

133

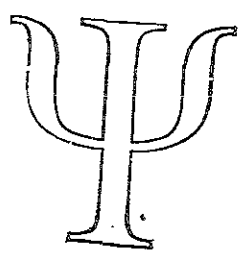


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA RELAJACION Y LAS AUTOINSTRUCCIONES EN LA RESPUESTA DE IMPULSIVIDAD EN EL NIÑO CON TRASTORNO DE ATENCION DEFICIENTE CON HIPERACTIVIDAD

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
PATRICIA NUÑEZ RUIZ



DIRECTORA DE TESIS:
LIC. DAMARIZ GARCIA CABRANZA
AUTONOMA DE MEXICO
REVISORA DE TESIS:
LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA



MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DEL 2000

AMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA

2000000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco infinitamente el gran apoyo brindado por parte de mis profesores a lo largo de mi carrera así como para la elaboración de este trabajo, y especialmente a:

Lic. Damariz García Carranza

Lic. Leticia Bustos de la Tijera

Mtra. Carmen Conroy y Paz

Dr. José de Jesús González Núñez

Dr. Benjamín Domínguez Trejo

Este trabajo lo dedico muy especialmente a:

MIS PADRES, quienes me han dado el más valioso tesoro "la vida" y el más invaluable ejemplo "tenacidad", gracias a ustedes por darme la oportunidad de ser quien soy.

MIS HERMANOS, por ser la motivación para realizar mis proyectos y darme su apoyo incondicional y cariño.

FERNANDO, a ti por darme tu comprensión, amor y por compartir la vida conmigo

Patricia

INDICE

Introducción.....	1
Resumen.....	5
Capítulo I.....	8
1.1 Breve Historia del Trastorno de Atención Deficiente con Hiperactividad.....	8
Capítulo II.....	13
2.1 Trastorno de Atención Deficiente con Hiperactividad (TADH).....	13
2.2 Sintomatología.....	15
2.3 Etiología.....	25
2.4 Subtipos.....	34
2.5 Criterios Diagnósticos.....	35
Capítulo III.....	38
3.1 Tratamiento Farmacológico	38
3.2 Tratamiento Psicológico	44
3.2.1 Control Medio Ambiental.....	44
3.2.2 Tratamiento Conductual.....	46
3.2.3 Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	47
3.3 Autocontrol.....	48
3.4 Características que justifican el Autocontrol.....	49
3.5 Técnicas de Autocontrol.....	52
3.6 Técnica de Autoinstrucción.....	52
3.7 Técnica de Relajación.....	57
Método.....	62
Discusión y Conclusiones.....	98
Anexo.....	104
Bibliografía.....	106

I N T R O D U C C I O N

Aquellos recién nacidos quienes lleguen a ser diagnosticados como sujetos con características de un Trastorno de atención deficiente con hiperactividad, se diferencian de otros neonatos en lo relativo al control inhibitorio, la regulación de excitación y el manejo de la atención.

Las madres de dichos bebés reportan las dificultades que se les presentan al no poder regular ni su alimentación ni el sueño corroborando el diagnóstico anterior.

Posteriormente, en edad del período preescolar, el niño con dicho trastorno, destaca por su impulsividad, y llega a ser muy difícil su control dentro del aula, ya que no responde fácilmente ni ante castigos ni recompensas. Pero estas llamadas de alerta no llegan a causar alarma ni en los padres ni en los maestros, quienes presuponen que todos los niños a esta edad son volubles y caprichosos, y de esta manera el infante cursa la educación preescolar sin que sea detectado su trastorno real.

Los "problemas" comienzan cuando el niño cursa el último año del Jardín de niños y es hora de incorporarlo al primer año de primaria, en donde la educación se vuelve más formal y estructurada.

En la mayoría de los sistemas escolares tradicionales el niño tiene que permanecer más del 80% del tiempo sentado y delimitado por un pupitre o una mesa, lo cuál, para el niño con esta patología resulta trágico ya que no puede en cierta medida: explayarse como se le permitía en el Jardín de niños.

Este niño manifiesta sus cortos y esporádicos lapsos de atención en la enseñanza interrumpidos por su impulsividad, impidiéndose así la retención de nuevos conocimientos y teniendo serios problemas de aprendizaje que se verán reflejados en su bajo rendimiento escolar comparado con el del resto del grupo.

Cuando se les habla a estos niños; pareciera que no escuchan, no logran recordar las instrucciones ni las tareas. Molesta con su conducta a sus compañeros, obteniendo así que estos mismos compañeros lo rechacen, incluso distrae y perturba al educador y entonces tiene que llamar constantemente a los padres mediante citas extraordinarias para "quejarse" de ese niño, al que califican con una interminable lista de adjetivos (etiquetándolo como: desobediente, impulsivo, grosero, agresivo, hiperactivo, etc).

Es muy difícil para los educadores, los padres, hermanos y amigos comprender que estas conductas no son intencionadas, que verdaderamente este niño no las puede controlar ya que estas

manifestaciones son los síntomas de una alteración en el funcionamiento de su cerebro.

La frecuencia de dicho trastorno varía entre el 3 y 7 casos por cada 100 niños sanos, lo que significa que hay dos casos por cada 30 niños en la escuela primaria. Viéndose seis veces más frecuente en el sexo masculino que en el femenino (Reiff y Banez, 1993).

Por esto es muy importante dar a conocer las investigaciones que han aportado las estrategias que este niño puede adquirir para llegar a controlar sus conductas no deseadas y; de esta manera, integrarse a su núcleo familiar, su grupo escolar y en general: A la sociedad.

En la presente investigación se exponen los temas necesarios de conocer para entender el trastorno de atención deficiente con hiperactividad y sugerir las diversas técnicas para contrarrestar su efecto.

En e Capítulo I, se describe brevemente como se ha modificado a través del tiempo el nombre dado al conjunto de síntomas que componen a lo que actualmente es denominado: Trastorno de atención deficiente con hiperactividad.

En el Capítulo II, se explica lo que es dicho trastorno, su origen, sintomatología, los subtipos y criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV.

R E S U M E N

El presente estudio buscó determinar si las autoinstrucciones y la relajación consideradas aquí como técnicas de Autocontrol, ayudan a disminuir la impulsividad en el niño con Trastorno de atención deficiente con hiperactividad ó (Disfunción cerebral mínima). Se decidió investigar con niños dentro de un rango de edad de 7 a 10 años.

Se contó con una población de ocho niños que asistían como pacientes al Instituto Nacional de la Comunicación Humana, dependiente de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México.

Se empleó un diseño de línea base múltiple. Este estudio estuvo constituido por:

- Línea base.
- Fase experimental.

En la fase 1 o línea base se midió la temperatura corporal utilizando los monitores de temperatura cutánea de cristal líquido Derma Therm, en donde a mayor temperatura mayor relajación y a menor temperatura: menor relajación.

La temperatura se midió en la mano dominante del niño.

También se midieron las cuatro categorías conductuales de impulsividad:

- Interrumpir cuando alguien más esta hablando.
- No esperar turno en dinámicas grupales.
- Número de errores cometidos en la realización de una tarea.
- No permanecer en su lugar.

En la Fase experimental se formaron dos grupos: A y B. Integrados por cuatro niños cada uno. Al Grupo A se le aplicó únicamente el programa de relajación. En el Grupo B se llevó a cabo tanto el programa de relajación como el de autoinstrucciones.

El programa de autoinstrucciones incluyó:

- Un proceso de modelamiento.
- Una estrategia autoinstruccional
- Una contingencia de costo de respuesta.
- Recompensa.

El programa de relajación, se basó en la técnica de relajación de Jacobson que consiste en tensión-distensión de los músculos ayudados de la imaginación. Contaron con biorretroalimentación por medio del monitor de temperatura cutánea de cristal líquido Derma Therm.

Se observó un decremento en la impulsividad en ambos grupos. Siendo mayor en el Grupo B, debido a la utilización de la técnica de autocontrol y relajación, mientras que el Grupo A únicamente contó con la de relajación.

Ambas técnicas: la de Autoinstrucciones y la de Relajación probaron ser más efectivas si se aplican simultáneamente.

CAPITULO I

1.1 BREVE HISTORIA DEL TRASTORNO DE ATENCION DEFICIENTE CON HIPERACTIVIDAD

Existen reportes médicos del siglo XIX que mencionan algunos problemas de comportamiento caracterizados principalmente por impulsividad e hiperactividad.

George Still en 1902 (Barkley, 1989) hizo la primera descripción de un síndrome semejante a lo que ahora se conoce como Trastorno de Atención Deficiente. Aun cuando Still asoció este problema de los niños hiperactivos con lapsos de atención cortos y agresividad, con una deficiencia en la "inhibición de la volición" y defectos en el "control moral", hizo hincapié en que el problema sobrepasaba meras insuficiencias en la enseñanza moral e involucraba factores biológicos, probablemente de índole genética o asociados con daños al Sistema Nervioso Central.

En 1922 L. B. Hohman (Jensen, 1988) describió un síndrome de hiperactividad asociado al comportamiento agresivo e impulsivo, relacionandolo con problemas de aprendizaje y falla en la coordinación motora, en niños que habían sido diagnosticados como convalecientes de Encefalitis de Von Economo.

Dos años más tarde Dolly y colaboradores observaron que los niños con un trauma craneoencefálico presentaban conductas semejantes a las conductas de los niños con encefalitis.

Kahn y Cohen propusieron, en 1934, (Jensen, 1988) que la hiperactividad y la conducta impulsiva, a menudo acompañadas de agresividad, se debían a factores orgánicos, posiblemente localizados en el tallo cerebral.

En 1937, Bradley (Uriarte, 1988) encontró que los niños hiperactivos respondían adecuadamente al tratamiento con anfetaminas, aún cuando no hubiera evidencia clara de daño.

Diez años después, Strauss y Lehtinen (Barkley, 1989) dedujeron que si los traumatismos craneoencefálicos, así como las secuelas de enfermedades cerebrales podían producir manifestaciones de hiperactividad; problemas de atención e impulsividad, entonces todo niño que mostrara esta sintomatología debiera de tener algún tipo de daño cerebral mínimo.

Meichenbaum en 1971, (Mahoney, 1988) empleó un entrenamiento autoinstruccional en niños "impulsivos" e "hiperactivos", obteniendo excelentes resultados.

Van Praag en 1978 manifestó que el término "daño cerebral" mínimo causaba confusión ya que no se podía comprobar que el niño tuviera una lesión cerebral, ni con los instrumentos de medición actuales y que además ocasionaba reacciones inadecuadas de los padres, ya que pensaban que sus hijos eran retrasados mentales.

Posteriormente se empleó el término Disfunción Cerebral Mínima, cuyo propósito era negar un daño que no se podía comprobar, pero señalar que entre las funciones cerebrales algo se encontraba mal. (Uriarte, 1989).

En 1957, Laufer, Denhoff y Solomons (Barkley, 1989) desarrollaron un modelo que explicó que la hiperactividad es un defecto cerebral, que permite que llegue a la corteza motora un nivel excesivo de estímulos.

La gran popularidad de este modelo durante los años 60s favoreció una lista de denominaciones del TDA, tales como: "Síndrome del niño hiperactivo", "Reacción Hiperquinética de la niñez", y otras denominaciones semejantes.

Hasta 1980 The American Psychiatric Association propuso el término: Desorden de Atención Deficiente con o sin Hiperactividad. gracias a que Douglas se enfocó a la existencia de un déficit en la habilidad de atención y concentración.

La división sobre el Trastorno de Atención Deficiente en dos variantes, según la presencia o ausencia de la hiperactividad, ocasionó una re-examinación de la naturaleza básica de la relación entre estos cuadros clínicos y otros, tales como la depresión, los trastornos afectivos y los problemas de aprendizaje.

La descripción de este trastorno fue publicado en 1980 y descrito detalladamente en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III al que se le hicieron modificaciones posteriormente en 1987, obteniéndose el DSM-III-R. Allí se clasificó como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y se consideraron tres criterios de gravedad para dicho trastorno: leve, moderado y grave.

A partir de 1995 se cuenta con el DSM-IV con nuevas modificaciones en cuanto al diagnóstico y las clasificaciones para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, las que más adelante serán expuestas.

El TDAH debe diferenciarse de los problemas de aprendizaje y/o de trastornos de conducta tales como el oposicionismo desafiante, condición que a menudo se presenta simultáneamente.

Se estima que alrededor de un 10% de los niños diagnosticados con TDAH pueden presentar deficiencias en el aprendizaje mientras que una proporción mayor (de un 30 hasta un 40%, o más) de la población con problemas de aprendizaje, también pueden mostrar síntomas del TDAH (Shaywitz, 1991).

C A P I T U L O I I

2.1 TRASTORNO DE ATENCION DEFICIENTE CON HIPERACTIVIDAD (TADH)

El trastorno de atención deficiente con hiperactividad, es un tema de interés para muchos investigadores, tales, como neurólogos, psicólogos y educadores, entre otros, debido a que actualmente está considerado como la alteración neuro-conductual más común en la niñez y en la adolescencia, y es causante de muchos problemas emocionales, de aprendizaje y sociales.

La hiperactividad o hiperquinesis es un síndrome formado por las categorías conductuales de impulsividad, conducta motora excesiva, falta de atención, agresión, labilidad emocional, etc.(García y Alcántara,1989).

Se ha mencionado que existen dos aspectos que consideran las dificultades interpersonales que presentan los niños con este trastorno:

1. La mayoría de estos niños tienen serios problemas sociales que alteran su vida diaria y les provocan frecuentes conflictos y confrontaciones con sus respectivas repercusiones tanto físicas como emocionales (Whalen y Henker, 1991).

2. Sus patrones o modelos de intercambio social, son muy heterogéneos e intensos. Esto es, que en un momento el niño se relaciona socialmente de una manera muy abierta, extrovertida o efusiva y en otras ocasiones esa manera de relacionarse se convierte en agresión, aislamiento e introversión, sin ningún motivo aparente (Whalen y Henker, 1991).

Estos niños frecuentemente establecen contacto con otros, pero de una manera que es considerada por los demás como: inmadura, inepta, incómoda o impropia. Un reducido grupo de éstos niños, muestra poco interés por establecer relaciones interpersonales, mostrándose alejados y olvidadizos, de igual manera que evitan en lo posible participar en actividades sociales.

Los niños con este trastorno, son altamente agresivos, siendo ésta la regla en este padecimiento; más que la excepción

Algunos se comprometen en actos agresivos planeados con instrumentos u objetos punzo cortantes, otros descargan su agresividad de manera más explosiva, unida a inestabilidad emocional y dificultades al tratar la frustración (Whalen y Henker, 1991).

Comparados con sus compañeros, los niños con este trastorno son menos aceptados, debido a que no moderan su comportamiento de acuerdo con el ambiente que los rodea.

La patología de este trastorno, es la exageración o deficiencia de las conductas normales que manifiestan todos los niños (Uriarte, 1989).

Durante la primera infancia uno de los intereses predominantes en el niño, está enfocado al área motriz. Un niño cuyo desarrollo y alimentación son correctos, tiene un permanente interés por aprender, conocer, tocar, saborear, romper, experimentar y asimilar cosas nuevas y diferentes. Estas conductas normales, durante esta etapa de la vida, se vuelven patológicas en los niños con trastorno de atención deficiente con hiperactividad (TAHD) ya que no logran superarlas, ocasionando diversos desajustes y trastornos durante su vida (Stevenson, 1994).

2.2 SINTOMATOLOGIA

Para comprender con mayor claridad los síntomas que integran este trastorno, éstos se describen a continuación:

a) INATENCION

El niño se muestra poco hábil para concentrar su atención en un solo objeto, por ende cualquier estímulo del ambiente, ya sea interno (como el adormecimiento de una pierna, deseo de ir al baño, dolor de estómago u otros) o externo (una persona, un color, un ruido, etc.) lo distraen, impidiendo que permanezca realizando una misma actividad (Uriarte, 1989).

Esta incapacidad también lo lleva a no poder jerarquizar ni organizar los eventos del mundo exterior, es decir para él "todos" los estímulos le son igualmente atractivos e importantes. También carece de control suficiente para enfrentarse y no responder a los estímulos que le son igualmente atractivos e importantes. Así también carece del control suficiente para enfrentarlos, y no responder a los estímulos inadecuados que tanto abundan en su medio circundante, lo que se traduce en que sus lapsos de atención sean muy breves (Uriarte, 1989).

b) MALA MEMORIA

En los niños (TADH), es muy frecuente ver que presentan incapacidad para "recordar", tanto a largo como a corto plazo (Cruickshank, 1992). Esto es debido a su incapacidad para prestar atención y jerarquizar los

estímulos circundantes ajenos o no específicos a la situación en la que este niño se encuentra. Otro factor que interviene en el aspecto de la memoria es el alto nivel de estrés al que comúnmente se encuentran sometidos estos niños.

c) HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad es tal vez el síntoma más notorio, aunque actualmente ha pasado a segundo término (Uriarte, 1989). La hiperactividad el síntoma por el que padres y maestros acuden en busca de ayuda profesional y es, en todas sus formas y grados, uno de los mayores problemas para lograr una buena adaptación en el hogar y en la escuela: Al parecer es el síntoma menos tolerado.

Cruickshank (1992) especifica dos tipos de hiperactividad:

1.Sensorial

2. Motora

1. La hiperactividad sensorial es la que hace que el niño sea incapaz de frenarse ante los estímulos que tengan o no que ver con la actividad que está realizando. El niño se distrae con cualquier movimiento, color, sonido o propiocepción que ocurren a su alrededor y prácticamente "olvida" lo que está haciendo para atender a otro estímulo que -por

unos momentos- acapara su atención, para luego divagarse de nuevo ante otro estímulo.

2. La hiperactividad motora es la incapacidad que tiene el niño de frenar su actividad ante estímulos que le producen o incitan a una respuesta motora (Cruickshank, 1992).

El niño se mueve constante e incansablemente, se retuerce, se levanta, corre, trepa. Cualquier cosa que esté dentro de su campo visual, será objeto para tocar, empujar, torcer, doblar, arrimar y levantar. Esta hiperactividad es incontrolable y no tiene propósito fijo ni útil (Uriarte, 1989).

d) IMPULSIVIDAD

Es la incapacidad para inhibir conductas. El niño con (TADH), piensa poco antes de actuar y no alcanza a medir el riesgo o el peligro de las acciones que emprende. Esta impulsividad, lleva al niño a tener dificultades para relacionarse con sus compañeros, ya que por lo general trata de imponerse a los demás, y al ser brusco, hace que sea rechazado con frecuencia (Calderón, 1995)

La "impulsividad" se refiere a un patrón de respuesta extremadamente breve y con una alta frecuencia de errores. La investigación de Meichenbaum en 1971 sugiere que un factor significativo en este patrón de comportamiento es la inmadurez e inadecuación del habla privada.

e) BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

Se refiere a la incapacidad de controlar sus impulsos. El niño con este trastorno no puede posponer sus sentimientos, pues la menor dificultad o tropiezo, lo desespera. Cualquier contrariedad saca al niño "de sus casillas", se irrita con mucha facilidad y puede perder el control de sí mismo (Uriarte, 1989).

f) AGRESIVIDAD

En el TADH la agresión es considerada como la serie de respuestas que causan daño a sí mismo o a otros debido a que el niño hace lo que su impulso le induce a hacer, sin pensar en las consecuencias mediatas o inmediatas de sus actos.

Esta impulsividad hace que el niño no mida el peligro, por lo que se le considera temerario. Él puede manifestar crueldad con los animales, puede llegar a agredir sin motivo a otros niños o responder con agresiones exageradas a estímulos que no lo ameritan (García y Alcántara, 1989).

g) DESTRUCTIVIDAD

Esta conducta es resultado de la poca tolerancia a la frustración, de la "impulsividad" y de la "torpeza motora" (Uriarte, 1989).

Con frecuencia, el niño destruye objetos, valiéndose de herramientas tales como: martillos, desarmadores o bien usando sus propios pies o manos (Velasco, 1995).

h) DESOBEDIENCIA PATOLOGICA

Es el grave impedimento para acatar órdenes, a pesar de los intentos de los padres o maestros, es decir, el niño parece que no entiende por ninguno de los métodos correctivos normales e inclusive se muestra

realmente sorprendido cuando se le llama la atención y esta acción además, la considera injusta (Uriarte, 1995).

Este chico tiene gran dificultad para comprender las prohibiciones, comete la misma falla sin tratar de ocultarla y sin entender por qué se le castiga (Velasco, 1995)

1) TORPEZA MOTORA

La inhabilidad motora se manifiesta tanto en la motricidad gruesa como en la fina (Uriarte, 1989). En cuanto a la motricidad gruesa, la incapacidad se manifiesta en el modo desgarbado de caminar, en su incapacidad para los deportes, en su dificultad para arrastrarse, rodar, gatear, hacer movimientos simultáneos, etc.

Su motricidad fina, está más afectada que la gruesa y ésta se distingue en su inhabilidad para escribir, cortar con tijeras, abotonarse, comer con cubiertos o anudarse las agujetas (Uriarte, 1989).

j) DISMINUCION EN LA CAPACIDAD PARA EXPRESAR PLACER O DOLOR

Los niños afectados por el TADH presentan una incapacidad para sentir placer en las diferentes actividades de la vida. Por esto, un niño con TADH, es difícil de complacer, busca insaciablemente las caricias, obsequios o atenciones, pero aunque las obtenga no parece estar satisfecho, lo que influye en que no tome en cuenta los premios, castigos o regaños (Cruickshank, 1992).

Algunos de estos niños con TADH, muestran un elevado umbral al dolor frente a determinadas circunstancias, por lo que al jugar, se lastiman y frecuentemente no manifiestan incomodidad alguna.

k) TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO

Estos trastornos del pensamiento se manifiestan en este grupo como: taquilalia, verborrea, pararrspuestas, disgregación o fuga de ideas. (Uriarte, 1989).

l) DISOCIACION

Es la incapacidad de percibir las cosas como un "todo", como un cuerpo estructurado o como una "Gestalt". El niño ve partes de las cosas, pero sin comprender a menudo el mosaico total. Esta incapacidad está íntimamente ligada a la hiperactividad sensorial de tipo visual o auditiva. (Cruickshank, 1992).

m) INVERSION DE CAMPO

El niño con TADH no puede destacar la figura del fondo, con frecuencia en su percepción el fondo adquiere mayor relevancia. Las consecuencias que esta inversión del campo implican en el aprendizaje son muy importantes: sobre todo si se considera que esta inversión también sucede con los demás sentidos. Los estímulos que provienen de todo el campo sensorial tienen el mismo valor, lo cual impide que la atención del niño se fije discriminadamente sobre lo que en un momento dado constituye la figura central, cuando es ésta la que debe destacarse sobre el fondo (Velasco, 1995).

n) PERSEVERACIÓN

La perseveración es la incapacidad que muestra un individuo para pasar sin dificultades de una actividad a otra. Esta perseveración se va a manifestar de diversas maneras: verbal, motora o visual (Cruickshank, 1992).

o) BAJO AUTO-CONCEPTO

El bajo auto-concepto con el que cuenta el niño con TDAH se debe a la presencia de obstáculos y fracasos que lo acompañan desde su nacimiento y durante su crecimiento.

Tal y como la disociación interfiere en la percepción del niño en cuanto a palabras y números, también puede interferir en cómo se percibe él mismo y a los otros. Como la hiperactividad tiende a disminuir los lapsos de atención y conceder tan sólo percepciones pasajeras e inexactas: los niños con este trastorno, no parecen haber tenido nunca la oportunidad de estudiar la forma humana por un tiempo suficiente para obtener una impresión razonable de cómo es (Cruickshank, 1992).

2.3 ETIOLOGIA

Ha sido difícil identificar con claridad las causas de los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, entre otras conductas, que van a interferir en la adaptación y desenvolvimiento normales dentro de la sociedad del niño con TADH.

La serie de investigaciones y estudios que se han realizado a través de los años, muestran la existencia de alteraciones en el desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central, presentes ya sea a nivel: pre, peri o post natal, independientemente de que no se invalidan otros factores, como el ambiente en el que el niño se desenvuelve, y factores pedagógicos, que al conjuntarse pueden producir o facilitar el desencadenamiento de la patología (Valett, 1988).

Cuando las células cerebrales son incapaces de funcionar adecuadamente, el niño puede tener dificultades para aprender, percibir y responder a su entorno (Valett, 1988). Muchos de los niños con TADH tienen disfunciones cerebrales debido a algunas formas de desequilibrio químico en el Sistema Nervioso. Las conexiones neuronales pueden ser incapaces de funcionar adecuadamente, fracasando en inhibir o diferir los estímulos, a través de los cuales el niño está percibiendo su entorno.

En muchos casos el sistema neurofisiológico puede estar dañado, debido a enfermedades o accidentes y; de este modo ser incapaz de tener un funcionamiento normal. Estas enfermedades o accidentes pueden acontecer tanto en la madre como en el producto, ya sea:

- a) Antes del nacimiento (Intrauterinas).
- b) Durante el parto (Perinatales)
- c) Después del parto (Postnatales).

En términos generales se acepta que las causas perinatales son las más frecuentes e importantes (70 a 80% de los casos), en lo que respecta a las causas intrauterinas se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan después del parto. (Velasco, 1995).

A. CAUSAS INTRAUTERINAS

Son los factores que se presentan y afectan al producto cuando se encuentra dentro del útero de la madre. Estos factores (Velasco, 1995) pueden ser:

1. Padecimientos infecciosos de la madre principalmente rubeóla y toxoplasmosis.
2. Radiación o exposición a rayos "X", principalmente durante los primeros tres meses de vida.
3. El factor RH:
4. Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes mellitus.
5. Anoxia o asfixia del producto intraútero debido a:
 - a) Desnutrición.
 - b) Anemia de alto grado.
 - c) Aspiración de monóxido de carbono.

- d) Infartos placentarios.
- e) Traumatismos.

6. Hemorragias cerebrales del producto debido a :

- a) Traumatismos
- b) Toxemias del embarazo.
- c) Diatésis hemorrágica.

7. Prematurez, puede provocar una alteración en el desarrollo, crecimiento y maduración del cráneo y del encéfalo.

B. CAUSAS PERINATALES

Son los factores que alteran al producto durante el trabajo de parto o alumbramiento y pueden ser:

1. Enfermedades infecciosas como:

- a) Tosferina.

- b) Sarampión.
- c) Meningitis
- d) Encefalitis
- e) Neumonía
- f) Escarlatina.

2. Anoxia Neonatorum o falta de oxígeno en el neonato debida a:

- a) Mal uso de anestésicos y sedantes.
- b) Placenta previa.
- c) Hipotensión pronunciada.
- d) Obstrucción mecánica de la respiración
- e) Atelectacias (parte del tejido pulmonar no se oxigena).

3. Parto complicado, en el que puede presentarse:

- a) Maniobras de extracción.
- b) Inadecuada aplicación de fórceps.
- c) Trabajo de parto prolongado con sufrimiento fetal.
- d) Expulsión rápida del producto.
- e) Inducción mal indicada.

C. CAUSAS POSTNATALES

Son los factores que afectan al niño después del nacimiento y durante sus primeros meses de vida y éstos pueden ser (Velasco, 1995):

1. Cardiopatías Cianógenas.
2. Secuelas e incompatibilidad RH
- 3 Las alergias.
4. Desnutrición. Una deficiencia de proteínas en la ingesta del bebé durante los primeros períodos de crecimiento, pueden causar alteraciones en el funcionamiento cerebral. Carencias de las vitaminas como Niacina, B6, la B12 y la C, pueden afectar negativamente procesos como: la atención, la percepción y el aprendizaje. (Valett, 1988).
- 5 Traumatismos
- 6 Tumores cerebrales.

Las consecuencias de los traumatismos y los tumores cerebrales van a depender de: (García, 1992).

- a) Su localización.
- b) Tamaño.
- c) Velocidad de crecimiento.
- d) Invasión de tejido cerebral.
- e) Y las características específicas del niño que lo padece.

CAUSAS AMBIENTALES

Existen muchos aspectos en el medio ambiente que afectan la conducta del niño con TDAH. Estos pueden llegar a ser estímulos y pueden serlo en lo relativo al hogar: por ejemplo si se vive en una casa donde se escucha música estruendosa, en la cuál hay gente gritando y/o que se encuentre ubicada en una avenida concurrida o en una área de alta criminalidad, donde las condiciones de luz y sanidad sean inadecuadas

(Valett, 1988). Estos aspectos en su conjunto y/o por separado, constituyen algunas de las circunstancias a favorecer la agudización del TDAH en los pequeños que viven de esta manera.

Así mismo cuando hay problemas matrimoniales, o problemas de drogadicción y/o de alcoholismo, que propicia una atmósfera familiar tensa e irritable y si este es el ambiente que rodea a cualquier niño, éste se siente o percibe que está siendo menospreciado o maltratado por su entorno

En cuanto a la escuela (Valett, 1988), el niño puede presentar distracciones derivadas de condiciones ambientales, semejantes a las señaladas; como si su escuela está construida en un lugar ruidoso o tiene un número excesivo de alumnos dentro de un salón pequeño, si están sentados en asientos incómodos o inapropiados para su estatura, en salones con mala ventilación o con iluminación deficientes o molesta.

No obstante, las causas que más propician la impulsividad, la inatención o la hiperactividad, como conductas contiguas a este trastorno, están los constantes requerimientos y expectativas curriculares, a veces arbitrarias e irreales dentro de un ambiente desestructurado (Valett, 1988).

Por lo general la escuela tiene establecido un "programa" en el cual el niño está forzado a vivir diariamente. Este programa se apoya en libros y materiales que no están al nivel del niño con TADH y que además resultan inadecuados para las necesidades y sobre todo para las capacidades de este tipo de alumnos.

HERENCIA

De acuerdo con la investigación de Uriarte (1989): la alta frecuencia en la manifestación del dicho TADH en los varones, propuso que en numerosas investigaciones se encontrara que el 43% de los padres de los hiperquinéticos lo padecieron, al igual que el 19% de las madres de estos niños. No obstante: que en las madres, el porcentaje no fue considerable, cuando éste se correlacionó con el grupo control sí fue significativa su diferencia. Estos resultados permitieron llegar a una conclusión: tanto los factores genéticos como los educativos influyen para que aparezca el TADH (Uriarte, 1989).

2.4 SUBTIPOS

De acuerdo con el DSM-IV se manejan subtipos en relación al TADH que deben indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses.(3)

Los subtipos son los siguientes:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

Este subtipo se utiliza si persisten por lo menos durante seis meses, seis o más de los síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad.

La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado

2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de

desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad).

3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Este subtipo se utiliza si han persistido por lo menos durante seis meses, seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad pero menos de seis síntomas de desatención).

2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

A. Síntomas de desatención

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención permanecen o persisten; por lo menos durante seis meses con una intensidad que resulta desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

El sujeto a menudo:

- a) No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
- e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevante.
- i) Es descuidado en las actividades diarias.

B. Síntomas de Hiperactividad

- 2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que permanecen por lo menos durante seis meses

con una intensidad que resulta desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Síntomas de Hiperactividad

El sujeto a menudo:

- a) Mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.
- b) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) Está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) Habla en exceso.

Síntomas de Impulsividad

El sujeto a menudo:

- g) Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) Tiene dificultades para guardar turno.
- i) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

C A P I T U L O I I I

Tratamientos Terapéuticos del TADH

Independientemente de que no se conozca con precisión la etiología del trastorno, por fortuna lo que sí se sabe son los lineamientos a seguir para su tratamiento, mismo que, de ser implementado a tiempo, en términos generales da como resultado un pronóstico favorable para los niños con TADH.

Así como el proceso para llegar al diagnóstico requiere de la intervención multidisciplinaria ya que el tratamiento se lleva a cabo con la colaboración de diversos especialistas, de acuerdo con las características clínicas particulares de cada uno de estos niños. Debe establecerse, desde el punto de vista médico, cognoscitivo y psicopedagógico, familiar y escolar.

Dentro de los tratamientos terapéuticos para atender el TADH se encuentran varias opciones:

3.1 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La elección de un medicamento óptimo y su eficacia, requiere siempre de la orientación y profesionalidad tanto de un neurólogo o neuropediatra y al psiquiatra calificados y con vasta experiencia y

responsabilidad tanto en el campo del uso de los fármacos como de la atención a niños con TADH.

Es frecuente y conveniente el uso de los medicamentos para controlar el TADH; primero; por la presencia de los síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención; merced a los fármacos se adquiere mejoría en la atención, el decremento en la impulsividad y pueden ayudar a algunos niños a controlar sus conductas destructivas (Culbert y Banez,1994).

Los medicamentos más frecuentemente utilizados en el TADH son: estimulantes y antidepresores tricíclicos.

Se ha encontrado que los estimulantes resultan ser más efectivos que los tranquilizantes (Rapaport, Quinn, Bradford, Riddle y Brooks, 1974 en García y Alcántara, 1989).

Los medicamentos estimulantes más comunes son:

1. Metilfenidato (Ritalín)
2. Dextroanfetaminas (Dexedrina)
3. Pemolina (Cylert)

1. Metilfenidato (Ritalín)

Este medicamento es el que se prescribe con mayor frecuencia debido a que tiene un favorable perfil respecto de la aparición de efectos colaterales, pero se sospecha que el Ritalín produce disminución en el crecimiento y desarrollo del cuerpo; así como disminución en la capacidad coagulante de la sangre, por lo que existe el peligro de hemorragias. (Macotela, 1991).

La administración del ritalín, tiene contraindicaciones, es decir, debe evitarse su prescripción en casos específicos tales como en niños con antecedentes de crisis convulsivas o cuyo encefalograma presente alteraciones de tipo epiléptico, o bien, con historia familiar o personal de tics (Galindo y Molina,)

2. Dextroanfetaminas (Dexedrina)

Conners y cols, encontraron que la dextroanfetamina da por resultado una mejor ejecución en las tareas escolares. Esta mejoría fue observada en la coordinación motora fina para resolver problemas de laberintos, en la percepción visual, en la síntesis auditiva y en el aprendizaje.

Los padres afirmaron que había una reducción en la sintomatología general y en los niveles de actividad. (Valett, R. 1988)

3. Pemolina (Cylert)

La pemolina actúa por estimulación dopaminérgica, tiene un efecto de inicio y una acción prolongada. Mejora menos eficientemente la atención. Sus efectos terapéuticos tardan en ser valorados, ya que -en ocasiones- se debe esperar hasta un mes para observar dichos resultados. Su prescripción se encuentra restringida por la posibilidad de toxicidad hepática.

Dykman comparó la pemolina con el metilfenidato (Ritalín) y observaron un mayor incremento en el Coeficiente Intelectual con la ingesta de pemolina.

Los tres medicamentos mencionados comparten los mismos efectos colaterales, los cuales van a depender de cada sujeto.

Dichos efectos colaterales pueden ser:

- Disminución en el apetito
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Tristeza excesiva
- Dolores de cabeza
- Dolores abdominales
- Flojera
- Cambios en la frecuencia cardíaca
- Aumento en la presión sanguínea
- Insomnio
- Vómito

Por otra parte los antidepresivos tricíclicos son considerados como una terapia alternativa a la de los estimulantes, especialmente en presencia de datos clínicos de ansiedad o depresión más comúnmente utilizados son:

1. Imipramine (Tofranil)
2. Desipramine (Norpramin)

Las ventajas de los antidepresivos son diversas: los efectos benéficos son de mayor duración, la ausencia de efectos de rebote y la seguridad. Ambos medicamentos también pueden ser útiles para los trastornos del sueño, ansiedad y control de enuresis.

Los efectos colaterales más comunes por la administración de Tofranil o Norpramin son:

- Irritabilidad
- Taquicardia
- Temblores
- Sequedad de boca
- Cambios en el apetito
- Cambios en el patrón de sueño

El tema de los fármacos siempre ha sido objeto de múltiples mitos por parte de la gente, por lo que los médicos deben de proporcionar amplia y certera información acerca de los beneficios y los efectos colaterales de los mismo, ya que es frecuente encontrar que los padres de familia se muestran renuentes a medicar a sus hijos. Desgraciadamente, el manejo inadecuado de los medicamentos por profesionistas poco éticos o poco experimentados, ha dado lugar a problemas con el tratamiento medicamentoso, hecho que ha generado desconfianza en la población en general.

Deben hacer ver a los padres que: "la intervención de otras especialidades, es necesaria para obtener mejores resultados terapéuticos en el niño" (Culbert y Banez, 1994). Es responsabilidad del médico especialista evaluar en forma integral a los niños con TADH y debe, en todos los casos, solicitar una evaluación cognoscitiva y psicopedagógica completa, para apoyar el tratamiento farmacológico a través de la terapia psicológica que se requiera.

3.2 TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Los tratamientos psicológicos o psicoterapéuticos son los procedimientos derivados de algún enfoque de la ciencia psicológica. Los tratamientos más usuales son:

3.2.1

Control medio ambiental.

Cruickshank (1975) enfatizó la presencia de cuatro factores esenciales en un ambiente educacional; tanto para niños hiperactivos con lesión cerebral como hiperactivos por desajustes emocionales, que

tendrán como meta ordenar y estructurar el ambiente en la vida del niño (Macotela,1991).

Estos factores son:

1. Reducir los estímulos visuales y auditivos en el lugar del tratamiento.
2. Reducción del espacio ambiental, disminuyendo así los estímulos irrelevantes. Se propone que el pupitre y en general todas las estructuras ubicadas en el lugar de trabajo sean del mismo color, colocando el pupitre hacia la pared.
3. Proceder según un programa de trabajo diario bien estructurado. Todo debe estar debidamente secuenciado y se enfatiza en el orden.
4. Aumentar el valor de los estímulos y de los materiales didácticos. Respecto a esto, se menciona que si una sola característica del medio ambiente es la que resulta atractiva y estimulante, entonces podrá concretar su atención en las tareas asociadas con ésta.

3.2.2

Tratamiento Conductual.

El tratamiento conductual manipula una serie de procedimientos que promueven la adquisición de ciertas conductas deseadas. Mediante un programa de Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDOC).

En el programa de Reforzamiento Diferencial de otras conductas se refuerzan las respuestas incompatibles con la conducta no deseada; como: no interrumpir, esperar turno, estar quieto, etc, para extinguir las conductas inadecuadas (interrumpir, no esperar turno, no estar inquieto, etc.).

Como sistema motivacional se utiliza una economía de fichas. Este sistema consiste en reunir cierta cantidad de fichas o reforzadores que el niño canjea por premios atractivos tales como: juguetes, dulces, refrescos, etc.

Los reforzadores concretos así como los de aprobación social, en frases como: "muy bien", "que bien lo estas haciendo", etc., por lo general se presentan juntos al iniciar el tratamiento y conforme se avanza en el programa de reforzamiento se va espaciando gradualmente. Esto trae

como consecuencia el incremento de las respuestas deseadas y el decremento de las respuestas inadecuadas (Ribes, 1976; Granel 1979).

3.2.3

Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Las técnicas con base en las teorías cognoscitivas son un conjunto de procedimientos que se apegan a la noción general de que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos, tales como: percepciones, autoafirmaciones, expectativas, atribuciones, creencias e imágenes. (Kazdin, 1996)

Las respuestas abiertas al igual que los eventos cubiertos son aptos para ser manipulados y controlados. (Mahoney, Thorensen y Dauaher, 1972).

Homme (1965) realizó una gran aportación a la aproximación cognitivo- conductual con el estudio de las operantes cubiertas, al mostrar que el dejar de abordar este tipo de estudios, no solo restringían el campo de acción sino que refuerza el dualismo que se creó al no considerar los factores cognitivos. (García y Alcántara, 1989)

Este dualismo externo – interno, limita el conocimiento de una persona, así como la predictibilidad de su conducta.

Es así como diversos autores han enfocado sus investigaciones hacia el análisis de la conducta cubierta, apoyando sus deducciones en criterios observables, basados en las inferencias directas y estableciendo métodos de pruebas operacionales para evaluar el fenómeno cubierto, es así como las variables cognitivas pueden ser elementos defendibles en el análisis conductual.

Como ejemplo de procedimientos o técnicas basadas en la aproximación cognitivo-conductual se encuentran: la desensibilización sistémica, el condicionamiento cubierto, el modelamiento, **autocontrol**, etc.

3.3 AUTOCONTROL

Definición:

Se designa como Autocontrol a aquellas conductas que un individuo emprende de manera deliberada para lograr resultados seleccionados por él mismo. (Kazdin, 1996)

El Autocontrol ha sido definido por diferentes autores, basando su importancia en la toma de decisiones, otros en la probabilidad de ocurrencia de las respuestas, otros más en el medio externo e interno, etc.

Mischel, Metzner, Gilligan y Staub (Kanfer, F. y Phillips, J. 1980) definieron el AUTOCONTROL como la habilidad de posponer la gratificación escogiendo una consecuencia tardía, pero mayor, sobre otra inmediata, pero menor.

Por otra parte Molina define el AUTOCONTROL como la respuesta de un sujeto que incrementa o decrementa la probabilidad de ocurrencia de otra respuesta del mismo individuo.

Thorensen y Mahoney definen el concepto de AUTOCONTROL como un "continuum dinámico" en el que, la persona modifica el medio externo e interno, para promover un cambio significativo en su conducta.

3.4 CARACTERISTICAS QUE JUSTIFICAN EL AUTOCONTROL

El autocontrol se justifica de diversas maneras y por diversos autores:
(Thorensen y Mahoney, M., 1981)

- 3.4.1. Se menciona que el Autocontrol está relacionado con los procesos de socialización, ya que en determinado momento, el individuo necesita adaptarse a diferentes reglas establecidas para ser aceptado por la sociedad en que se desarrolla; lo cuál es justamente lo que necesita el niño impulsivo o con TADH.
- 3.4.2. El Autocontrol posee un valor para la supervivencia, ya que el individuo a lo largo de su vida tendrá que elegir entre diversas opciones que le permitirán tener una mejor calidad de vida.
- 3.4.3. El Autocontrol posee una motivación propia y exclusivamente suya, es decir constituye algo intrínsecamente remunerador.
- 3.4.4. Es económico y flexible, puesto que el individuo con Autocontrol puede ser el mejor agente posible para modificar su propia conducta y de esta manera el especialista necesitaría dedicar menor tiempo a que se dé este cambio de conducta.

Por esto el Autocontrol puede emplearse de manera exitosa en los niños impulsivos, ya que también dará como resultado la formación de un niño seguro de sí mismo e independiente en sus decisiones.

De acuerdo con O'Leary y Dubey (1979) el interés en enseñar a los niños los métodos de cambio de su propia conducta, surgió por distintas razones:

1. Los maestros y padres de los niños no siempre pueden ser capaces de aplicar controles externos de manera exitosa.
2. Cuando un niño controla bien su propia conducta, los adultos pueden emplear más tiempo enseñando a éste otras habilidades importantes.
3. El actuar independientemente es valorado y esperado por su cultura.
4. El niño autocontrolado es capaz de aprender y conducirse efectivamente, aún cuando la supervisión de un adulto no esté disponible.
5. Enseñar a los niños a controlar su propia conducta puede llevar a más cambios durables de conducta, que el sólo atenerse a las medidas de influencia externa.

Y de acuerdo a lo anterior es evidente que un niño autocontrolado puede integrarse y adaptarse mejor a un grupo, sentirse bien consigo mismo y de esta manera tener un mejor rendimiento tanto en las tareas escolares como en sus actividades sociales.

3.5 TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Las técnicas de autocontrol son procedimientos desarrollados dentro del enfoque cognitivo-conductual, para modificar la conducta. Dichas técnicas son:

- El control de estímulos
- El automonitoreo
- El autoreforzamiento
- El autocastigo
- El entrenamiento de respuesta alternativa
- Biorretroalimentación
- Manuales de autoayuda
- **La autoinstrucción**
- **La relajación**

3.6 TÉCNICA DE AUTOINSTRUCCION.

Pelman (1919) hizo hincapié que en todos los pensamientos, especialmente los "cargados" con sentimientos, tienden a convertirse en acciones.

Posteriormente el psicoterapeuta francés Emile Coué en 1922 hizo popular la declaración optimista de "Día a día, en todos los aspectos estoy mejor".

Bain en 1928 sugirió estrategias de control del pensamiento para la superación del ajuste personal.

Norman Vincent en 1960 describió el impresionante poder del pensamiento positivo.

El gran auge derivado de las teorías psicológicas de la autodeclaración se siguieron las investigaciones al respecto.

Sandra Bem en 1967 afirmó que a los tres años; un niño que realiza una actividad numérica conceptual podría mejorarla por medio del entrenamiento en mediación verbal encubierta.

Posteriormente en 1969 Meichenbaum trabajó con pacientes esquizofrénicos; a los cuales entrenó para que hablaran racionalmente. Este entrenamiento consistía en dar fichas y elogios como reforzamientos al habla coherente; al terminar el entrenamiento los sujetos incrementaron las respuestas coherentes.

Este mismo entrenamiento autoinstruccional se utilizó con niños "impulsivos e "hiperactivos".

Se observó que algunos niños cometían errores, los cuales eran el resultado de hacer las tareas rápidamente sin poner atención en lo que estaban realizando. Meichenbaum demostró que la latencia de la respuesta y la precisión en la ejecución en niños impulsivos podía mejorar por medio del entrenamiento en autoinstrucción.

Las Autoinstrucciones se han considerado básicas para el desarrollo de la habilidad del Autocontrol.

Las Autoinstrucciones tienen como propósito fundamental el control de las verbalizaciones internas y/o externas sobre la conducta abierta y están basadas en la explicación de Luria y Vigotski acerca de cómo se interioriza el lenguaje(en García y Alcántara, 1989)

Luria propuso tres estadios en el control internalizado de la conducta: (Mahoney, 1989).

Primer estadio. En este estadio toda la actividad del niño se encuentra controlada por las instrucciones y reacciones de los agentes externos.

Segundo estadio. El niño o el sujeto inserto en este control internalizado comienza a regular algunas de sus propias acciones a través de autoconversaciones audibles.

Tercer estadio. Estas autodeclaraciones se hacen encubiertas y amplían su influencia regulatoria.

El autocontrol tiene por finalidad que el niño por medio de estrategias adquiera esta habilidad que le permitirá enfrentarse de manera adecuada a diversas situaciones, en las cuales requerirá hacer un análisis de la situación para –posteriormente- hacer una elección y cambiar sus pensamientos sobre todo en las situaciones que le generan angustia. Se le enseña a detectar cuales pensamientos están causando reacciones angustiantes y también se le ayuda a producir pensamientos más adaptativos. (Ellis, 1980)

Este entrenamiento del control internalizado se basa en estrategias cuyo fin es lograr el Autocontrol sobre aquellas conductas que el individuo "no controla".

El programa de autoinstrucciones incluye un proceso de modelamiento, una contingencia de costo de respuesta, recompensa y autoevaluación, así como el manejo de una estrategia autoinstruccional

que consta de cinco enunciados de autoinstrucción verbal redactados de la siguiente manera:

1. Determinación de la tarea:

¿ Qué voy a hacer ?

2. Aproximación a la tarea:

"Tengo que ver las posibilidades".

3. Centrando la atención:

"Me concentro y pienso sólo en lo que estoy haciendo en este momento".

4. Escogiendo una respuesta:

"Yo creo que es este".

5,Autoevaluación:

¿ Cómo lo hice?

3.7 TECNICA DE RELAJACION.

Existen evidencias de la práctica de técnicas yóguicas desde los tiempos de los Vedas S. VII a.C. en la India y en los monasterios tibetanos, posteriormente técnicas budistas de meditación o filosofía Zen en China y en Japón.

También en Occidente se han realizado importantes aportaciones sobre la relajación. Antonio Mesmer se dedicó a la sugestión basada en el principio de la polaridad magnética, el cuál provocaba junto con sonidos musicales y aromatizantes que las personas pasaran a un estado de languidez y ensoñación, e incluso de adormecimiento. El sueño magnético se llegó a emplear como una técnica anestésica en cirugía.

En 1843, en Inglaterra James Braid retomó el hipnotismo conocido en Egipto desde miles de años atrás como el procedimiento para inducir en otra persona un sueño artificial con pérdida de memoria. Su explicación era fundamentalmente fisiológica.

En 1875 Liébault y Bernheim emplearon la sugestión verbal no sólo como un medio para provocar el estado hipnótico; sino también para aportar imágenes psíquicas de curación.

Posteriormente surgieron dos grandes métodos en la relajación de Occidente:

1. El método de Schultz: "El entrenamiento autógeno"
2. El método de Jacobson: "La relajación progresiva"

El método de Schultz consiste en que el propio sujeto puede ser entrenado para producir en sí mismo y a voluntad, un estado de "desconexión" propio de las técnicas sugestivas. El método de Schultz comprende dos ciclos sucesivos: uno inferior y otro superior.

El *ciclo inferior* pretende un entrenamiento del sujeto en la autoinducción de la sensación corporal generalizada de peso o calor.

El *ciclo superior* es de índole mental.

Jacobson publicó su obra de Relajación progresiva en 1928. Pretendía establecer el grado de relación entre las respuestas involuntarias de sobresalto y los estados de alteración emotiva.

Jacobson se basó en los datos de la fisiología, ya que gracias a su conocimiento era posible medir los potenciales de acción de un músculo en reposo aparente, pero con cierto tono muscular.

Jacobson definió a su método como: "una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente".

El fundamento del método de relajación progresiva consiste en hacer que el sujeto perciba cómo contrae un grupo muscular y que observe seguidamente cómo el mismo se va relajando, así el sujeto se capacita para percibir sus propias tensiones neuromusculares y aprende a relajarlas hasta llegar a la anulación del tono muscular.

De manera sucinta, se concluye con que la relajación es un tratamiento encaminado a reducir la tensión y el estrés en las personas.

En 1977; Meichenbaum propuso cuatro pasos para poder afrontar cualquier situación de tensión o estrés:

1. Preparación
2. Confrontación real con la situación.
3. Afrontamiento de la activación emocional durante la situación
4. Reforzamiento de éxito.

El entrenamiento en el control del estrés incluye el aprender habilidades para relajarse; utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva, para que de esta manera siempre que el sujeto experimente estrés se relaje la tensión (Mackay & Matthew, 1988).

El control de estrés es efectivo también para conseguir la reducción de la ansiedad. (Novaco, 1975).

La relajación o relajamiento viene a ser una forma de autocontrol y se utiliza como técnica terapéutica, debido a que el objetivo del entrenamiento en esta técnica es que las personas logren el relajamiento muscular y mental.

Así mismo, la relajación puede tomarse como una terapia alternativa ya que el niño con trastorno de la atención deficiente con hiperactividad se encuentra frecuentemente sometido a un alto nivel de estrés y, por lo

tanto, suele ponerse tenso, aprieta sus músculos y se queja de algún dolor en el estómago o en la cabeza.

Jacobson (Masson, 1983) propuso una educación muy profunda de la sensibilidad propioceptiva y kinestésica, basándose en la "tensión-distensión" de los músculos que permitirá el dominio del tono y como consecuencia, del dominio de "sí mismo".

Así, el entrenamiento para la relajación tiene por objetivo el permitir que el niño interrumpa el proceso de concentración de tensión, tan pronto como le sea posible, además de maximizar su conciencia de la diferencia de la "sensación" entre el estado de relajación y la tensión mediante la técnica de relajación.

COMO INFLUYE LA RELAJACION Y LAS AUTOINSTRUCCIONES EN LA RESPUESTA DE IMPULSIVIDAD EN EL NIÑO CON TRASTORNO DE ATENCION DEFICIENTE CON HIPERACTIVIDAD

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

Los niños con trastorno de atención deficiente con hiperactividad que hayan sido entrenados en los programas de relajación y autoinstrucciones, reducirán sus respuestas impulsivas.

H.alt.1. El grupo de niños entrenados con la técnica de relajación disminuirán significativamente sus respuestas impulsivas.

H.alt.2. El grupo de niños entrenados con las técnicas de autoinstrucciones y relajación disminuirán significativamente sus respuestas impulsivas.

H.01. El grupo de niños entrenados con la técnica de relajación no disminuirán significativamente sus respuestas impulsivas.

H.02. El grupo de niños entrenados con las técnicas de autoinstrucciones y relajación no disminuirán significativamente sus respuestas impulsivas.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

1. Relajación
2. Autoinstrucciones.

VARIABLES DEPENDIENTES

1. Impulsividad
2. Temperatura

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Relajación.

Es un tratamiento encaminado a reducir la tensión y el estrés en las personas. Viene a ser una forma de autocontrol, teniendo como objetivo el entrenamiento de la técnica para que el niño logre el relajamiento muscular y mental (Masson, 1983).

2. Autoinstrucciones.

Este programa tiene como finalidad que el niño por medio de estrategias adquiera habilidades que le permitirá entrenarse de manera adecuada a diversas situaciones. La estrategia de autoinstrucciones tiene como propósito fundamental el control de las verbalizaciones internas o externas sobre la conducta abierta (García y Alcántara, 1989).

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES DEPENDIENTES

1. Impulsividad.

Es la incapacidad para inhibir conductas.

El niño con esta incapacidad piensa poco antes de actuar y no mide el peligro de sus acciones. Se refiere a un patrón de respuesta extremadamente breve y a una alta frecuencia de errores (Meichenbaum, 1971)

2. Temperatura.

La temperatura expresa la relativa tendencia de un cuerpo a ganar o perder energía calorífica (Alcántara, 1989). De acuerdo con Domínguez y Valderrama el reflejo en la temperatura de la piel proporciona el nivel de

estrés, un ejemplo más de la conexión entre el cuerpo y la mente. Cuando una persona está bajo estrés, la tensión muscular aumenta, y desciende la temperatura de manos y pies debido a que el flujo sanguíneo se dirige a los grupos de músculos largos, reduciéndose el flujo sanguíneo en las extremidades. A medida que el sujeto se va relajando, el flujo sanguíneo aumenta en las extremidades, y se va elevando la temperatura.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES INDEPENDIENTES.

1. Relajación.

Se llevó a cabo la técnica de relajación de tensión distensión basada en la técnica de Jacobson. (véase anexo 1)

2. Autoinstrucciones.

El programa incluyó un proceso de modelamiento consistente en , una contingencia de costo de respuesta, recompensa y autoevaluación así como también el manejo de una estrategia autoinstruccional que constó de cinco enunciados de autoinstrucción verbal enunciados de la siguiente manera:

1. Determinación de la tarea. ¿ Qué voy a hacer?

2. Aproximación a la tarea. "Tengo que ver las posibilidades"
3. Centrando la atención. "Me concentro y pienso sólo en lo que estoy haciendo en este momento"
4. Escogiendo una respuesta. "Yo creo que es este..."
5. Autoevaluación. ¿Cómo lo hice?

DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES DEPENDIENTES

1. Impulsividad.

Se registró la impulsividad mediante cuatro categorías conductuales:

1. Sí se interrumpía cuando alguien más está hablando.
2. Sí no esperaba turno en las dinámicas grupales.

3. Sí abundaba el número de errores cometidos en la realización de una tarea.
4. Sí no permanecía en su lugar.

2. Temperatura.

Se midió la temperatura con un monitor de temperatura cutánea de cristal líquido Derma Therm, en la mano dominante del niño. A mayor temperatura mayor relajación, y a menor temperatura menor relajación.

METODO

SUJETOS

Se contó con una población de ocho niños, de ambos sexos entre los 7 y 10 años de edad cuyo diagnóstico fue Trastorno de Atención Deficiente con Hiperactividad (con disfunción cerebral mínima); asistentes a terapia individual en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, en la Ciudad de México.

MATERIALES E INSTRUMENTOS.

El material que se utilizó es el siguiente:

- Monitor de temperatura cutánea de cristal líquido Derma Therm.
- Colchonetas
- Pizarrón
- Sillas
- Mesas

- Hojas de registro de actividades de cada sesión.
- Hojas de registro de categorías conductuales. (impulsividad).
- Hojas de registro para el monitor de temperatura cutánea de cristal líquido Derma Therm.

MATERIAL DIDACTICO

- Tarjetas clave.
- Series impresas de formas geométricas.
- Series de números impresos.
- Rompecabezas.
- Figuras de papel lustre de diferentes colores
- Hojas blancas tamaño carta
- Lápiz adhesivo.
- Una caja de zapatos para cada niño.
- Diferentes cuentas.

ESCENARIO

Las sesiones con los niños se realizaron en salones, con buena iluminación, y una ventilación adecuada. Uno de ellos aproximadamente de 3 x 6 metros, contaba con un pizarrón, sillas y mesas de trabajo para cada niño. El otro de 10 x 5 metros aproximadamente, contaba con piso de duela y con colchonetas.

DISEÑO

Se utilizó un diseño de línea base múltiple.

Línea Base: Se registró la temperatura y las cuatro categorías conductuales de impulsividad:

1. Sí se interrumpía cuando alguien más está hablando.
2. Sí no esperaba turno en las dinámicas grupales.
3. Sí abundaba el número de errores cometidos en la realización de una tarea.
4. Sí no permanecía en su lugar.

Fase Experimental: Se formaron dos grupos al azar, integrados por cuatro niños cada uno. En el grupo A se aplicó el programa de relajación. Al grupo B se le presentó el programa de relajación y el de Autoinstrucciones.

PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se constituyó por:

- Línea Base
- Fase Experimental

Línea Base

Constó de cuatro sesiones con un tiempo de una hora y media cada una, en las cuáles se estableció rapport y se realizaron actividades dirigidas y espontáneas para registrar las categorías conductuales y la temperatura tanto al inicio como al término de la sesión.

Fase Experimental

La Fase experimental estuvo constituida por 20 sesiones, cada sesión tuvo una duración de una hora y media.

Se formaron dos grupos al azar: A y B. Integrados por cuatro niños cada uno.

Al inicio de cada sesión se trabajó con ambos grupos. Se midió la temperatura con el monitor, la cuál se registró. Posteriormente se aplicó el Programa de Relajación durante media hora; se escogió una técnica de relajación, basada en la tensión - distensión de los músculos de Jacobson, ayudados de la imaginería. (Véase anexo 1)

Al terminar con el Programa de Relajación se dividía el grupo y se trabajaba una actividad psicopedagógica, durante una hora.

El grupo A realizaba la actividad, sin recibir ayuda por parte del adulto.

En el grupo B se aplicó el Programa de Autoinstrucciones que incluyó:

- Un proceso de modelamiento. La experimentadora fungió como modelo dándose las autoinstrucciones.

- Una estrategia autoinstruccional que constó de cuatro enunciados de autoinstrucción verbal, presentadas en tarjetas de la siguiente manera:

1. Determinación de la tarea.

¿ Qué voy a hacer?

2. Aproximación a la tarea.

"Tengo que ver las posibilidades".

3. Centrando la atención.

"Me concentro y pienso sólo en lo que estoy haciendo en este momento"

4. Escogiendo una respuesta.

"Yo creo que es este...".

- Autoevaluación. Al final de cada sesión; cada niño realizó una autoevaluación de su ejecución en ese día, la cuál constó de 5 niveles:

¿Cómo lo hice hoy?

1. No muy bien
2. Más o menos
3. Bien

4. Muy Bien
5. Super Bien

- Una contingencia de costo de respuesta. Consistió en darle al sujeto 20 fichas iniciales pegadas en un tablero y cada vez que cometía un error en las tareas, respondía incorrectamente o utilizaba mal u olvidaba cualquiera de las autoinstrucciones perdía una ficha.
- Recompensa. Al final de cada sesión el sujeto utilizó sus fichas para comprar un premio del menú de recompensas. O si prefería podía guardar sus fichas para comprar algún premio más caro en una sesión futura.

Al terminar la actividad; se trabajó con ambos grupos en actividades de Psicomotricidad en donde se registraban las categorías conductuales.

Al finalizar la sesión se le entregaba a cada sujeto su monitor de temperatura cutánea, el cual colocaban en la mano dominante, cada sujeto reportaba su temperatura con la supervisión del experimentador y de esta manera el sujeto se daba cuenta del cambio en su temperatura asociándolo a su respuesta impulsiva.

R E S U L T A D O S

Para la representación de los datos se procedió a obtener el promedio de las frecuencias de cada una de las categorías conductuales:

1. Interrumpir
2. No esperar turno
3. Error en respuesta
4. Moverse de su lugar

Este procedimiento se llevó a cabo tanto en la Línea Base como en la Fase Experimental, para ambos grupos: GRUPO A (Relajación) y GRUPO B (Relajación-Autoinstrucciones)

La Gráfica 1. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de INTERRUMPIR del GRUPO A. Obteniendo como resultado en Línea base 6 y en Fase experimental 4.85.

La Gráfica 2. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de NO ESPERAR TURNO del GRUPO A. Obteniendo como resultado en Línea base 5 y en Fase experimental 4.31.

La Gráfica 3. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de ERROR EN RESPUESTA del GRUPO A. Obteniendo como resultado en Línea base 7.4 y en Fase experimental 6.74.

La Gráfica 4. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de MOVERSE DE SU LUGAR del GRUPO A. Obteniendo como resultado en Línea base 7.95 y en Fase experimental 6.99.

La Gráfica 5. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de INTERRUMPIR del GRUPO B. Obteniendo como resultado en Línea base 5.80 y en Fase experimental 3.22.

La Gráfica 6 Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de NO ESPERAR TURNO del GRUPO B. Obteniendo como resultado en Línea base 4.80 y en Fase experimental 2.25.

La Gráfica 7. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de ERROR EN RESPUESTA del GRUPO B. Obteniendo como resultado en Línea base 8 y en Fase experimental 5.14.

La Gráfica 8. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de MOVERSE DE SU LUGAR del GRUPO B. Obteniendo como resultado en Línea base 8.60 y en Fase experimental 5.61.

La Gráfica 9. Muestra el promedio de las frecuencias de las cuatro categorías conductuales del GRUPO A, registradas en Línea base y Fase experimental.

La Gráfica 10. Muestra el promedio de las frecuencias de las cuatro categorías conductuales del GRUPO B, registradas en Línea base y Fase experimental.

La Gráfica 11. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de INTERRUMPIR del GRUPO A y GRUPO B, registradas en Línea base y Fase experimental.

La Gráfica 12. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de NO ESPERAR TURNO del GRUPO A y GRUPO B, registradas en Línea base y Fase experimental.

La Gráfica 13. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de ERROR EN RESPUESTA del GRUPO A y GRUPO B, registradas en Línea base y Fase experimental.

La Gráfica 14. Muestra el promedio de las frecuencias de la respuesta de MOVERSE DE SU LUGAR del GRUPO A y GRUPO B, registradas en Línea base y Fase experimental.

La Gráfica 15. Muestra el promedio de la temperatura del GRUPO A registrada antes y después de cada sesión obteniendo como resultado 86.25°F y 87.89°F en Línea base y en Fase experimental 87°F y 89.30°F.

La Gráfica 16. Muestra el promedio de la temperatura del GRUPO B registrada antes y después de cada sesión obteniendo como resultado 86.4°F y 88.79°F en Línea base y en Fase experimental 86.05°F y 90.94°F.

Los siguientes datos reflejan la disminución en la respuesta de las categorías conductuales para el GRUPO A

CATEGORIAS CONDUCTUALES	LINEA BASE Promedio de frecuencias	FASE EXPERIMENTAL Promedio de frecuencias
INTERRUMPIR	6	5
NO ESPERAR TURNO	5	4.31
ERROR EN RESPUESTA	7.4	6.74
MOVERSE DE SU LUGAR	7.95	6.99

La siguiente tabla muestra el promedio de temperatura registrado para el GRUPO A:

	LINEA BASE Promedio	FASE EXPERIMENTAL Promedio
ANTES	86.25°F	87.89°F
DESPUES	87.0 °F	89.30°F

A continuación se presentan los promedios de las frecuencias de las categorías conductuales para el GRUPO B:

CATEGORIAS CONDUCTUALES	LINEA BASE Promedio de frecuencias	FASE EXPERIMENTAL Promedio de frecuencias
INTERRUMPIR	5.80	3.22
NO ESPERAR TURNO	4.80	2.25
ERROR EN RESPUESTA	8	5.14
MOVERSE DE SU LUGAR	8.60	5.61

La siguiente tabla muestra el promedio de temperatura registrado para el GRUPO B:

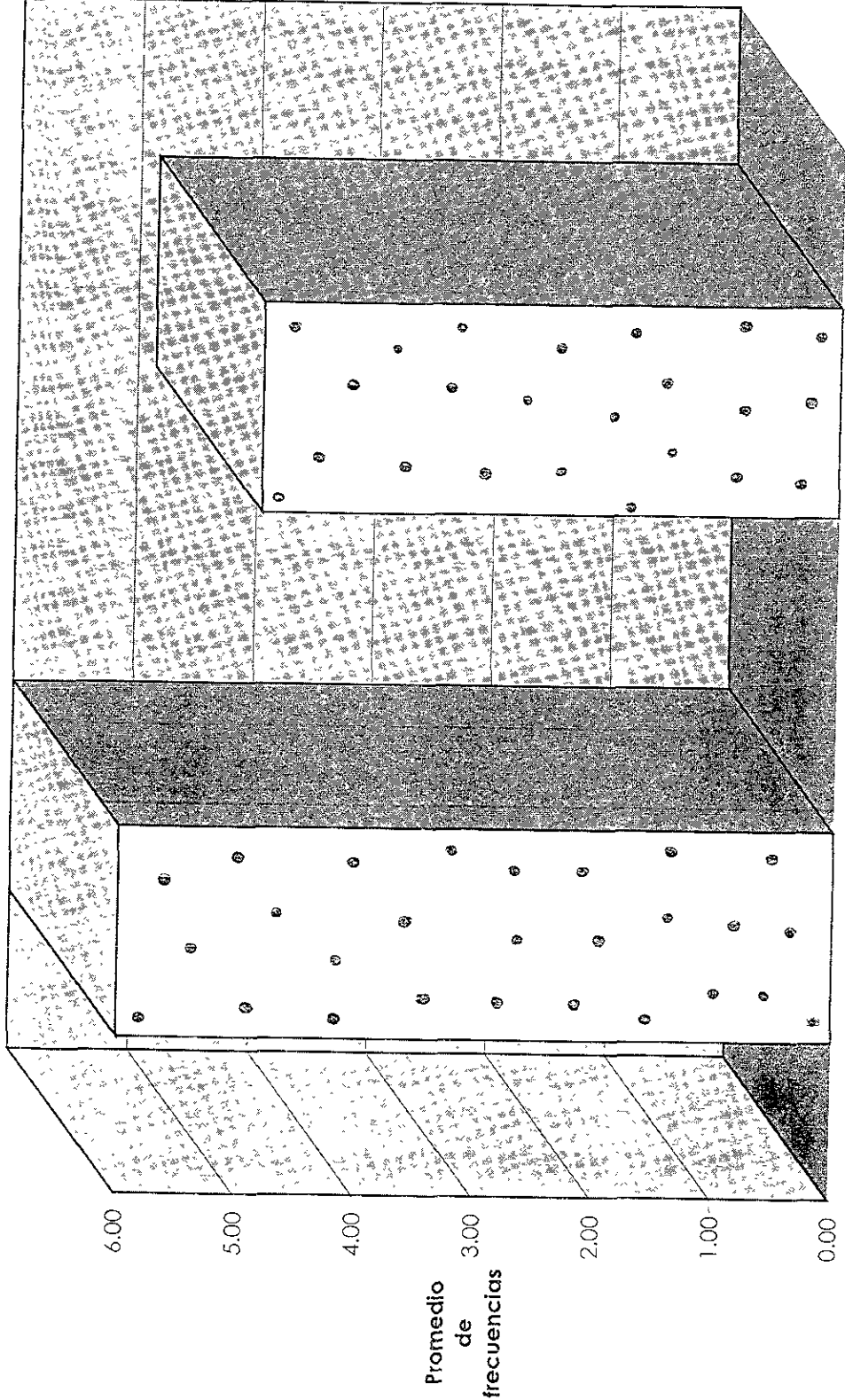
	LINEA BASE	FASE EXPERIMENTAL
	Promedio	Promedio
ANTES	86.4°F	88.79°F
DESPUES	86.05°F	90.94°F

De manera general, se puede apreciar una notable disminución en las respuestas de las cuatro categorías conductuales obtenidas por el GRUPO B en comparación a los resultados del GRUPO A.

A sí como, se observa, un mayor incremento en la temperatura del GRUPO B en relación con el GRUPO A.

Categoría: Interrupción en el "Grupo A"

Gráfica 1



1

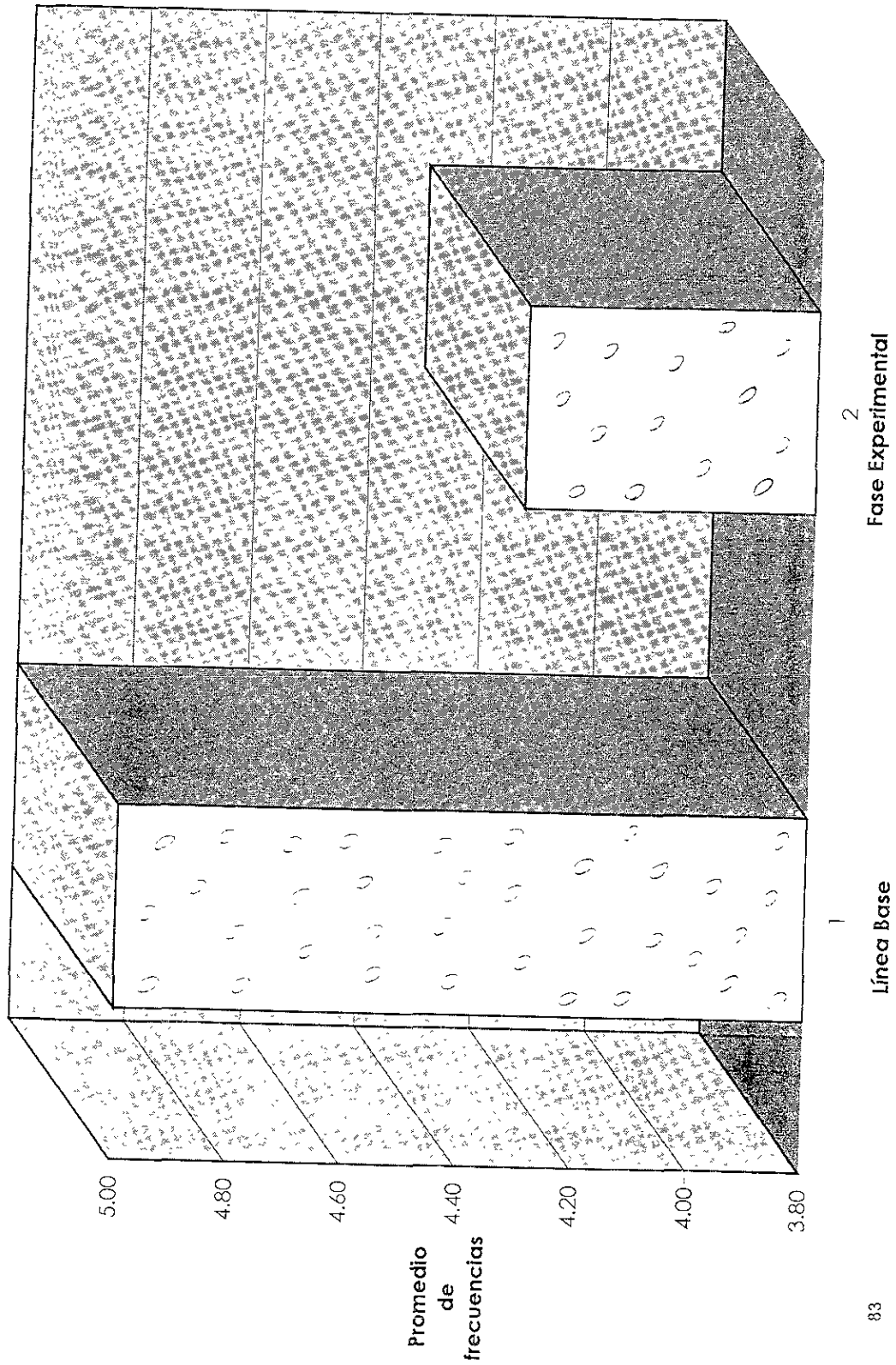
2

Línea Base

Fase Experimental

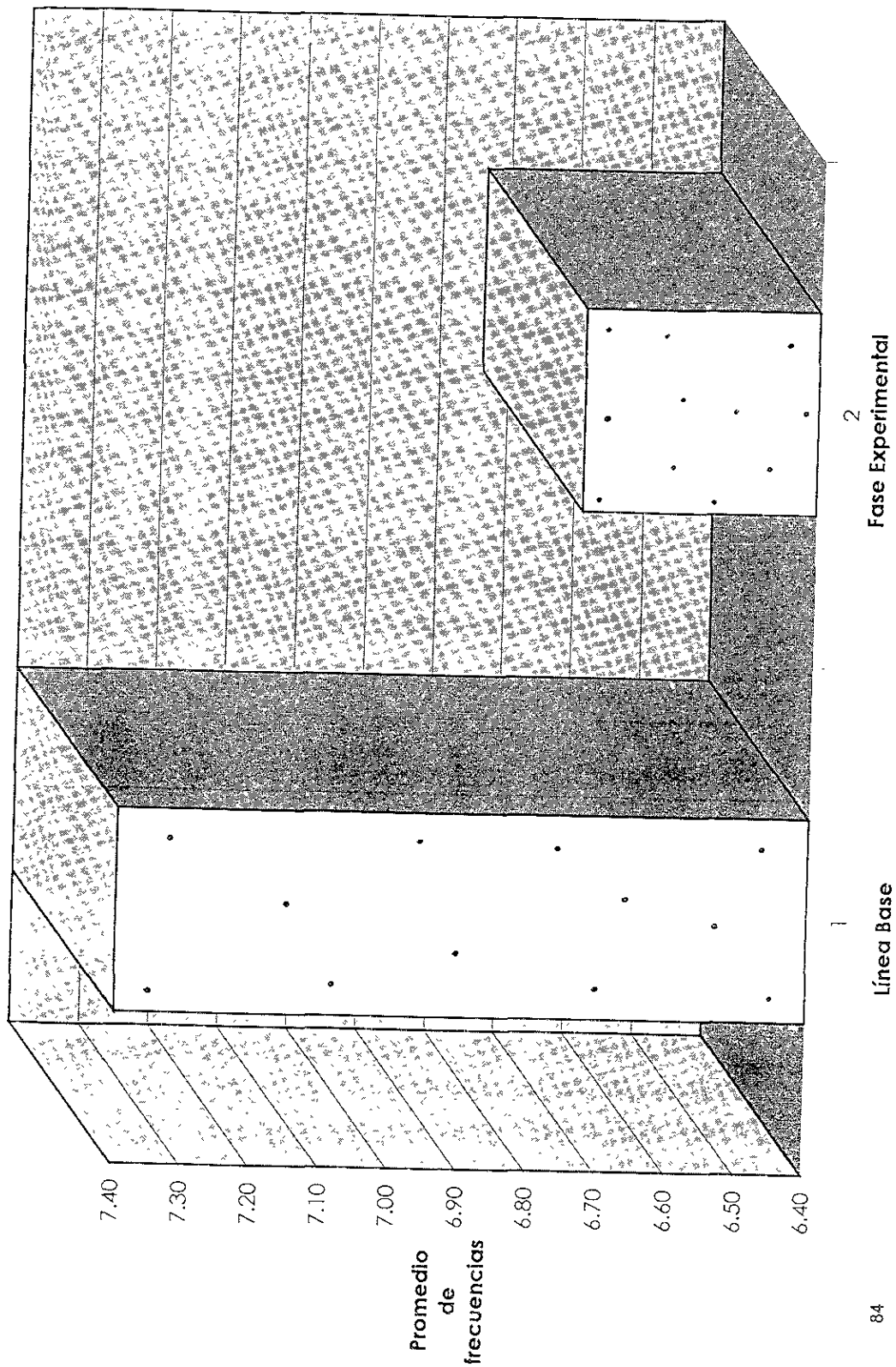
Categoría: No Esperar Turno en el "Grupo A"

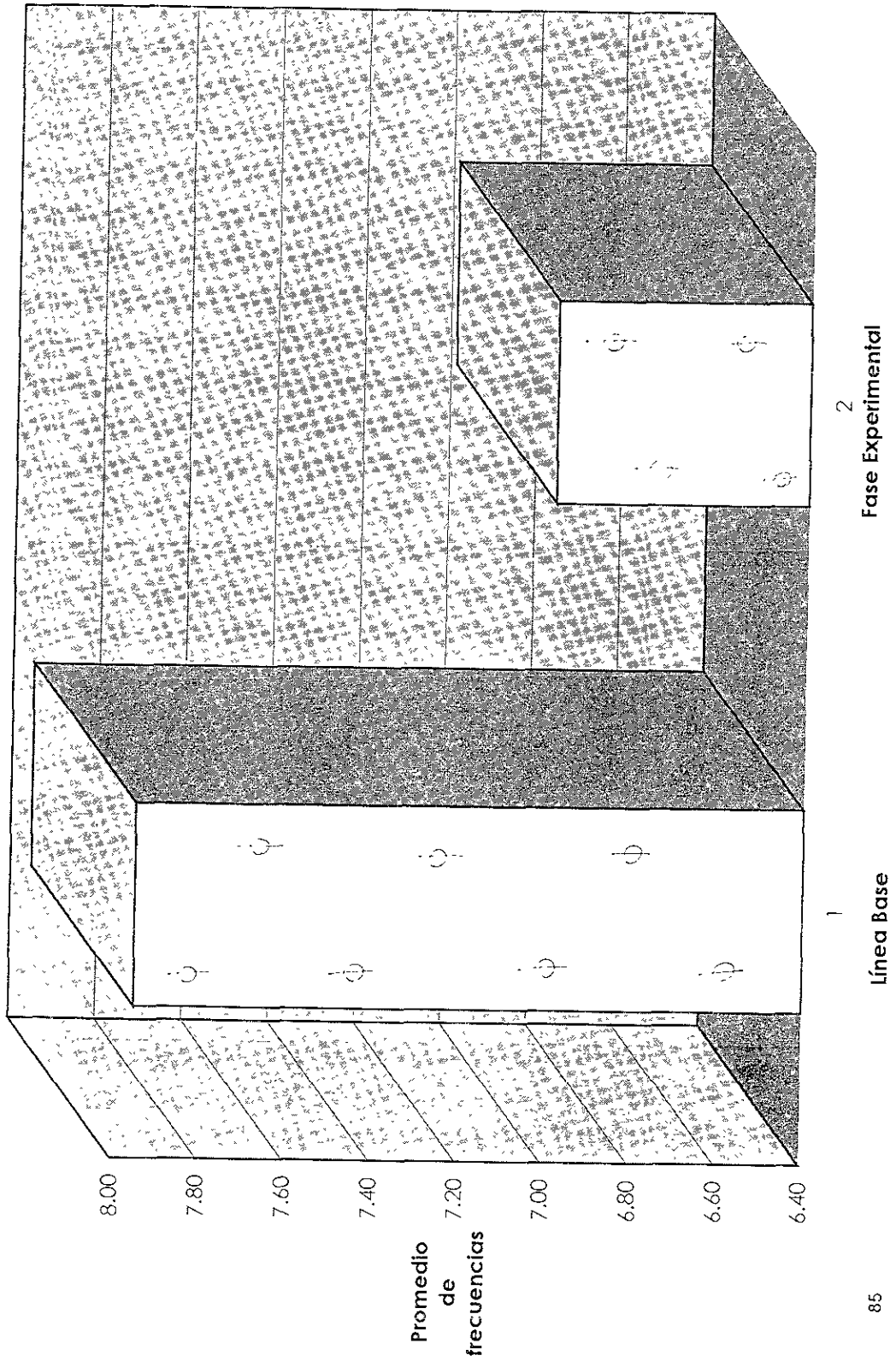
Gráfica 2



Categoría: Error en las Respuestas en el "Grupo A"

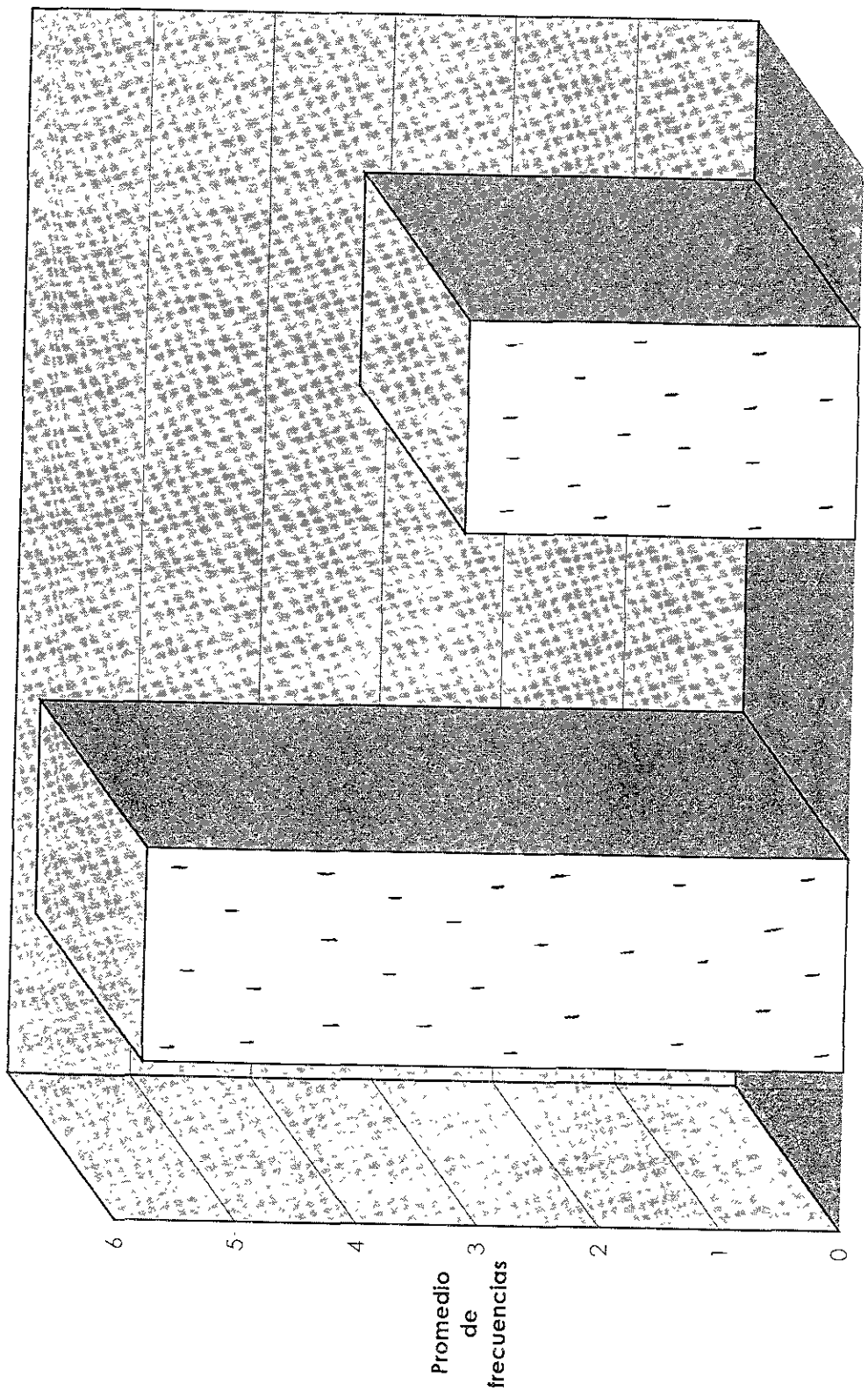
Gráfica 3





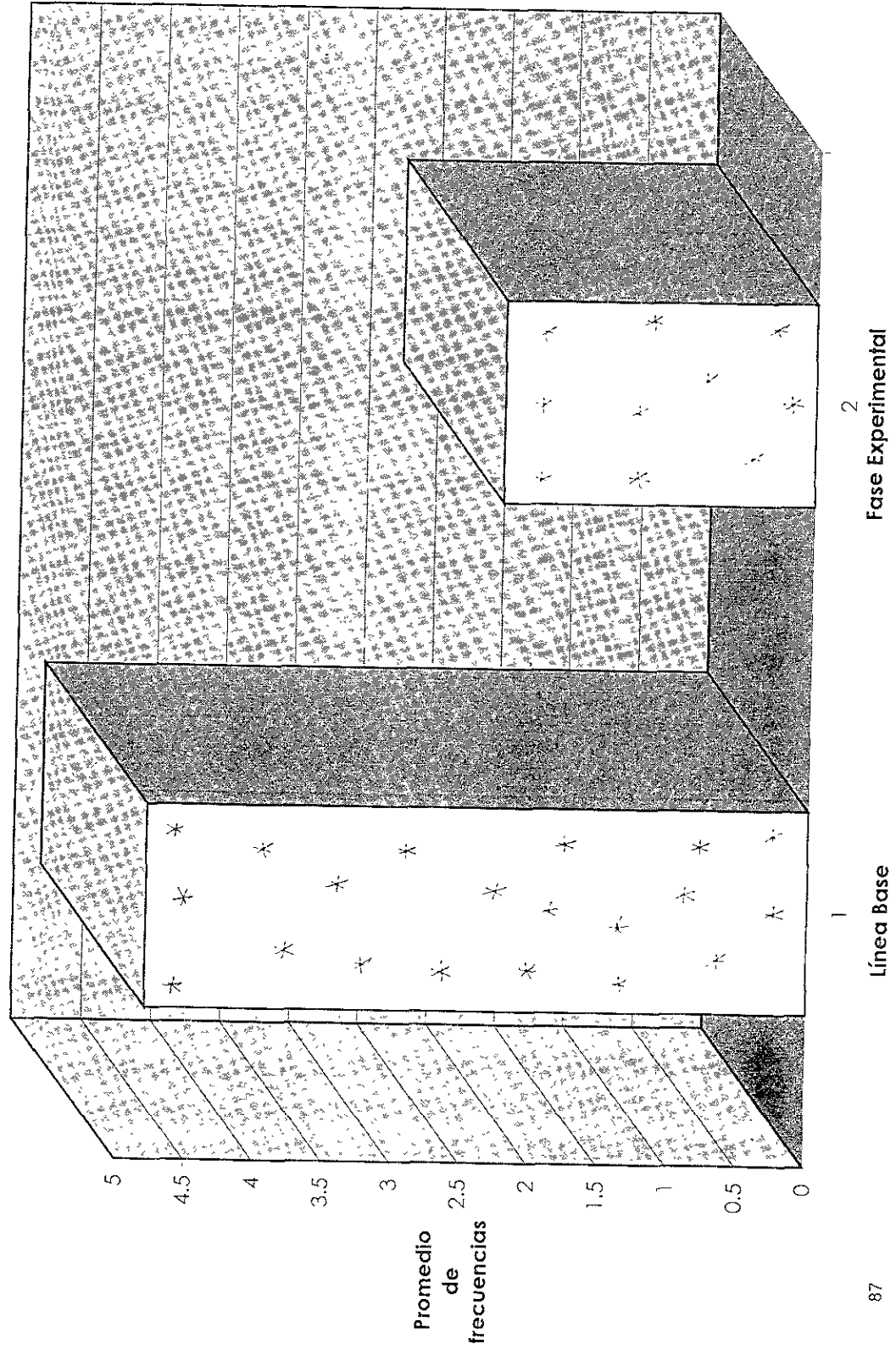
Categoría: Interrumpción en el "Grupo B"

Gráfica 5



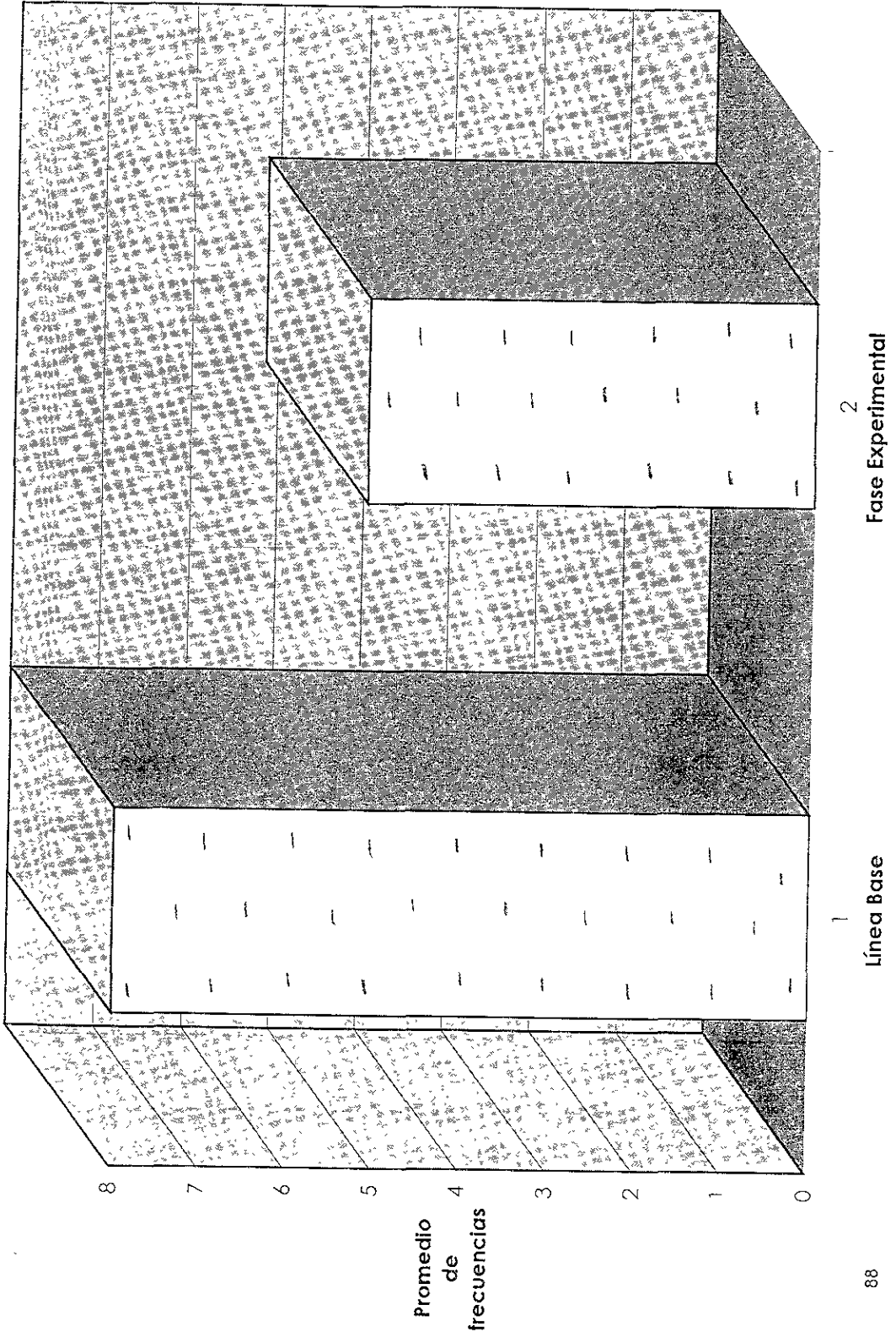
Categoría: No Esperar Turno en el "Grupo B"

Gráfica 6



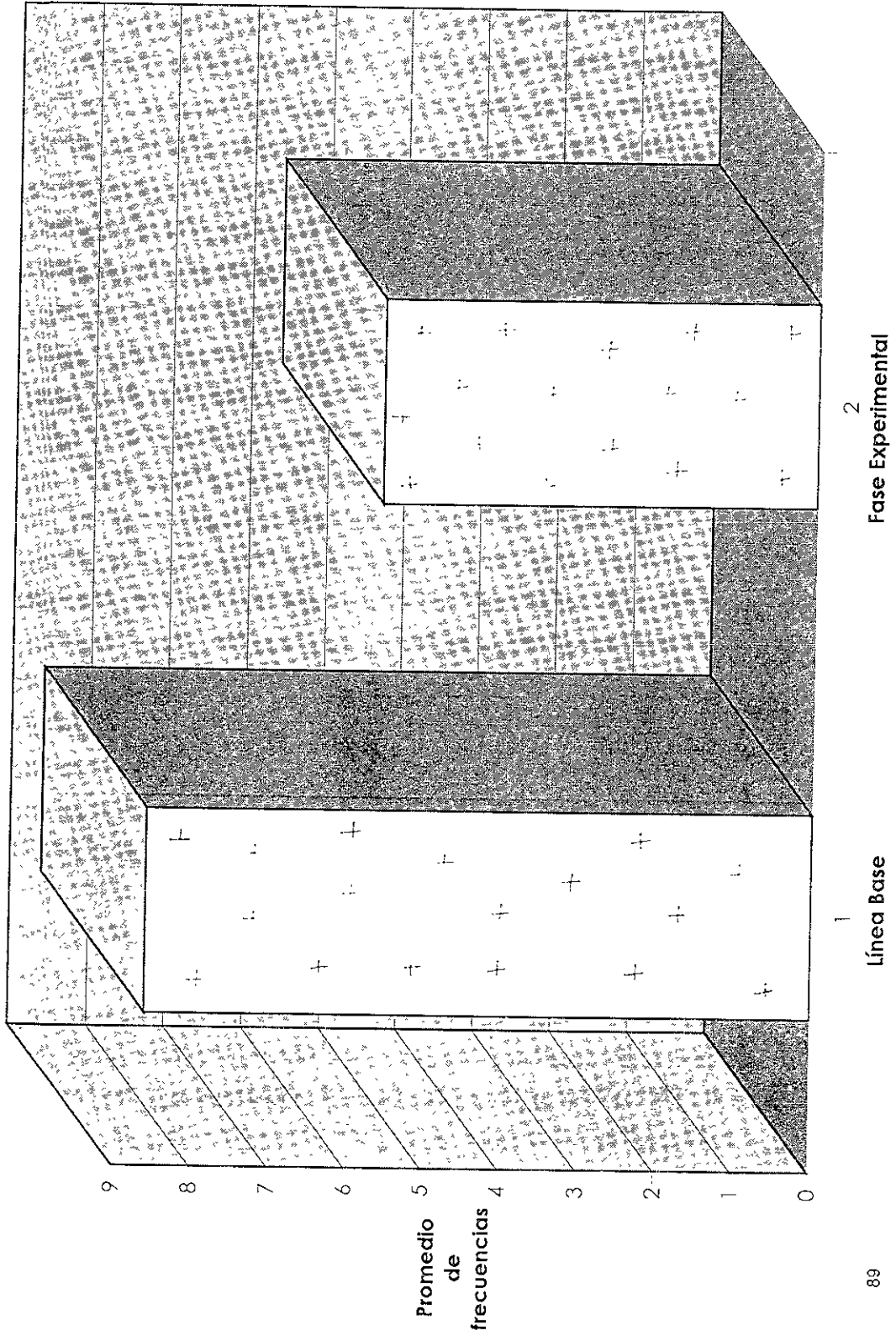
Categoría: Error en las Respuestas en el "Grupo B"

Gráfica 7



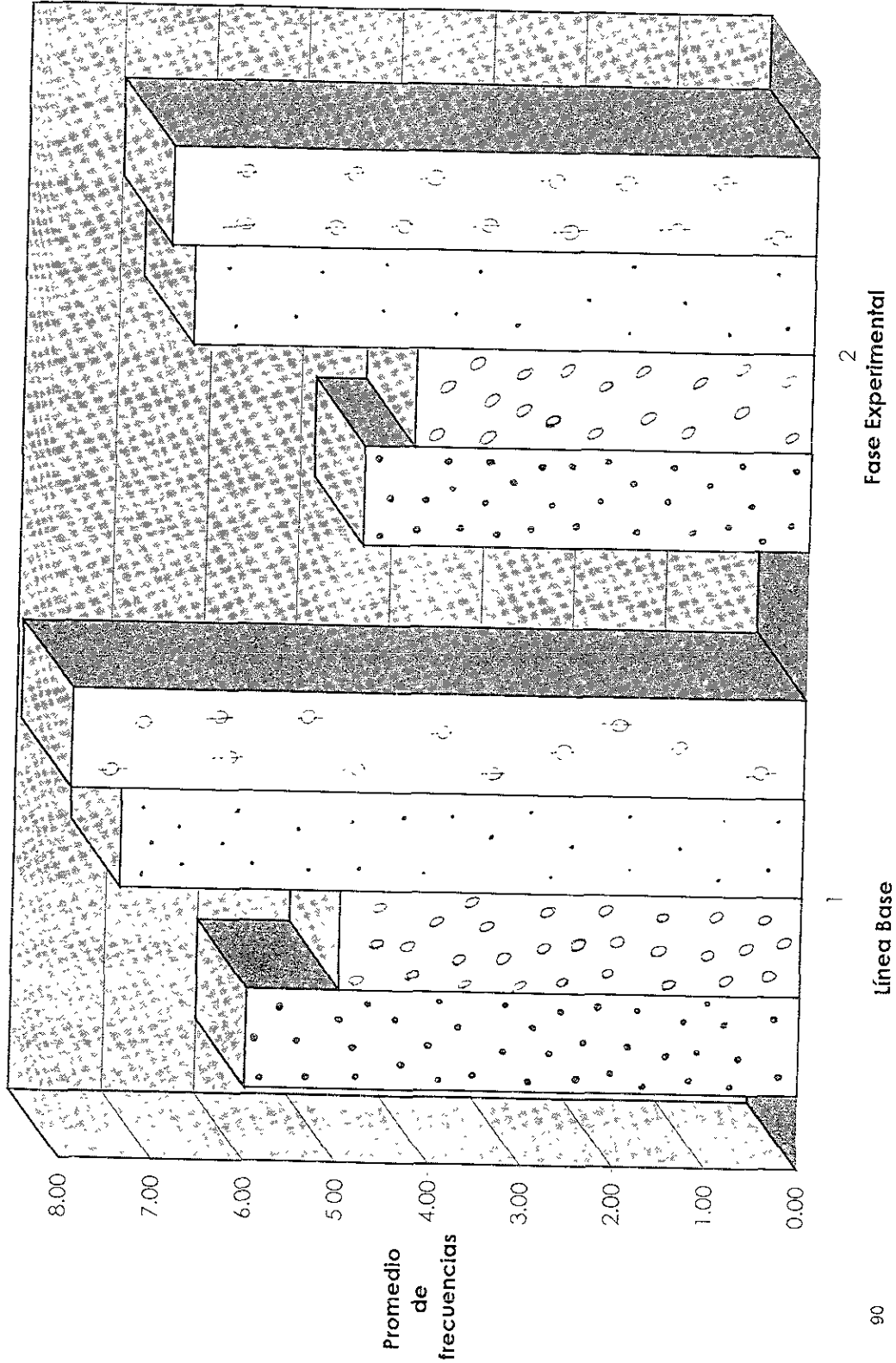
Categoría: Moverse de su Lugar en el "Grupo B"

Gráfica 8



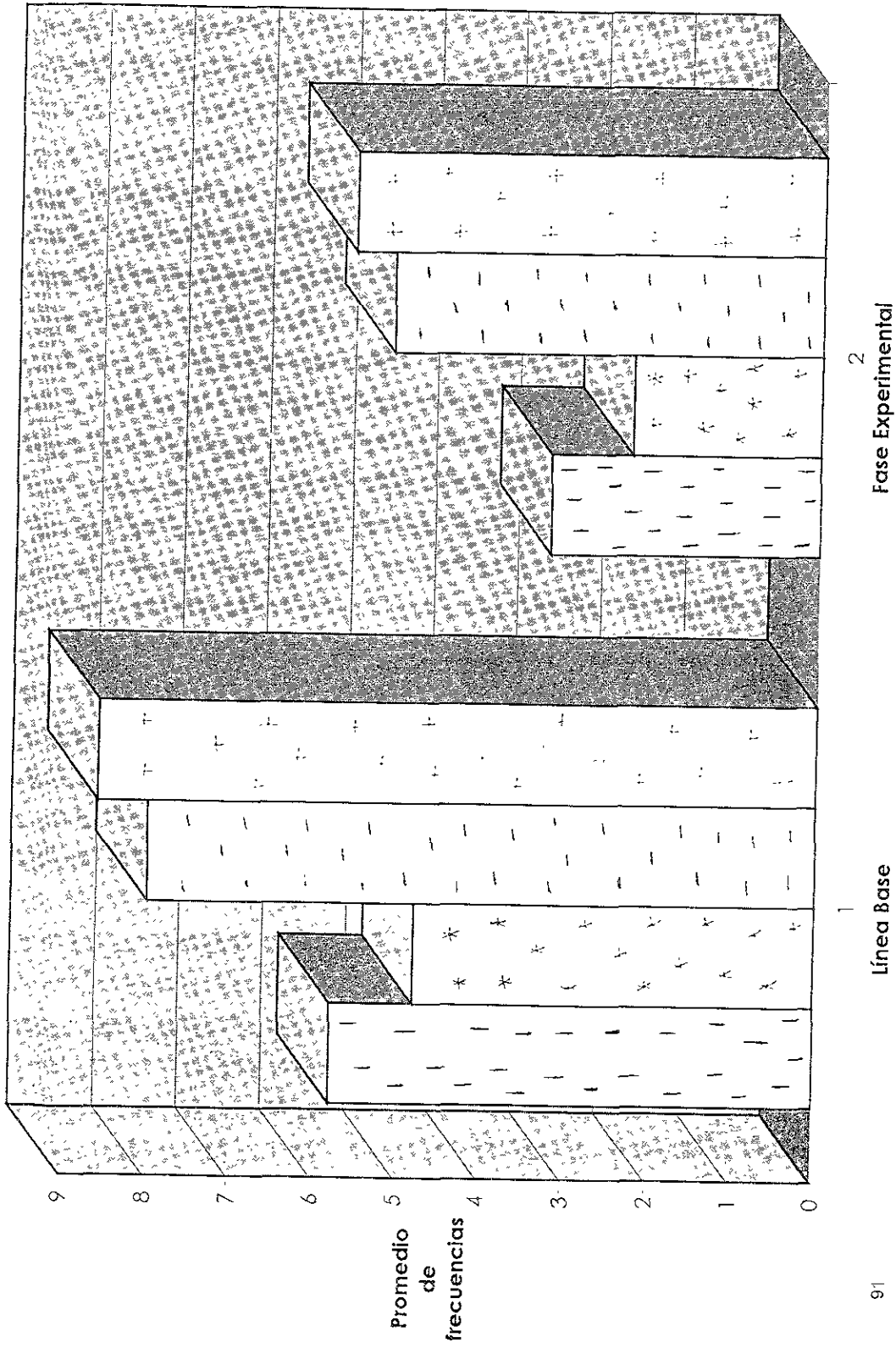
Categorías Conductuales en el "Grupo A"

Gráfica 9



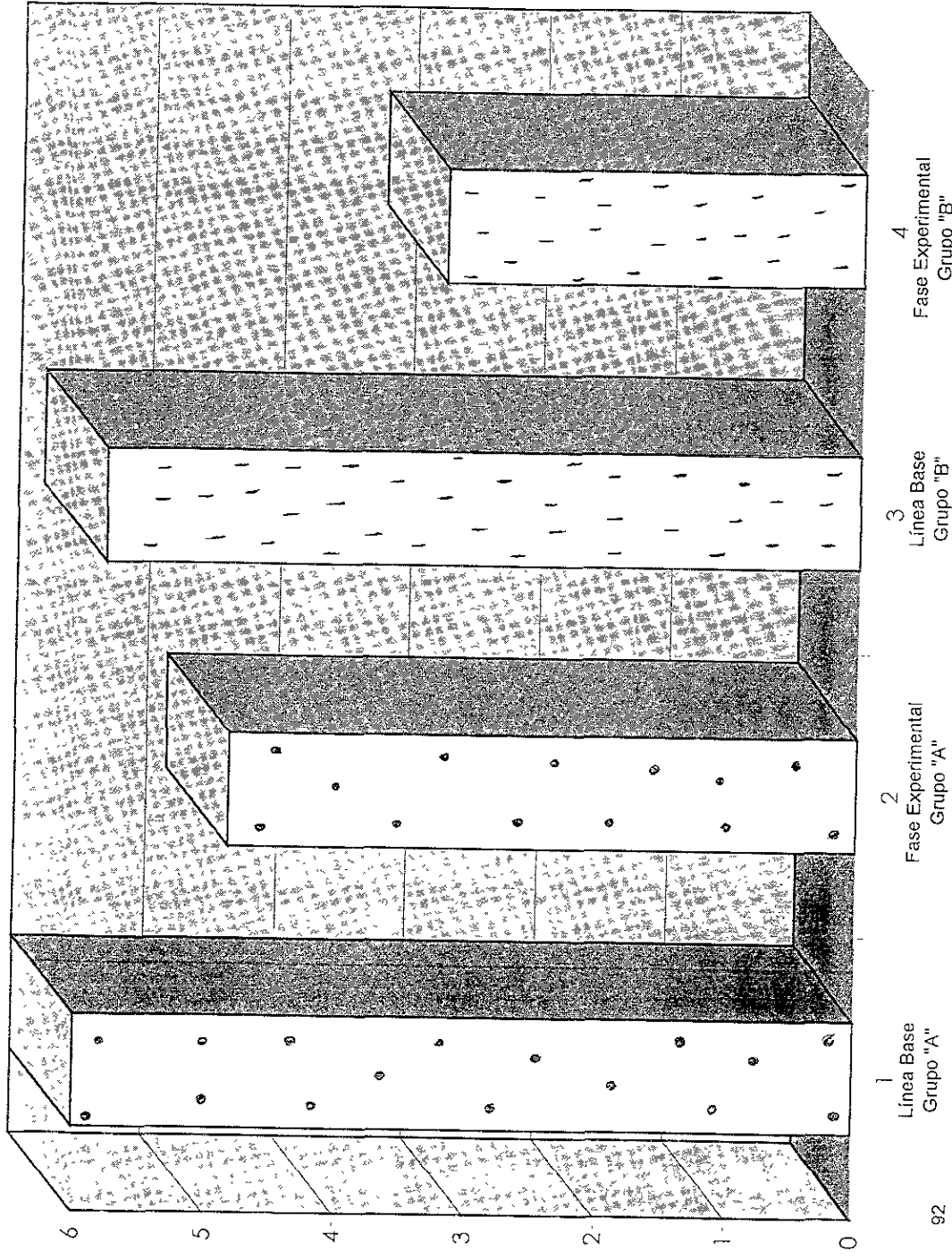
Categorías Conductuales Grupo "B"

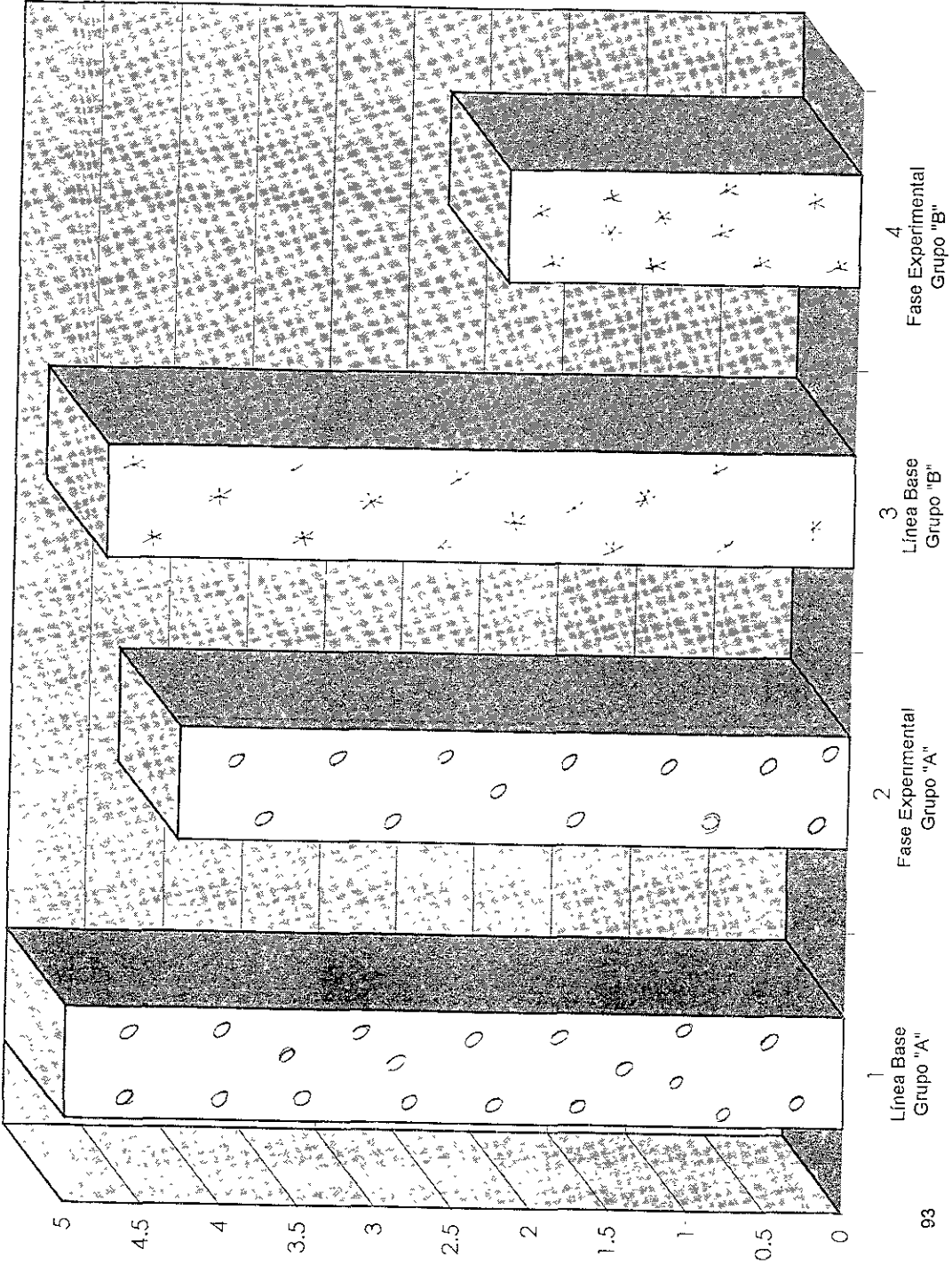
Gráfica 10

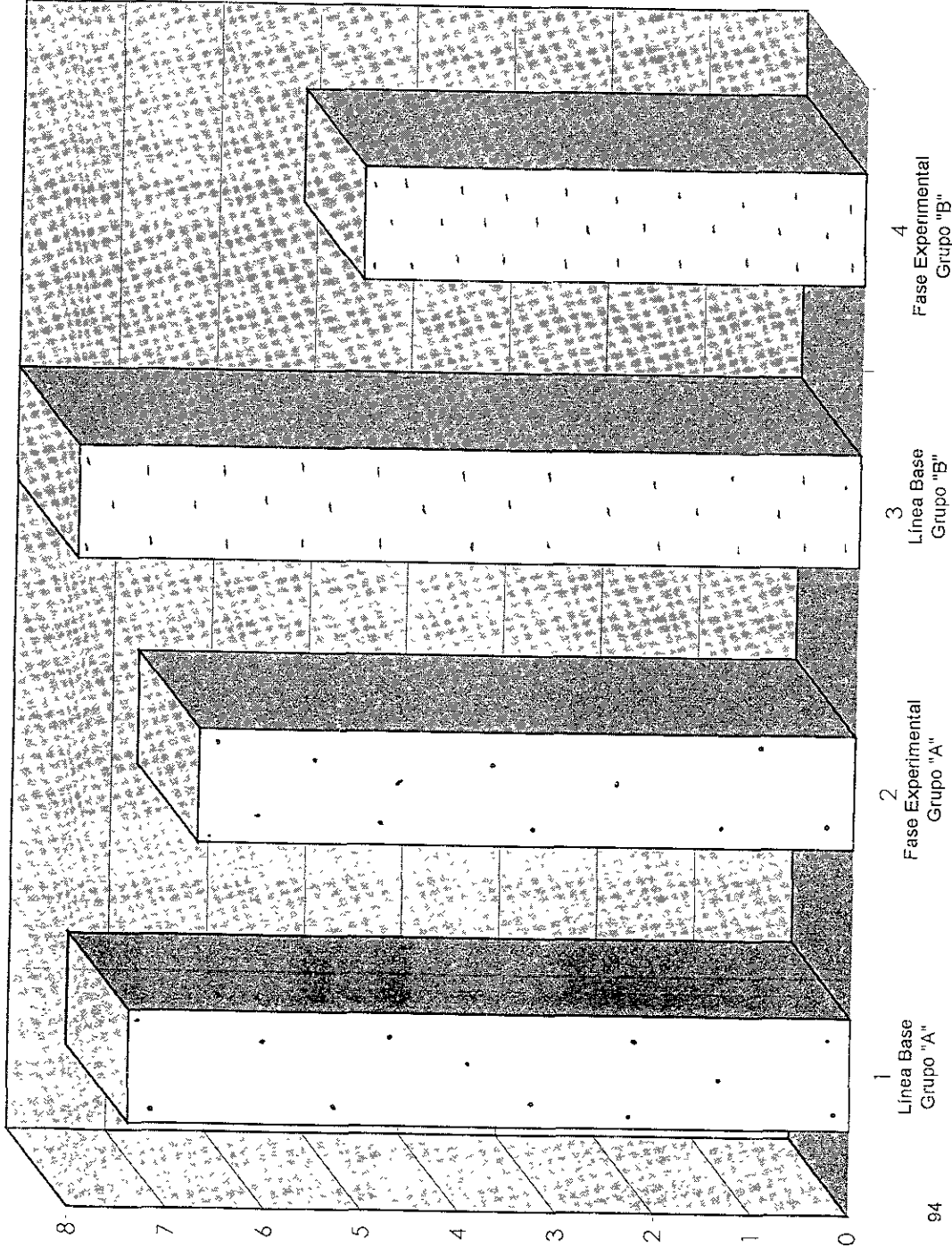


Cuadro comparativo de la categoría: Interrupción

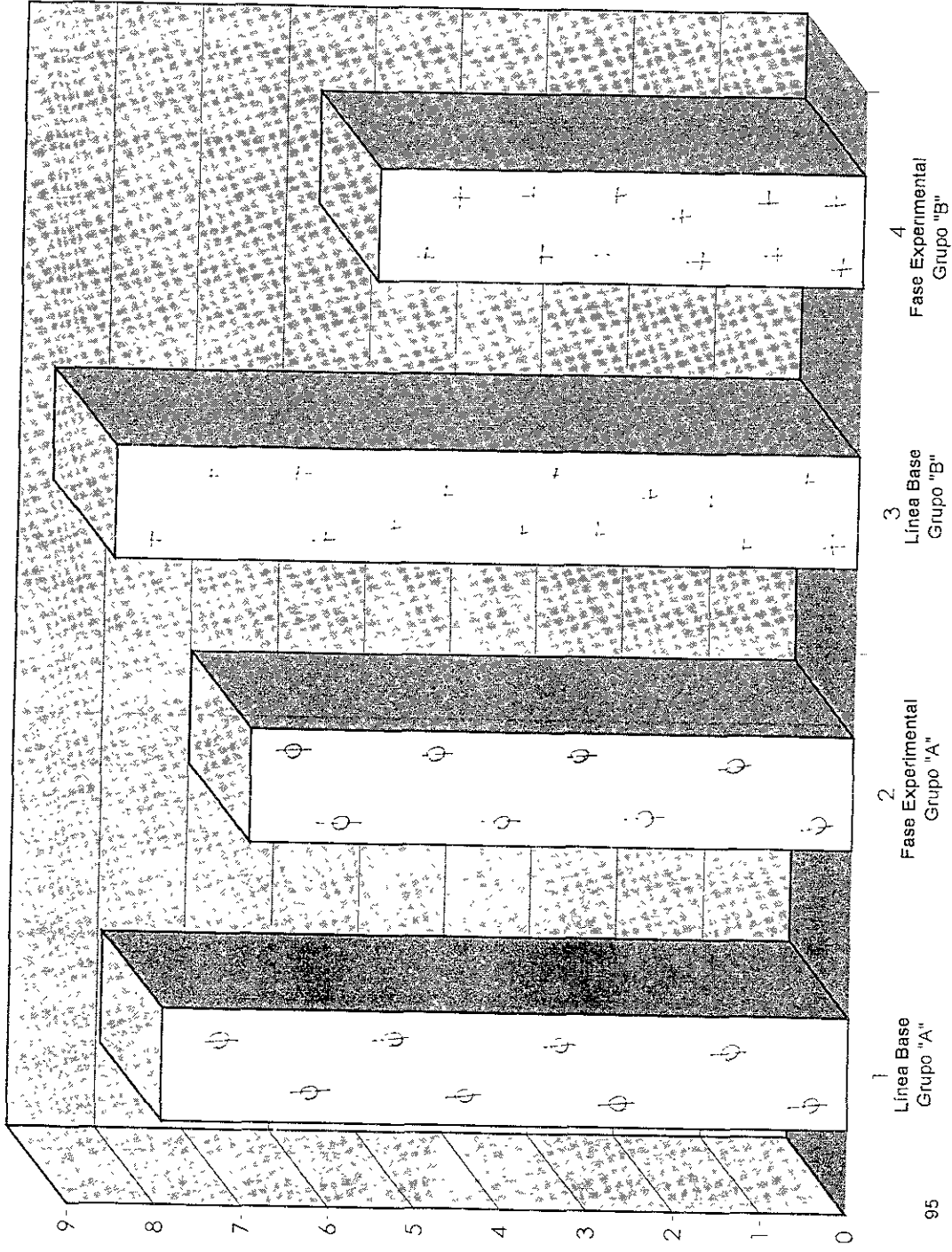
Gráfica 11





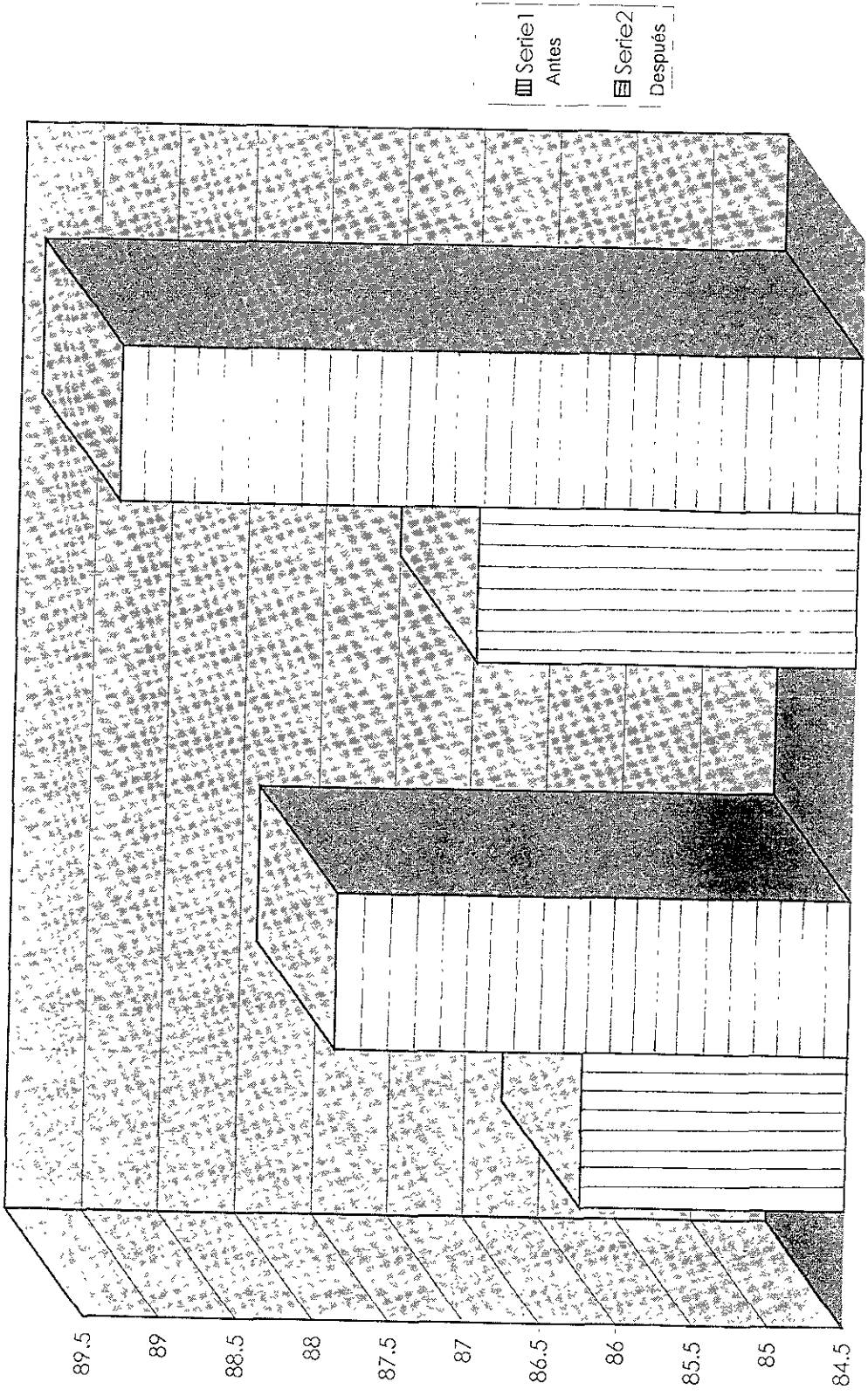


Cuadro comparativo de la categoría: Moverse de su Lugar

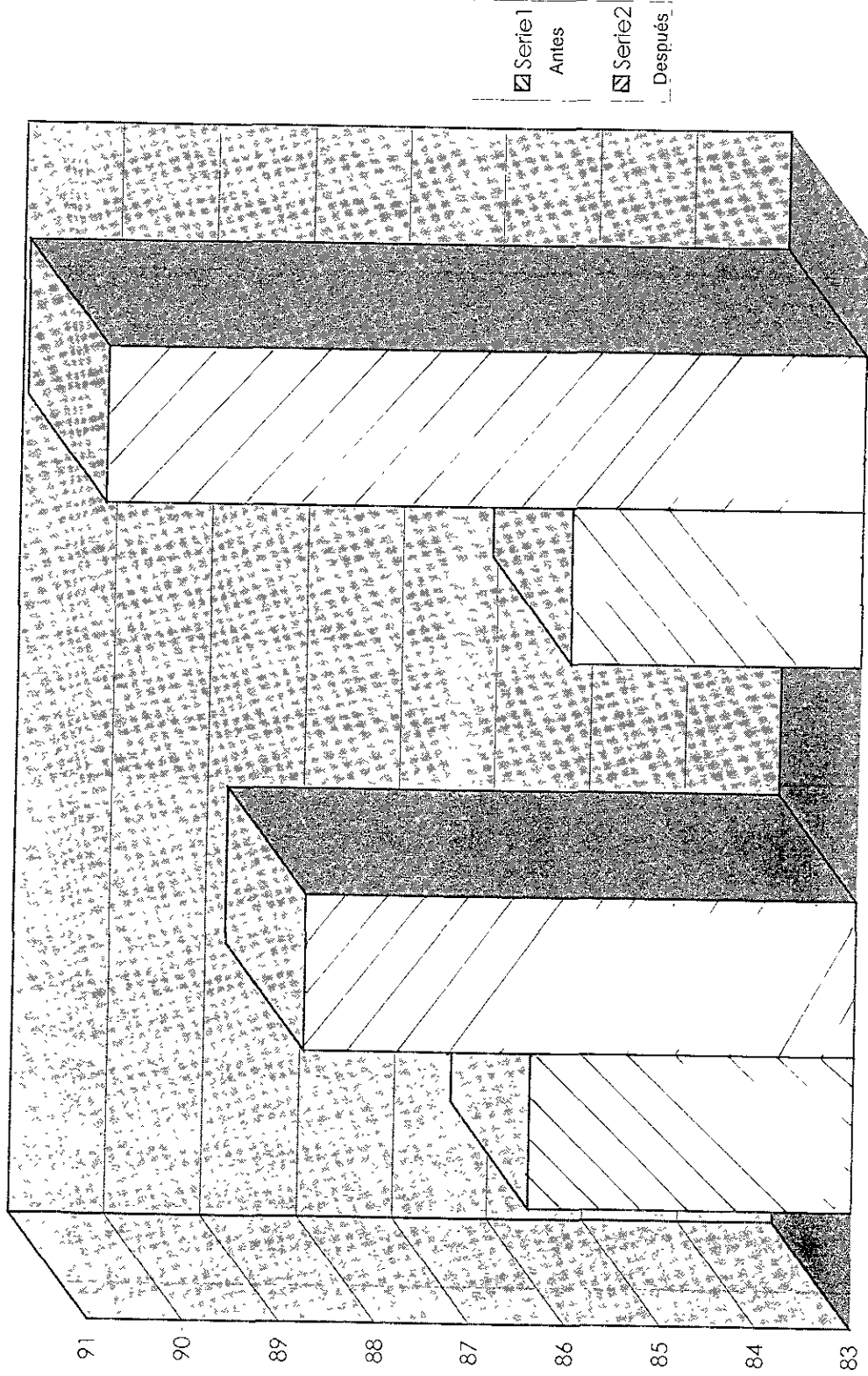


Cambio en la Temperatura en el "Grupo A"

Gráfica 15



Cambio en la Temperatura en el "Grupo B"



DISCUSION Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se observa que los promedios de las categorías impulsivas, tales como interrumpir, no esperar turno, error en respuesta y moverse de su lugar, mostraron un decremento significativo al medirlas en Línea base y pasar a Fase experimental, en el Grupo B en contraste con el Grupo A, el cual presentó un cambio menos notable. (Ver Gráficas: 11, 12, 13, 14)

Asimismo, la baja temperatura de manos y la tensión muscular (tono muscular) se modificaron: Si la temperatura corporal disminuye se debe a que el flujo sanguíneo se dirige a músculos largos, reduciéndose el flujo sanguíneo a las extremidades.

A medida que el niño se iba relajando, el flujo sanguíneo aumentaba en las extremidades, y de esta manera se elevaba la temperatura.

Los cambios fueron notorios al pasar de la Línea Base a la Fase Experimental para ambos grupos: El Grupo B obtuvo un promedio mayor al presentado por el Grupo A. (ver Gráficas: 15 y 16)

Los niños en ambos grupos obtuvieron una retroalimentación al observar en su monitor de temperatura cutánea de cristal líquido Derma Therm, los cambios de temperatura, identificando ellos que: a mayor

temperatura se encontraban más relajados y a menor temperatura estaban en un estado de tensión y al mismo tiempo los niños eran quienes podían relacionar su conducta con la temperatura de su cuerpo.

Resultó muy sorprendente para estos niños el ver el aumento en su temperatura y que ésta reflejara el estado de su tensión, lo que les permitió darse cuenta de cómo eran ellos los responsables de dichos cambios. Los niños emitieron comentarios tales como: "Me siento muy bien", "Mira sí alcancé el 92 y no me quitaste una ficha", etc. Con este cambio se sintieron a gusto y aceptados por los demás niños ya que podían frenar sus conductas impulsivas y ellos tenían presente que las conductas no deseadas constituyen una barrera para relacionarse adecuadamente con el grupo. Al ya sentir controlada su conducta los niños buscaban constantemente la aprobación de la experimentadora, queriendo competir con los otros integrantes del grupo.

Los cambios para ambos grupos fueron muy notorios al pasar de la Línea Base a la Fase Experimental. El Grupo B obtuvo un promedio mayor al obtenido por el Grupo A. (Ver Gráficas: 15, 16)

Por lo anterior se deduce que sí el Grupo B mostró un decremento mayor en las respuestas impulsivas y un incremento en la temperatura, estos cambios se debieron principalmente al Programa de Autocontrol.

Este programa permitió a los niños del Grupo B, el hacer un análisis de su situación para; posteriormente, hacer una elección y cambiar sus pensamientos ante situaciones frente a las situaciones que les generaban angustia.

De esta manera los niños pudieron detectar cuales pensamientos causaban las reacciones de tensión o angustia y así llegaron a generar respuestas adaptativas.

Al finalizar la investigación, observé que los niños del Grupo B mostraron un mayor grado de relajación y estaban más seguros y contentos por la capacidad de controlar sus respuestas no deseadas y realizar sus tareas con un menor número de errores y poder así expresar, en su autoevaluación, un lenguaje más preciso.

Afortunadamente conté con la colaboración de las madres que acudían al tratamiento y afirmaron que percibían cambios positivos en casa y en la escuela. Estas madres mencionaron que podían controlar más su conducta y que los percibieron mas relajados y ya no, angustiados, incontrolables, latosos, etc. Como; ellas así lo habían reportado al inicio del tratamiento. Así se verificó que las Autoinstrucciones habían sido interiorizadas y utilizadas con éxito por los niños, inclusive en otros contextos.

Por lo anterior, corroboré que las diferentes investigaciones como las de Meichenbaum (Thorensen y Mahoney, 1981), Evangelisti, Whitman y Johnston (1986), que utilizaron las Autoinstrucciones y demostraron que los niños poseen la capacidad de ser entrenados para que interioricen ciertos enunciados para sí mismos, guían su conducta y ellos mismos logran ser los agentes de sus propios cambios de conducta.

El Grupo B al que se le aplicaron las técnicas de autoinstrucciones y de relajación tuvo la habilidad de posponer la recompensa o gratificación que consistió en diferentes golosinas del agrado de cada uno de los niños las cuales fueron cambiadas por un determinado número de fichas.

De esta manera; estos niños escogieron una consecuencia tardía pero de mayor valor, y otra recompensa inmediata pero menor que sería "el presentar conductas impulsivas", a lo que definen Autocontrol Mischel, Metzner, Gilligan y Staun (Kanfer, F. y Phillips, J., 1980). Dándose estos cambios gracias al manejo de una contingencia de costo de respuesta (fichas) y la recompensa (menú de recompensas).

Se infiere que la manera en que el niño pospone externamente que es un reflejo de lo que se está transformando internamente o posponiendo en su pensamiento.

Por otra parte; el Grupo A mostró un decremento en la impulsividad y un incremento en la temperatura, aunque dichos cambios estuvieron por debajo del Grupo B. Se deduce que fue debido a que al Grupo A únicamente se le aplicó la técnica de relajación; con la cuál los niños de este Grupo aprendieron a "detenerse, mirar y escuchar", pero sin alcanzar el nivel del Grupo B. El Grupo A no contó con el entrenamiento del programa de Autocontrol ni con las ventajas de la técnica de autoinstrucciones, y al interiorizar los enunciados los niños pueden exteriorizar conductas más adaptativas.

En las observaciones cualitativas tuve la fortuna de observar que los niños del Grupo B mostraron un cierto grado de seguridad y aceptación en el grupo, lo cuál sirvió como reforzador de las conductas deseadas, tanto para integrarse de manera adecuada en el núcleo familiar, en la escuela y en general, en el entorno en el que se desenvuelve, ya que como se ha mencionado anteriormente.

El Autocontrol se relaciona con los procesos de socialización, ya que -en determinado momento- el sujeto necesita adaptarse a diferentes reglas establecidas para poder ser aceptado por la sociedad. De igual manera el Autocontrol posee un valor para la supervivencia, ya que -a lo largo de la vida- se tendrán que elegir opciones para obtener una mejor calidad de vida. Mediante el Autocontrol, la persona llega a poseer una motivación interna al sentir que ella sola puede controlar su conducta.

Es de suma importancia darle al niño con TADH diferentes estrategias así como modelos a seguir que le permitan llegar a controlar su impulsividad: Estos niños se enfrentan cotidianamente con rechazos que interrumpen su crecimiento y al ofrecerle a estos niños, las herramientas y estrategias necesarias podrán alcanzar un óptimo desarrollo tanto en su sistema biológico, psicológico y social.

ANEXO

TECNICA DE RELAJACION

Antes de comenzar a impartir las instrucciones; a los niños se les hacen preguntas acerca de si saben distinguir la diferencia de la textura de una piedra y de una gelatina. Luego se les enseña a los niños una piedra y una gelatina, se les permite que toquen las texturas de cada una y que nombren sus características: "dura para la piedra" y "aguada para la gelatina"

INSTRUCCIONES

1. "Todos nos acostamos".
2. "Cerramos los ojos".
3. "Ahora, inhalamos aire por la nariz y lo exhalamos".
4. "Imaginemos que tenemos un globo en el estómago y que a la hora de meter el aire se infla muy alto y a la hora de sacarlo se desinfla"
5. "Vamos a poner como piedras nuestros pies, ahora como gelatinas".
"Sientan la diferencia".
6. "Ahora vamos a continuar con las piernas, primero como piedras y ahora como gelatinas".
7. "Continúen con los ojos cerrados, vamos a poner como piedra las pompis, ahora como gelatina". "Eso muy bien"
8. "Ahora sigue el estómago, hay que ponerlo como piedra y después como gelatina".
9. "Continuemos con los brazos y manos, primero como piedra y después como gelatina".
10. "Ahora la cabeza vamos a ponerla dura como piedra y ahora aguada como gelatina".

11. "Seguiremos con la frente y cejas, hay que fruncir el ceño para ponerlo como piedra ahora como gelatina"
12. "Hay que cerrar fuertemente los párpados para ponerlos como piedras y ahora como gelatina".
13. "Vamos a poner la barba sobre el pecho, ahora hay que apretar fuerte los dientes como piedra, ahora aguado como gelatina".
14. "Por último, vamos a poner todo nuestro cuerpo duro como piedra y ahora aguado como gelatina".
15. ¡SIENTAN COMO SU CUERPO ESTA AGUADO COMO GELATINA, Y LO BIEN QUE SE SIENTE EL ESTAR RELAJADO!

*Nota: Es necesario hacer una pausa antes de pasar a otra parte del cuerpo.

BIBLIOGRAFIA

- Adelman, A. And Morgan, A. (1999). "Management of stimulant medications in children with attention-Deficit/Hiperactivity disorder". Pediatric Clinics of North America. Vol 46. No.5.
- Barkley, R. (1989). "Attention Deficit-Hiperactivity Disorder". Treatment of Children disorders. Edit. Guilford Press, Nueva York.
- Barkley, R. (1998). "Attention-Deficit Hiperactivity Disorder". Scientific American. September.
- Calderón, G. (1990). El niño con disfunción cerebral. Edit. Limusa. México.
- Cautela, J. (1989). Técnicas de relajación. Edit. Martínez Roca. España.
- Cruickshank, W. (1992). El niño con daño cerebral, en la escuela, en el hogar y en la comunidad. Edit. Trillas. México.

- Culbert, T. y Banez, G. (1994). Children who have attentional disorders: Interventions. *Pediatrics in review*. Vol 15.
- Defontaine, J. (1982). Manual de psicomotricidad y relajación. Edit. Masson. Barcelona.
- DSM-IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson. España.
- Ellis, A. (1980). Razón y Emoción en psicoterapia. Edit. Desclee Brower. Bilbao.
- Evangelisti, D, Whitman, T and Johnston, M. (1986). "Problem Solving and Task complexity: an examination of the relative effectiveness of Self-Instruction and didactic instruction. *Cognitive Therapy and Research*. Vol.10.
- Galindo, G. (1997). Trastorno por déficit de atención y conducta disruptiva. Edit. CRAS. México.

- García, D. Y Alcántara, M.(1989). Aportaciones de la aproximación cognitivo conductual al tratamiento de la hiperactividad en niños. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Granell, E. (1979). Aplicación de Técnicas de Modificación de Conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural. Edit. Trillas. México.
- Jensen, J. (1988). "Neuroendocrine aspects of attention deficit hyperactivity disorder". Neurologic Clinics. Vol 6. No.1.
- Kanfer, F y Phillips,J. (1980). Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. Edit. Trillas. México.
- Kazdin,A. (1996). Modificación de la conducta. Edit. Manual Moderno. México.
- Krapf, E. (1972). Angustia, Tensión, Relajación. Edit. Paidós. Buenos Aires.
- Lazarus, S. (1980). Terapia Conductual. Edit. Paidós. México.

- Mackay & Matthew.(1988). Técnicas Cognitivas para el tratamiento del Estrés. De. Roca. Barcelona. Pág. 9
- Macotela, S. (1991). Problemas de aprendizaje. Educación Especial. Programa de Publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mahoney, M. (1988). Cognición y modificación de conducta. Edit. Trillas. México.
- Masson, S. (1983).Las relajaciones. Edit. Gedisa. España.
- Meichembaum, D; Cameron, R. (1974). The clinical potential of modifying what clients say to the mothers. In M. J. Mahoney and Thorensen (eds) Self-Control: power to the person. Philadelphia: Books/cole.
- Mercugliano, M. (1999). "What is attention-deficit/hyperactivity disorder?". Pediatric Clinics of North America. Vol. 46. No. 5
- Novaco, R. (1975). The Developmente and Evaluation of an Experimental Treatment. Massachusetts.

- O'Leary, S y Dubey, D. (1979). Applications of self Control Procedures By Children. *Journal of Applied Behavior Analysis* 12/3.
- Reiff, M. y Banez, G. (1993). Children who have attentional disorders: Diagnosis and evaluation. *Pediatrics in review*. Vol. 14.
- Renshaw, D. (1991). El niño hiperactivo. Edit. Prensa Médica Mexicana. México.
- Ribes, E. (1976). Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo. Edit. Trillas. México.
- Shaywitz, S. (1991). "Comorbidity: a critical issue in Attention Deficit Disorder". *Journal of Child Neurology*. Vol.6
- Stevenson, D. (1994). Niños, genios, hiperactivos o malcriados. Edit. Leo. México.
- Swanson, J; Lerner M. (1999). "Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools". *Pediatric Clinics of North America*. Vol. 46 No.5.

- Thorensen, C y Mahoney, M. (1981). Autocontrol de la conducta. Edit. FCE. México.
- Ulrich, R; Stachnik, T y Mabry, J. (1976). Control de la conducta humana. Vol.II: Edit. Trillas. México.
- Uriarte, V. (1989). Hiperquinesia. Edit. Trillas. México.
- Valett, R.(1988).Niños hiperactivos. Guía para la familia y la escuela. Edit. Cincel. Madrid.
- Velasco, R. (1992). El niño hiperquinético. Edit. Trillas. México.
- Watson, H y Cay, R.(1991). Psicología del niño y adolescente. Edit. Limusa. México.
- Whalen, C. y Henker, B. (1998). " Social impact of stimulant treatment for hiperactive children". Journal of Learning Disabilities. Vol. 24.