emocional entre profesional y paciente.

#### Paso 1: Recoger las preocupaciones

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Ayuda 1: Preguntas abiertas

**Terapeuta: En relación a la problemática de su hijo, ¿qué es lo que más les preocupa de esta? ¿qué síntomas les preocupa más? ¿qué creéis que tiene?**

Familia: Pues sobre todo que le cuesta mucho concentrarse para estudiar, se levanta mucho de la silla, va de un extremo a otro, es muy activo. En clase no atiende y en ocasiones se eleva de tono cuando le manda hacer cosas que no quiere.

Terapeuta: veis que es muy activo, no se concentra... ¿Hay algo más que os preocupe?

Familia: ...También al cancelarle un plan, le solemos explicar por qué lo hacemos, pero, aun así, le cuesta adaptarse y acaba dando lugar a las rabietas. A mí sobre todo me preocupa mucho el tema de las rabietas ya que le intento calmar o explicarle la situación y aun así no consigo que se tranquilice.

Terapeuta: Y eso puede resultar agotador, claro

Familia: Así es... Por eso estamos aquí.

Ayuda 2: Recapitular, resumir y validar

Terapeuta: Entonces, por lo que me decís, hay dos cosas que os preocupan. La primera es que le cuesta mucho concentrarse y la segunda es que no sabe gestionar sus emociones ¿verdad?

Familia: Sí eso es, lo que más nos preocupan son esas situaciones.

Ayuda 3: Indagar cómo se sienten y qué piensas con respecto a esas preocupaciones

Terapeuta: Entiendo. Ahora necesitaría saber cómo lo estáis viviendo. Por ejemplo, en relación con cuánto le cuesta estudiar, **¿qué explicación os dais cuando ocurre esto y veis que se levanta una y otra vez y no acaba las cosas? ¿Qué le explicarías a un amigo/familiar que ve esos comportamientos?**

Familia: Pues decíamos que es que no le interesaba lo que estudia, que no quiere, y que lo deja todo **porque es un vago**. Por eso, cuando me ponía a estudiar con él siempre me acababa frustrando. Muchas veces intentó sentarme con él para ayudar y al final lo acabamos dejando.

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Terapeuta: Os escucho y veo que llegáis a las mismas conclusiones que las demás familias que vienen con nosotros. Tendéis a creer que vosotros no lo estáis haciendo bien, tal como os insinúan quienes os rodean, y que vuestro hijo no hace lo que debería. Es vago, decís.

Familia: ¿No somos los únicos?

Paso 2: Reconstruir

Terapeuta: Desde luego que no. Luego lo vamos a ver con más detalle, pero es bueno que sepáis que vuestro hijo lo que tiene es **un trastorno que es complicado de entender porque es invisible, no se ve. Es interno. Tiene un ligero trastorno en su cerebro, pero eso no se ve. No es como una ceguera que está a la vista de todos. Por eso, no es fácil entender sus reacciones y es normal que os acabéis frustrando. Así que no lo hacéis mal, no es por la educación que le dais, sino que es algo físico, neurobiológico. Las rabietas son debido a lo mismo: hay en su cerebro un pequeño trastorno y no pueden gestionar esas emociones que tienen a flor de piel.** Esa es una característica del trastorno al que llamamos TDAH, que se manifiesta en las dificultades para controlar sus impulsos y emociones, al igual que la dificultad de concentrarse para estudiar.

Familia: En muchas ocasiones **me siento culpable** porque pienso que lo que le pasa a mi hijo puede que sea por algo malo que he podido hacer yo al educarle. Es que incluso muchos de los profesores me han dicho **que haga algo para que mi hijo deje de ser así**, que atienda más en clase, que deje de interrumpir y que no se levante tanto de la silla, debido a que esto lo hace porque quiere.

Terapeuta: Claro., Esa es la reacción normal, que te sientas culpable ante esas acusaciones, pero lo que hay que tener en cuenta que el **TDAH no depende de la educación**, sino que es algo que tiene que ver con **nuestro SNC, con nuestro cerebro, con nuestra genética**. Por lo que esas conductas que observáis no las hace porque quiere sino porque no sabe, **en cierto modo, controlarlas**.

Familia: Entonces, lo que le pasa no es culpa mía ni de la educación que ha recibido, sino que es por algo de su cerebro ¿no?

Paso 3. Proponer un cambio

a) Identifica la discrepancia

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Terapeuta: Fijaros. Estáis viviendo constantes conflictos que no podéis manejar y tendéis a pensar, como todos los padres, dos ideas. Que vosotros no lo hacéis bien, y os sentís un poco culpables, y que vuestro hijo tampoco lo hace bien, y os avergüenza constatarlo. Algo así como él lo puede hacer, pero es vago; y vosotros deberías hacer las cosas mejor, pero no lo hacéis como los demás padres. Vergüenza y culpa, pues.

Ahora, me gustaría que supieras lo que sabemos sobre ese trastorno de vuestro hijo y sobre esas reacciones que vosotros tenéis, lo que puede ayudaros a actuar y sentiros mejor.

¿Es vago? Esto es, ¿podría, pero no le da la gana.? La respuesta es que ese modo de ver las cosas no es correcto

Familia: ya... ¿pero exactamente que le ocurre en el cerebro?

b) El terapeuta deberá de seleccionar de todo aquello lo más importante y ofrecer una adecuada explicación de la problemática, en definitiva, la psicoeducación propiamente dicha.

Terapeuta: Lo que pasa es que tiene bien todas las funciones o capacidades: memoria, atención, comprensión, razonamiento..., Por eso es un niño que parece normal (no está incapacitado). **Puede pensar, recordar, comprender, es decir, toca bien todos los instrumentos, pero tiene dificultades para saber cuándo tiene que tocarlos y cuando debe dejar de hacerlo.** Por tanto, siendo normal en todo, lo es en menor medida en lo que nosotros llamamos las funciones ejecutivas que serían **nuestro director de orquesta o nuestro pepito grillo. Estas son las que nos ayudarían, por ejemplo, en una situación a esperar antes de comer una tarta y al “faltarles esa parte” no pueden esperar.** ¿Entendéis esto bien?

Familia: Sí. Es cómo que hay una de sus capacidades, que es la que dirige todo, que a ellos no les funciona de manera correcta.

Terapeuta: Eso es. Ahora, vuestra explicación de lo que le pasa a vuestro hijo cuando no deja de estudiar, ¿la cambiarías?

Familia: sí...

Ayuda c: Asegurarse de la comprensión de lo expuesto.

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Terapeuta: **Imaginaos que viene un amigo/familiar a vuestra casa y os pregunta por qué vuestro hijo se comporta de esta manera.** ¿Qué le dirías? o ¿tras lo hablado, ¿cómo os explicáis las conductas de vuestros hijos?

Familia: Pues que sabe hacer las cosas que tiene que hacer: razonar, comprender, pero no es capaz de hacerlas siempre que quiere/debe hacerlas. Lo que le pasa es que tiene un problema en su cerebro en su capacidad para regularse así mismo, en lo que se llama, las funciones ejecutivas que son las que se encargan de dirigir el resto de las funciones.

Terapeuta: Muy bien explicado.

Familia: ¿Y podemos hacer algo para ayudarlo?

Terapeuta: Podéis aprender a hacer de pepito grillo: En eso, os vamos a ayudar porque hay protocolos muy precisos y útiles que podréis llevar a cabo. Además, **la ventaja de este trastorno es que hay medicación y eso es bueno.**

Familia: ¿Cómo funciona?

Terapeuta: **Quién lo receta es un psiquiatra, tiene efectos, la mediación no hace que de repente saque sobresalientes, pero les ayuda a concentrarse.**

Familia: ¿Y esto le va a curar el trastorno?

Terapeuta: No, tiene que quedar claro que es un problema que a veces, no tiene solución, es un **trastorno crónico, por lo que le va a acompañar durante toda la vida, pero gracias a la medicación y al trabajo con nosotros se puede mitigar los síntomas y seguir hacia delante, pero no eliminarlo. Esto es importante que os quede claro. Esa dificultad para regularse va a estar siempre ahí.**

Finalmente, os ayudaremos a que interpretéis los conflictos de una manera más adaptativa

#### Paso 4: Recapitular

Terapeuta: Entonces, veíamos dos preocupaciones vuestras: no estudia y pierde el control, y de que pensabais que el trastorno podría ser culpa vuestra y que vuestro hijo no lo hacía bien porque es -le habéis convertido en- un vago. Y que pensáis, o mejor, os gustaría pensar que el problema puede desaparecer.

Y ahora lo que vemos es que no es así. Hay tres ideas que sería bueno que quedasen hoy claras:

Primera: Es un trastorno interno, neurobiológico; no se debe a vuestra manera de educarle.

Segundo: No es un vago que no quiere hacer las cosas. Sabe hacerlas, sí, y eso nos despista, porque muchas veces no las hace, de ahí lo de que es vago.

Hay que entender que tiene un problema en su cerebro que dificulta que pueda regularse y ejercer de director de orquesta para preservar, tolerar frustraciones, etc. Es lo que llamamos funciones ejecutivas, y eso genera la impulsividad, el moverse en la silla al estudiar o esas rabietas.

### Paso 5: Revisar su uso

Podemos ayudarle, ya lo veréis, haciendo de co-director orquesta, pero sólo podemos atenuar y compensar. El problema va a tenerlo siempre y hemos de aprender a convivir con él.

Os proponemos que uséis estas tres ideas cuando viváis nuevos conflictos. Recordad que de entrada os veréis diciendo: “es un vago”, “lo hago mal”, “¿cuándo dejará de hacer esto?”, pero cabe que empecéis a verlo de otra forma: “no puede él sólo”, “ahora necesita que sea su co-director”, “va a mejorar, pero siempre estará ahí”.

Os iremos ayudando a pensar y actuar de ese modo

## **Anexo 3**

### *Tabla propuesta*

Pasos	Ayudas	Contenido
	Preguntas abiertas	En relación a la problemática de su hijo, ¿qué es lo que más les preocupa de esta? ¿qué síntomas les preocupa más? ¿qué creéis que tiene? .... ¿Hay algo más que os preocupe? Por lo que me decís hay varias cosas que os preocupan:
	Recapitular, resumir y validar	La primera es... La segunda es... La tercera es...
Paso 1: Recoger las preocupaciones	Indagar cómo se sienten y qué piensan con respecto a esas situaciones	¿qué explicación os dais cuando ocurre esto y veis que se levanta una y otra vez y no acaba las cosas? ¿Qué le explicarías a un amigo/familiar que ve esos comportamientos?

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Pasos	Ayudas	Contenido
Paso 2: Reconstruir	Ayudarles a formular lo que piensan y sienten realmente cuando surgen	<p>Os escucho y veo que llegáis a las mismas conclusiones que las demás familias que vienen con nosotros.</p> <p>Tendéis a creer que... os decís que vuestro hijo es... que lo que le pasa es...</p> <p>Luego lo veremos con más detalle, pero es bueno que sepáis que lo que vuestro tiene un trastorno complicado de entender...</p> <p>... Sentirse culpable es la reacción normal, pero hay que tener en cuenta que el TDAH no depende de la educación, es algo de nuestro cerebro...</p> <p>Fijaros. Estáis viviendo constante conflictos y tendéis a pensar, como todos los padres, dos ideas.</p> <p>Vosotros tendéis a pensar que.... y que...</p>
	Identificar la discrepancia	<p>Ahora, me gustaría que supierais lo que sabemos sobre el trastorno de vuestros hijos y sobre esas reacciones que vosotros tenéis, lo que puede ayudaros a actuar y sentiros mejor...</p> <p>Pensabais que es vago, pero eso no es el modo correcto de ver las cosas...</p>
Paso 3: Proponer un cambio	Seleccionar de todo aquello lo más importante y ofrecer una adecuada explicación de la problemática, en definitiva, la psicoeducación propiamente dicha.	<p>Lo que le pasa realmente es que...</p> <p>Ahora, vuestra explicación de lo que le pasa a vuestro hijo, ¿la cambiarías?</p>
	Asegurarse de la comprensión de las familias	<p>Imaginaos que viene un amigo/familiar a vuestra casa y os pregunta por qué vuestro hijo se comporta de esta manera. ¿Qué le dirías? o ¿tras lo hablado, ¿cómo os explicáis las conductas de vuestros hijos?</p>

Analizando cómo explicar a los padres  
la problemática de sus hijos

Pasos	Ayudas	Contenido
Paso 4: Recapitular	Identificar los cambios haciendo notar qué aspectos de la visión inicial merecen ser reconsiderados y cómo operar con ellos.	Entonces partíamos de que pesabais que.... Y ahora vemos que es... Por tanto, lo que le pasa es...
Paso 5: Revisar su uso	Indagar que explicaciones, pensamientos y sentimientos sobre las conductas problemáticas han surgido en el periodo entre sesiones (intersesiones).	