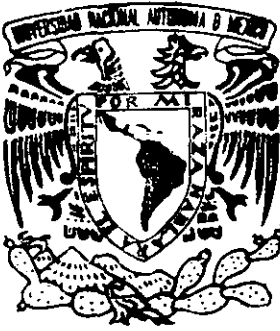


60



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE EDUCACION CONTINUA**

02968307

**EL NIÑO CON TRASTORNO DE DEFICIT
DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.
PROPUESTA DE UN MANUAL PARA
PADRES Y MAESTROS.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

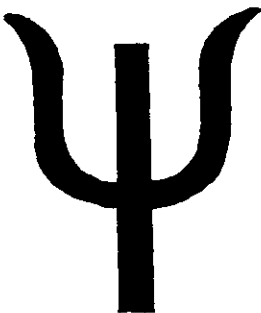
MARIA DEL PILAR CRUZ VAZQUEZ

DIRECTOR DE LA TESINA:

LIC. MARQUINA TERAN GUILLEN

DIRECTOR DE LA FACULTAD:

MTRA. LUCY MARIA REIDL MARTINEZ



MEXICO, D. F. SEPTIEMBRE DEL 2001



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.

A mi padre:

Alberto Cruz Reyes.

Por su gran cariño y entusiasmo.

A mi esposo:

Sergio Gutiérrez Hernández.

Por su amor y comprensión.

A mis hijos:

Sergio Alberto, Diana Elisa y José Francisco.

Porque siempre me alentaron con cariño y apoyo incondicional.

A mis hermanos:

Socorro, Francisca, Alberto y Miguel.

Con el amor que nos ha unido siempre.

AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la **División de Educación Continua de la Facultad de Psicología.**

Deseo expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que me brindaron su apoyo y colaboración en la realización del presente trabajo.

En particular a las siguientes personas:

A la lic. Marquina Terán Guillén:

Quién accedió generosamente a ser directora de mi tesina, que con paciencia e interés dedicó tiempo para guiarme con su conocimiento, haciendo de esta manera posible la culminación de este trabajo.

A mis sinodales:

A la Maestra Georgina Cárdenas López, al Lic. Horacio Quiroga Anaya, al Maestro Ariel Vite Sierra y a la Lic. Martha Romay Morales. Por su tiempo, sus valiosas sugerencias e interés brindados a este trabajo.

A mis amigas y compañeras de trabajo:

Por la amistad que siempre me han brindado y su apoyo incondicional

INDICE

	PÁGINAS.
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVO	10
CAPITULO 1.	
1. Antecedentes del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.....	11
1.1 Incidencias del trastorno de déficit de atención con hiperactividad	13
CAPITULO 2.	
2. Etiología del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.....	15
2.1 Causas con bases biológicas.....	15
• Complicaciones en el periodo prenatal, perinatal y postnatal.....	15
• Disfunción cerebral y del sistema nervioso.....	16
• Causas genéticas y perturbaciones metabólicas.....	18
2.2 Causas por factores ambientales.....	19
• Factores alérgicos.....	19
• Intoxicación por plomo.....	21
• Causas psicosociales.....	21

CAPITULO 3.

3. Sintomatología del trastorno déficit de atención con hiperactividad.....	23
3.1 Problemas conductuales.....	24
• Conducta desatenta.....	24
• Conducta hiperactiva y falta de autocontrol.....	24
• Conducta impulsiva	25
3.2 Problemas en el funcionamiento cognoscitivo.....	26
• Dificultad para procesar varios estímulos de forma simultánea	26
• Dificultad para mantener la atención sostenida	27
• Dificultad para atender a estímulos que aparecen en una frecuencia lenta.....	27
• Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma más superficial.....	28
• Eventos cognoscitivos.....	28
• Procesos cognoscitivos y metacognoscitivos.	29
• Estructuras cognoscitivas.....	30
• Aspectos motivacionales de la atención.....	30
3.3 Problemas de interacción personal	31
• Problemas de interacción familiar.....	31
• Problemas de interacción en la escuela	31

CAPITULO 4.

4. Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.....33

4.1 Criterios diagnósticos del DSM-IV (1994).34

4.2 Participación de padres y maestros en la detección del TDAH.....35

- Escalas de Validación Conductual de Conners..... 36

4.3 Evaluación psicológica.....39

- Entrevista a los padres y al niño.....39
- Aplicación de pruebas psicológicas39

4.4 Diagnóstico Diferencial.....42

- TDAH o Trastorno de Conducta..... 42
- TDAH o Dificultades de Aprendizaje.....44

4.5 Comorbilidad44

CAPITULO 5

5. Tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad..... 45

5.1 Tratamiento farmacológico.....45

5.2 Tratamiento cognoscitivo - conductual.....47

5.2.1 Técnicas operantes.....47

- Moldeamiento.....48
- Encadenamiento.....48
- Economía de Fichas..... 49

• Castigo.....	50
• Costo de respuesta.....	50
• Tiempo fuera de refuerzo.....	52
5.2.2 Técnicas cognoscitivas.....	54
• Entrenamiento en Autoinstrucciones	54
• Técnica de la Tortuga.....	57
• Entrenamiento en Solución de Problemas Interpersonales	59
CAPITULO 6.	
6. Pronóstico.....	62
CONCLUSIONES.....	64
PROPUESTA:	
MANUAL DE CONDUCCION DEL NIÑO CON TDAH PARA PADRES	
Y MAESTROS.....	68
ANEXOS.	88
REFERENCIAS.....	118

RESUMEN

Esta tesina presenta información actualizada sobre, el **Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y un Manual para Padres y Maestros.**

Entre los temas específicos tratados se encuentran los siguientes: Las características generales de los niños con Trastornos de Déficit de Atención con hiperactividad; Las deficiencias que se presenta en la formación de los procesos y estructuras cognoscitivos que rigen la atención del niño durante la solución de problemas; Los elementos, instrumentos y procedimientos para la valoración; El tratamiento farmacológico y Cognoscitivo-conductual.

El Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad afecta al 4% de los niños en edad escolar y de no tratarse a tiempo produce, un efecto negativo, que puede conducir a problemas del aprendizaje, adaptativos y de interrelación personal.

El objetivo principal del Manual para Padres y Maestros es el de ofrecer conocimientos básicos sobre el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad que les sirvan de ayuda para la detección del trastorno y los oriente en cuanto a su tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Al psicólogo en su práctica profesional se le presentan problemáticas diversas, según las funciones que desempeña como son: la detección, evaluación y tratamiento de algunos trastornos, en especial a niños con Déficit de Atención con Hiperactividad, por lo que debe contar con los elementos necesarios para brindar un eficiente y eficaz servicio.

Los niños con **Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)** parecen torbellinos, suben, bajan, se mueven mucho, se levantan continuamente de su asiento, corren y no pueden permanecer quietos, hablan en exceso o interrumpen frecuentemente a los demás, parece como que no entendieran, no ponen atención, no obedecen, etc. estas conductas provocan desencanto, frustración y enojo en padres y maestros (Marsellach,1998). Por tal motivo, son rechazados y aislados de su grupo de iguales. Padres y maestros no saben que hacer con ellos, generalmente son catalogados como malos estudiantes y mal educados.

En consecuencia, un niño con TDAH sufre rechazo, aislamiento, castigos y como consecuencia, tiene baja autoestima, pensando que no es digno de cariño, de premios etc.

El término hiperactividad, a través del tiempo, ha recibido distintas denominaciones: Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome Hiperkinético, hasta el actual de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) según el DSM-IV (1994).

Se considera importante su estudio porque actualmente su incidencia ha aumentado y las personas que tratan a estos niños, desconocen lo relacionado con el

TDAH sus causas, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como las complicaciones derivadas del trastorno, las más frecuentes son: los problemas de conducta y los de aprendizaje.

Por lo anterior en esta tesina como primer término, se hace una amplia descripción del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y, en segundo término, se presenta de un manual dirigido a padres y maestros, en el cual se hace una síntesis de los datos más importantes del TDAH de una manera clara y sencilla.

JUSTIFICACIÓN

En la práctica profesional del psicólogo frecuentemente, los maestros le solicitan asesoría acerca del tratamiento de los niños con Trastorno Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH).

Las necesidades del magisterio surgen al implantarse los nuevos Planes y Programas de Educación Básica. De acuerdo a lo señalado en el **Diario Oficial de la Federación Tomo DIX No.12 Lunes 19 de Febrero de 1996 en el Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000**, en su apartado 3. "Estrategias y Acciones", se desprende el punto **3.4.5. referente a la Educación Especial**, que establece como prioridad la atención a "**Menores con necesidades Educativas Especiales**" en donde a la letra dice:

3.4.5.1 Atención a los menores con discapacidad.

"Conscientes de que el proceso de integración escolar de las personas con discapacidad es un proceso gradual, que entraña dificultades para responder con equidad a sus requerimientos específicos, se diseñaran estrategias paulatinas para lograrlo. Se ha definido la integración educativa de los alumnos con discapacidad como el acceso, al que tienen derecho todos los menores, al currículo básico y a la satisfacción de las necesidades básicas del aprendizaje. Las estrategias para acceder a dicho currículo pueden ser los servicios escolarizados de educación especial, o en la escuela regular, el apoyo psicopedagógico de personal especializado en la propia escuela a la que asiste el menor",

"A su vez, la atención a los menores con necesidades educativas especiales requiere una planeación educativa individualizada. El especialista y los padres del

menor y en su caso el maestro de la escuela regular, establecerá las metas de aprendizaje a corto y mediano plazo que permitan ir valorando el desarrollo educativo del alumno en forma particularizada”.

“EL importante papel del magisterio en la integración escolar, se trabajará en la inclusión de contenidos, en los procesos de formación del maestro, que lo sensibilicen y lo preparen para trabajar con menores con necesidades educativas especiales”.

En la actualidad la incidencia del TDAH va en aumento. En México, de acuerdo a las estimaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, indican que el 4% de los niños en edad escolar presentan el síndrome, por lo que un maestro con un grupo de 30 niños tiene por lo menos un niño con TDAH (Merino, 1999).

Con base en lo antes citado , se ha elaborado un Manual de conducción del Niño con Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad con el propósito de orientar a padres y maestros sobre las causas, síntomas, diagnóstico, pronóstico y su apoyo durante tratamiento del TDAH.

OBJETIVO.

Analizar las características del niño con Trastorno de Déficit de la Atención con Hiperactividad a través de la literatura científica, con la finalidad de elaborar un Manual de conducción del niño con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad dirigido a padres y maestros, con el propósito de proporcionarles conocimientos que les permitan identificar a los niños con este problema, así como, capacitarlos para que apoyen al psicólogo en algunas técnicas de intervención cognoscitivo-conductual.

CAPITULO 1

1 ANTECEDENTES DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Las primeras descripciones de este trastorno datan de 1897. En Francia comenzaron a estudiarse casos de niños con retraso mental leve y que además presentaban inestabilidad física.

Más tarde, se propuso el término de “niño turbulento”, pero hasta 1962 la comunidad médica empezó a hablar de “Daño Cerebral Mínimo”.

En 1966, el Departamento de Salud y Bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica adoptó la expresión “Disfunción Cerebral Mínima” para definir a los niños de inteligencia normal, casi normal o superior a lo normal, con trastornos conductuales y de aprendizaje, que van de moderados a severos, y que se encuentran asociados a desviaciones de las funciones del sistema nervioso.

Varios modelos teóricos han descritos al TDAH de la forma siguiente forma:

Modelo médico de **La Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III,1980)** lo ha denominado con un nombre más largo y más específico, como **Trastorno por Déficit de Atención (TDA)** posteriormente en el DSM-III-R de 1983 apareció como Trastorno de Déficit de Atención e indicaba que podía aparecer con / sin hiperactividad y con / sin impulsividad. **Actualmente en el DSM-IV (1994) está clasificado, como “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (TDAH),** considerándose la impulsividad como uno más de los síntomas que pueden aparecer (Merino, 1997).

Otro modelo médico utilizado en Europa es el sistema de codificación de la **Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la salud 1992**, que describe las siguientes características del TDAH : tiene un comienzo precoz, hiperactividad moderada, con una marcada falta de atención, no incluye la impulsividad, estos síntomas no coinciden con los descritos en el DSM-IV (1994) incluso discrepan en el valor que tienen al establecer el diagnóstico (Moreno,1997).

Modelo pedagógico. La descripción de la hiperactividad infantil se relaciona con deficiencias perceptivas y dificultades para el aprendizaje (Moreno, 1997).

Modelo psicológico cognitivo-conductual. Define el trastorno a partir de la evaluación de la conducta del niño en el ambiente y situaciones específicas en las que aparece y, por tanto, destaca la existencia de un patrón de conductas concretas que se manifiesta en respuesta a condiciones ambientales adversas (Moreno, 1997).

Debido a los enfoques anteriores, algunos autores propusieron sus propias definiciones de hiperactividad. Por ejemplo: Safer y Allen (1979) consideran que se trata de un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesivas se manifiesta en situaciones que requieren condiciones estables (citado en Moreno, 1997).

Otros autores como: Barkley (1982) y Taylor (1991) elaboraron sus propios criterios para su definición, donde se enfatiza la inquietud motora o sobre actividad del niño hiperactivo. (véase anexo 1).

En la década de los setentas, se incrementaron las investigaciones, haciendo a la hiperactividad el desorden psiquiátrico más estudiado. Entre los años de 1977 y 1980 aparecieron cerca de 7.000 publicaciones sobre el tema.

Erdman (1998), señala que actualmente los criterios más utilizados en la clínica para la clasificación del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad son los establecidos por el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) en el apartado de trastornos de conducta perturbadores.

1.1 Incidencias del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Aún cuando existe coincidencia en pensar que el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, constituye uno de los problemas más comunes en la infancia, los datos sobre su incidencia en los niños de edad escolar varían según el autor o trabajo consultado.

Barkley (1982); Gutiérrez-Moyano y Becoña (1989), Serrano (1990), estiman que aproximadamente entre un 3 y el 5 % de los niños escolarizados son hiperactivos, otras fuentes como Whalen y Henker (1991) sitúan la tasa de prevalencia en poblaciones normales hasta en el 15 % (citado en Moreno, 1997).

Michanic (1996) refiere que estudios realizados en otros países como, Alemania y Puerto Rico, han demostrado que alrededor del 5% de la población infantil presenta este trastorno, es decir que 1 de cada 20 niños, se ve afectada, con una predominancia en varones de 3 a 1 respecto a las mujeres.

Cantwell (1997) señala que en USA y Canadá, la incidencia es del 4% estas cifras sugieren que en las aulas normales habrá entre uno y tres niños con TDAH o que presentan los problemas típicos relacionados con el problema (Moreno, 1997)

En México el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro reporta que el 4% de los niños en edad escolar son hiperactivos (Merino, 1999).

En España, se estima que de un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años presentan TDAH, esto significa que es más probable que los profesores tengan uno o tres hiperactivos en una misma clase (Orjales, 1998).

Generalmente, el TDAH se detecta en un niño después de haber reprobado el primer grado en la escuela, porque es ahí donde se le exige al niño disciplina, atención y existe desconocimiento del problema. La reacción hacia el niño es de rechazo. Se estima que por cada niña hiperactiva se encuentran 10 niños hiperactivos, por tal motivo el TDAH ha sido más estudiado en los niños (Orjales, 1998).

Es importante mencionar que el TDAH es un trastorno que no puede ser definido e identificado fácilmente, ya que existe mucha subjetividad en algunos de los parámetros que se proponen para ello. Y la detección de falsos positivos no favorecen a la práctica clínica ni a la investigación.

Actualmente tras las precisiones apuntadas por el DSM - III (1980) es más fácil delimitar el diagnóstico; estudios epidemiológicos recientes Schachar (1981), Gillberg (1982). Del Giudice (1987), sitúan la incidencia del TDAH entre uno y dos por cien, los varones son más afectados por este trastorno en una proporción de cuatro sujetos masculinos por uno femenino (citado en Farre y Narbona, 1989).

Por tal motivo, es importante capacitar sobre este trastorno a las personas que tengan contacto con estos niños para una oportuna y detección.

CAPITULO 2.

2. ETIOLOGIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

No se han identificado, de forma precisa, los factores que lo originan. La opinión de los especialistas es que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno sus efectos propios pero en una actuación conjunta.

A continuación mencionaremos los estudios y opiniones de diferentes especialistas para determinar las causas de este trastorno:

Sattler (1982) explica que existen diferentes corrientes y teorías que explican las causas desde distintas posturas: Los que señalan una base biológica y los que señalan a los factores ambientales como causantes de este trastorno (Kirby, 1992).

2.1 Causas con bases biológicas.

a) Complicaciones en los periodos prenatal, perinatal y postnatal.

Se menciona la influencia de factores biológicos como causas del TDAH, las complicaciones surgidas en el periodo prenatal, el perinatal y el postnatal, han sido relacionadas con los trastornos de conducta infantil.

Velasco (2000), al respecto, hace una división muy importante, considera que las causas pueden ser prenatales, perinatales, o postnatales.

Prenatales: Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola, toxoplasmosis, anóxia (falta de oxígeno) del producto "in útero" producida por alguna de las siguientes situaciones: anemia grave de la madre, hipotensión, hemorragia cerebral en el producto, exposición excesiva a los rayos X, etc.

Perinatales: Anoxia del neonato producida por las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria, mal uso de sedantes o anestésicos administrados a la madre, todos los partos complicados.

Postnatales: Enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina, la encefalitis, la meningitis, los traumatismos craneanos.

b) Disfunción cerebral y del sistema nervioso central.

Manga (1997) expone la propuesta de dos autores Luria (1974) y Barkley (1994) en donde se mencionan los hallazgos más consistentes sobre la naturaleza del TDAH. Relacionan este trastorno con una pobre inhibición de respuesta por parte de quienes lo padecen o lo que es lo mismo una alteración, al responder con demora. Barkley (1994) menciona que tal alteración en la demora de la respuesta (o en la inhibición de la respuesta) puede reducirse a tres síntomas primarios o esenciales del TDAH: La inatención o pobre atención sostenida, la impulsividad y la hiperactividad, las que pueden interpretarse como resultado de la pobre inhibición de respuesta.

A juicio de Barkley (1994) el TDAH es, probablemente, un trastorno de los lóbulos frontales (prefrontales) implicando, sobre todo, el área orbitofrontal y sus conexiones con los ganglios basales y el sistema límbico. El córtex orbitofrontal media en la respuesta retardada y regula así diversas capacidades cognitivas (citado en Manga, 1997).

Luria (1974) también encontró una alteración en la " regulación verbal del acto motor", la inclusión del lenguaje en la práctica del niño, es decir, la capacidad para

regular verbalmente el acto motor, atraviesa varios estadios que concluyen al término del periodo escolar. Desde una perspectiva del desarrollo, la regulación de la conducta de los niños está dirigida, al principio, por el lenguaje de los adultos, mientras que en una segunda etapa de la regulación depende de la manifestación externa del lenguaje propio, para transformarse, progresivamente, en lenguaje interno (Manga,1997).

Así describe Luria (1974) la formación de un proceso tan complejo como es la acción voluntaria autónoma “que es, por esencia, la subordinación de la acción no ya al lenguaje del adulto sino al propio lenguaje del niño”. Al intentar aclarar cuáles son los mecanismos cerebrales que garantizan el papel regulador del lenguaje, al principio externo y más tarde interno, Luria (1980) dice que son los mismos que sustentan los aspectos sonoros o semánticos de los procesos verbales. Los sectores temporales del hemisferio izquierdo sustentan la función de la audición fonética; las zonas post-centrales del mismo hemisferio garantizan la base cenestésica del lenguaje, o formación de articulemas (Manga, 1997).

Son los lóbulos frontales los que tienen una importancia decisiva para garantizar la función reguladora del lenguaje y, por tanto, la organización del acto voluntario, si bien los mecanismo fisiológicos aún no están aclarados (Manga, 1997).

Esta función reguladora o pragmática del habla se vincula con la intención consciente de la acción y con la regulación del sistema de activación reticular por el cortex. Luria (1980) subraya que el papel de los lóbulos frontales en la regulación de movimientos y acciones voluntarias surgen, en gran parte, como consecuencia de un plan formado con la íntima participación del habla, que formula el propósito

de la acción e indica los pasos a seguir; el habla cumple una función de monitorización durante la realización de acciones voluntarias complejas. Los lóbulos frontales mantendrían el papel dominante del programa que se esté realizando e inhibiría acciones irrelevantes o inapropiadas (Manga, 1997).

Aún no están suficientemente aclaradas las bases neurológicas de este trastorno, pero los estudios neuropsicológicos pueden ayudar a establecer qué funciones corticales quedan afectadas selectivamente por este trastorno.

c) Causas genéticas y perturbaciones metabólicas.

Los factores genéticos.

Los TDAH suelen ser heredados. Al menos uno de cuatro niños con este problema tienen un progenitor que lo sufre o lo sufrió.

Las evidencias surgidas en las investigaciones realizadas señalan que entre el 20% y el 32 % de los parientes en primer grado (padres y hermanos) del paciente presentan el mismo trastorno, La concordancia encontrada en un estudio realizado sobre 127 pares de gemelos monocigóticos y de 111 dicigóticos, fue, para los primeros, el 51% y del 33% para los segundos (Robin, 1998).

Causas hormonales.

Cosgrove (1997) menciona que se han detectado anomalías en los neurotransmisores (disfunción noradrenérgica), así como bajos niveles de dopamina en el Líquido Cefalorraquídeo. Estudios de flujo cerebral evidencian disminución del flujo en lóbulo frontal, lo cual podría indicar que la desinhibición estaría relacionada con la disfunción de dicho lóbulo. Desde el punto de vista neuroquímico, la respuesta

positiva de los niños hiperactivos a los fármacos estimulantes apoya la hipótesis de una deficiencia en la producción regulada de importantes transmisores cerebrales (la dopamina y la noradrenalina). Esta deficiencia hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas. Los niños hiperactivos por tanto, mantienen un estado de hipervigilancia, es decir, reaccionan de forma más exagerada a estímulos sensoriales que no despertarían semejante reacción en niños no hiperactivos.

Se ha señalado que la medicación produce una mejora inmediata porque el metilfenidato y la dextroanfetamina facilitan la acción de la dopamina y liberan noradrenalina, permitiendo ajustar ese desequilibrio en el umbral de estimulación, lo que se traduce en una mejoría en la atención y una disminución de la hiperactividad motriz (Romeu, 1999)

2.2 Causas por factores ambientales.

a) Factores alérgicos.

En lo que se refiere a factores alérgicos, Velásquez (1998) menciona que algunos alimentos que contienen colorantes, ciertos conservadores y salicilatos naturales provocan hiperactividad. En la actualidad existen 65,000 siendo que,1600 salen del alquitrán de hulla.

Dicho autor, no los considera como la causa o el origen, pero si un factor precipitante. La ingesta de alimentos industrializados, que comenzó en la década de los 50 (1959) con la gran industria de los enlatados con preservativos, aditivos, colorantes y sabores artificiales, con aproximadamente 359 aditivos.

Muchas personas son sensibles a los siguientes químicos:

1. **La Eritrosina colorante rojo** produce: fototoxicidad, aumenta la actividad de la hormona tiroidea hasta niveles altos produciendo hipertiroidismo. Se encuentra en las fresas enlatadas, gelatinas de fresa, galletas y cerezas escarchadas.
2. **Azul Pateen V colorante violeta azulado oscuro** produce: hinchazón, hipersensibilidad en la piel, urticaria, conmoción, problemas respiratorios y temblores.
3. **El caramelo producido por amoníaco**, produce deficiencia de vitamina B-6
4. **Colorante negro PN**, produce quistes intestinales.
5. **Ácido Benzoico** (sintético o artificial) produce desordenes neurológicos se encuentra en las cervezas, mermeladas, cremas para postres y purés de frutas.
(Velazquez, 1998)

Uno de los tratamientos más conocidos referido, es la **Dieta Feingold**, denominada así por el médico que la ideó. Se basa en evitar, completamente, los alimentos que contengan colorantes artificiales, determinados conservantes y salicilatos . Evitar comer una amplia variedad de alimentos procesados y congelados. La principal desventaja de la **Dieta Feingold** es psicológica, ya que requiere de mucho tiempo para su preparación y no es popular entre los niños, porque la mayoría de los dulces y las comidas que les gusta están prohibidas (Taylor, 2000).

Por el momento, no queda claro el mecanismo que relaciona la dieta con el TDAH, pero se sospecha que existe cierta relación entre las alteraciones de la conducta y la alergia a determinados alimentos ya que sus efectos influyen en la conducta disruptiva del niño. Aunque es difícil evitar estos alimentos en la dieta del niño, ya que forman parte de su alimentación diaria, sin embargo, pueden irse sustituyendo por una alimentación más natural y equilibrada.

En cuanto a lo que se refiere a la **intoxicación por plomo** Gargalo (1991) menciona, que el plomo es tóxico para el sistema nervioso y puede causar encefalopatía grave. La intoxicación por plomo puede causar, fácilmente, la muerte y cuando se sobrevive, puede dejar daños neurológicos permanentes, así como un grave deterioro cognitivo y de conducta.

El autor antes mencionado añade, que, la presencia de niveles altos de plomo pueden provocar problemas cognoscitivos o de conducta en los niños escolares, o al menos contribuir a estos.

b) Causas psicosociales.

Por último, mencionaremos otro factor importante dentro de las causas del TDAH y este es el ambiente social y psicológico en el que se ha desarrollado el niño.

Gargallo (1991), opina que, algunos niños nacen con una constitución especialmente predispuesta a la hiperactividad o de alto riesgo, debido a un sistema nervioso delicado o a un temperamento difícil; su medio ambiente familiar será importante para el desarrollo o no de la hiperactividad. Cabe mencionar que, en muchos casos, aún con un sistema familiar adecuado, las causas biológicas son inminentemente más poderosas.

Taylor (1991) menciona los siguientes factores psicosociales que podrían ser causa de hiperactividad.

- **Factores situacionales y personales**
- **Desavenencia familiar y agresividad.**
- **Institucionalización y relaciones familiares.**
- **Enfermedades psiquiátricas de los padres.**

- **Los estilos educativos.**- Los padres de niños hiperactivos suelen emplear el castigo como técnica de control de la conducta del niño, son pesimistas y poco participativos, evalúan más negativamente las capacidades intelectuales de sus hijos, ejercen menos presión sobre el desarrollo académico del niño (Lautrey, 1985).

Para concluir el presente capítulo es importante tener en cuenta que no se ha encontrado una causa que sea la determinante de dicho trastorno, por lo tanto, cualquiera de los factores mencionados anteriormente pueden ser la causa del TDAH así como también pueden ser varios de ellos para ciertos casos.

CAPITULO 3.

3. SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Es importante que se conozca y se tengan presentes las características del Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad, para no caer en el error de que todo niño que es inquieto se le etiquete como TDAH. Por lo que resulta imprescindible adoptar pautas comunes para identificar a los niños con TDAH de otros con diferentes problemas.

A continuación se hará una descripción de los síntomas que algunos autores consideran propias del TDAH.

Heward (1998) indica que las características conductuales principales de los niños con TDAH están clasificadas en el **Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV 1994)** de la **American Psychiatric Association** describiendo como principales síntomas : **el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad** y como síntomas asociados problemas interpersonales. Se muestran impacientes, son desobedientes y con frecuencia inician peleas o discusiones con los hermanos, sufren accidentes o caídas de peligro, tienen baja autoestima y problemas de aprendizaje.

Dependiendo de los síntomas que el niño presenta se clasificará en los siguientes subtipos que señala el DSM-IV (1994).

- TIPO 1.— Reúne los criterios del predominio de la inatención.

- TIPO 2 .- De predominio de la Hiperactividad - impulsividad.
- TIPO 3 .- De tipo combinado los criterios de dos primeros tipos.

Se deben encontrar en el niño seis o más síntomas, ya sea de déficit de atención o de hiperactividad - impulsividad durante un período de 6 meses, por lo menos (Heward, 1998), véase, anexo 2.

Otros autores como Kirby (1992) y Orjales (1998) han optado por describir el TDAH por el tipo de problemas que presenta estos niños; de tipo conductual, cognitivos o de aprendizaje o de relaciones interpersonales.

3.1 Problemas conductuales.

a) Conducta desatenta. – la falta de atención tiene manifestaciones conductuales cuyo origen puede radicar en un deficit cognitivo o por falta de motivación para realizar las tareas. En los niños con TDAH se presentan ambos eventos. Shroyer y Zentall (1986) encontraron en sus investigaciones que los niños hiperactivos tienen más problemas de conducta cuando la información es repetitiva mas que cuando es novedosa. Cuando las tareas son repetitivas y aburridas se distrae continuamente, porque le cuesta más trabajo mantener la atención surgiendo la desmotivación que tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos (citado en Orjales, 1998) véase anexo 3.

b) Conducta hiperactiva y falta de autocontrol.– Una de las características del niño con TDAH, es la excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y su nivel madurativo. Este exceso de actividad motriz se manifiesta, normalmente, por una necesidad de moverse constantemente y por falta de autocontrol corporal y emocional.

En la mayoría de los casos la inquietud motora desaparece una vez entrada la adolescencia, mientras que los problemas de atención y la impulsividad persisten hasta la edad adulta. Cuando la conducta hiperactiva es muy exagerada puede resultar incompatible con el aprendizaje escolar y deteriorar las relaciones con su entorno (Orjales, 1998) véase anexo 3.

c) Conducta impulsiva .– Se manifiesta por falta de control motriz y emocional, que lleva al niño hiperactivo a actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones llevado por un deseo de gratificación inmediata .

La impulsividad conductual está ligada con el grado de tolerancia a la frustración, es decir, con el umbral a partir del cual un niño es capaz de valorar una experiencia como frustrante, los niños hiperactivos manifiestan un bajo umbral de frustración. Este bajo grado de tolerancia a la frustración está muy relacionado con la forma en que han sido educados en su familia (Orjales, 1998) véase anexo 3

3.2 Problemas en el funcionamiento cognoscitivo.

Molina (1997) señala que la atención es necesaria para procesar la información que recibimos del entorno. Es un proceso lento, secuenciado que requiere de esfuerzo, por tal motivo la conducta del niño con TDAH tiene un origen cognoscitivo que repercute en su aprendizaje.

La atención es una condición esencial para el aprendizaje, por eso necesario conocer algunas definiciones del proceso normal de la atención, como un fundamento para detectar cuando este proceso tiene alguna desviación.

La atención fue definida por Williams James (1899) como una actividad selectiva regulada por la necesidad del propio organismo.

Para Pinillos (1975) es un proceso de focalización perceptiva que incrementa la conciencia clara y distinta de un núcleo central de estímulos, en cuyo entorno quedan otros más difusamente percibidos.

La neurología aportó el término *vigilancia* (Mackwordth, 1923) para referirse a la disposición del organismo para responder eficazmente, de donde pasa a los temas atencionales (citados en Pinillos, 1975).

Los cambios ambientales son otros factores importantes para mantener la atención, Mackwordth y Loftus (1978) señalan que el cambio, el contraste y la incongruencia son la fuente básica de la atención. Rápidamente nos habituamos a los estímulos predecibles e inmutables (citados en Coon, 1999).

A continuación se describen los problemas de déficit de atención que presentan los niños con TDAH.

a) Dificultad en la atención controlada frente a la automática.- Cuando una tarea es nueva o no ha sido bien aprendida realizamos un procesamiento controlado, toda nuestra corteza cerebral está concentrada en la realización de la tarea y eso requiere un esfuerzo. Cuando la tarea no es difícil o ya s es conocida, podemos relegar esa función a sistemas automáticos realizando un menor esfuerzo.

El niño con TDAH parece tener más dificultades en adaptar una tarea a nuevas consignas y mantener un buen rendimiento cuando la tarea es compleja. (Orjales, 1998).

b) Dificultad para procesar varios estímulos de forma simultanea.

La **atención selectiva** se refiere a la habilidad de una persona para responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación y, pasar por alto o abstenerse de

hacer caso, de aquellos que sean irrelevantes (Jhonston y Dark, 1986). Los niños Con TDAH a menudo están fuera de la tarea o se fijan en circunstancias del aula ajenas a la labor que supuestamente deberían realizar (Kirby, 1992).

c) Dificultad para mantener la atención sostenida

Es la atención que tiene lugar cuando un individuo debe mantenerse conciente de los requerimientos de una tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo, atención durante un periodo determinado (Douglas, 1980).

Las dificultades en los procesos de alerta, vigilia y en la incapacidad para inhibir la distracción en las tareas que demandan un proceso continuado, se han estudiado por medio de investigaciones como las de Halpering (1990) quienes encontraron que el 47.4% de los niños hiperactivos se mostraron inatentos en pruebas que exigen atención continua, mientras que sólo un 13.6 % de los niños normales tenían este tipo de dificultad (citado en Kirby, 1992).

Es esencial comprender los aspectos de atención, cognoscitivos y de motivación de la atención sostenida, para poder entender las dificultades académicas y sociales de los niños con TDA. Douglas (1980) han estudiado, ha fondo, esta clase de atención y, sistemáticamente, han examinado los estilos de aprendizaje y ejecución de estos niños en una gran diversidad de tareas y analizado las variables de facilitación e inhibición básicas para tener éxito en actividades relacionadas con la atención sostenida (Kirby, 1992). Véase, anexo 4.

d) Dificultad para atender a estímulos que aparecen con una frecuencia lenta.— Los niños hiperactivos responden igual de bien que los no hiperactivos

cuando la señal a la que tienen que responder aparece de forma rápida (por ejemplo: 30 veces por minuto) y cometen más errores cuando el estímulo aparece en forma lenta (3 veces por minuto). Este descubrimiento reciente, otorga una explicación razonable de porque algunas investigaciones no constataban un deterioro en el rendimiento de los niños en función del paso del tiempo (Orjales, 1999).

e) Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma más superficial.- La información es aprendida y recordada más fácilmente, si ha sido procesada de forma significativa y durante un largo período de tiempo. Por el contrario, si la información ha sido procesada sin sentido, demasiado rápidamente o de forma desorganizada, se almacena de forma temporal en la memoria inmediata y no llega a almacenarse en la memoria a largo plazo. Los niños con TDAH procesan la información de forma superficial y desorganizada, utilizan para aprender estrategias de aprendizaje simples y sin relación con la información recibida, por lo que tienen dificultades en el aprendizaje (Orjales, 1999).

f) Eventos cognoscitivos.- Se refieren a ideas automáticas que caracterizan e influyen en la conducta y los sentimientos de una persona. A menudo, son inconscientes o preconscientes, en el sentido de que uno no los genera regularmente ni los vigila de manera intencional (Meichenbaum, 1977). Sólo cuando se rompe una rutina o el individuo debe elegir en circunstancias nuevas o inciertas se adquiere conciencia y se comienza a vigilar estas ideas automáticas, una vez interrumpidas, se vuelven más gramaticales, con sujeto y sintaxis verbal, en su estado natural continuo son más similares a mensajes "telegráficos" Vigotski (1962).

condiciones normales, los pensamientos automáticos se encargan de proporcionar señales lingüísticas preconcientes o imágenes visuales que más adelante desempeñan una función esencial en la autorregulación de la afectividad y conducta, por medio del dialogo interno. Los niños con TDAH no son hábiles en el uso intencional del dialogo interno, por lo que tienden a tener problemas en tareas y situaciones que requieren esfuerzo sostenido, autorregulación y autocontrol (Kirby, 1992).

g) Procesos cognoscitivos y metacognoscitivos.— Michenbaum (1985) señala que este término se refiere a la manera como automáticamente en forma Inconsciente procesamos información, que incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento, además de procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos conforman las representaciones y los esquemas mentales, el conocimiento personal de estos procesos cognoscitivos, así como, la habilidad para controlarlos y evaluarlos constituye la metacognición, que representa una interfase entre aquello que normalmente se encuentra fuera de la esfera conciente y lo que es susceptible de evaluarse, investigarse y entrenarse (Kirby, 1992)

Los niños con TDAH tienen poco desarrollado estos procesos cognoscitivos, tales como buscar indicaciones de memoria, realizar inferencias y desarrollar estrategias cuando se observa a estos niños como enfocan algunos problemas, como son: relacionar figuras y detectar imágenes ocultas, las cuales requieren procesos cognoscitivos que consisten en dirigir una búsqueda sistemática, formular y probar hipótesis, suelen emprender estas tareas de modo impulsivo, toman decisiones en forma rápida e incorrecta, hacen poco esfuerzo y tienen escaso interés por escoger con cuidado la respuesta acertada.

h) Estructuras cognoscitivas.– Michenbaum (1985) las define como las suposiciones, creencias, los cometidos y significados tácitos que influyen en las formas habituales de percibirse a sí mismo y al universo, operan a nivel inconsciente , son altamente independientes y, quizá, están ordenadas por jerarquías. Los esquemas son organizaciones mentales, la experiencia repercute en el modo como se procesa la información y se organiza la conducta, pueden generar procesos y sucesos cognoscitivos y afectivos y, a su vez, pueden ser desarrolladas y modificadas por procesos y sucesos en curso. Los niños con TDAH tienden a vivir en el momento presente sin reflexionar acerca de lo que acaba de suceder o pensar en lo que podría ocurrir (Kirby, 1992).

Duglas y Peters (1979) señalan su propensión a no ver ni escuchar con cuidado, ni meditar acerca de sus experiencias con cierta profundidad, es lo que no permite que se fijen esquemas ricos, sutiles y complejos, lo cual, a su vez, obstaculiza la realización eficaz de operaciones perceptivas y cognoscitivas y el ciclo se repite continuamente (citado en Kirby, 1992)

i) Aspectos motivacionales de la atención.

Douglas (1984) hace referencia a la necesidad de motivación interna que, en general, requieren las tareas escolares. Los niños con TDAH sufren repetidamente dificultades ante las tareas académicas y, como consecuencia, su actitud puede ser de desánimo y renuncia. Estas situaciones no proporcionan una buena base para que la motivación interna surja y se desarrolle, el fracaso repetido desarrolla conductas de evitación, lo que aumenta los problemas de atención, concentración, e impulsividad, de esta manera el ciclo se reactiva (Citado en Molina, 1997).

3.3 Problemas interpersonales.

Greg (1995) menciona que, emocionalmente, los niños con TDAH muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás. Se muestran tercos, mal humorados con frecuencia parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada, dificultades para establecer relaciones emocionales satisfactorias, no solo ponen barreras para relacionarse amigablemente, sino que llegan a ser hostiles y agresivos.

a) Problema de Interacción familiar.

El modo más eficaz de prestar ayuda a los niños con TDAH empieza por mejorar el clima familiar, eliminar las interacciones negativas entre adultos y niños, de esta forma, se evitan las experiencias de fracaso y rechazo que éstos niños sufren habitualmente, aunque no basta con esforzarse en ser más tolerantes y pacientes, es aconsejable adoptar normas apropiadas de actuación que incluyen tanto establecer reglas explícitas para regular la convivencia como administrar castigos, cortos, pero eficaces (Renshaw, 1977).

b) Problemas de Interacción en la escuela.

Cuando se trata de reducir y controlar el comportamiento de los niños con TDAH en el colegio, es imprescindible que los maestros implicados observen actitudes favorables, positivas y diseñen un sistema de aprendizaje escolar que tenga en cuenta las habilidades, destrezas y limitaciones que presentan estos alumnos. Para facilitar la tarea de los maestros se recomienda: mostrarse firme y seguro cuando se

han de cumplir las reglas y normas escolares, relacionarse con los alumnos de forma tranquila y relajada, transmitir confianza en los progresos y habilidades del niño, proponer tareas para que las realicen los niños hiperactivos, fomentar actividades como escuchar narraciones y, después, pedir a los niños que resuman y describan lo sucedido.

Concluyendo, las pautas para identificar los síntomas del TDAH actualmente están clasificadas en el DSM - IV (1994) donde se describen como principales síntomas: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad; los síntomas asociados son: problemas de interrelación personal, impaciencia, desobediencia, agresividad, baja autoestima y problemas de aprendizaje.

Otros autores como Kirby (1992) y Orjales (1998) describen el TDAH desde un enfoque cognitivo-conductual que permite comprender mejor los problemas de tipo conductual, cognitivo e interpersonales del niño.

Cuando se han identificado los principales síntomas se le comunica a los padres, orientándolos para que consulten a un especialista quién determinará el diagnóstico y tratamiento.

CAPITULO 4.

4. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Un problema al que se enfrenta el psicólogo y el maestro es la falta de instrumentos que les permita la detección y diagnóstico de los niños con TDAH dentro del ambiente escolar.

El diagnóstico es un proceso de recolección de información que usa diversas técnicas, instrumentos y procedimientos que tienen como propósito la emisión de un dictamen u opinión calificada acerca del estado actual del sujeto (Martínez 1988).

Martínez (1988) menciona tres tipos de diagnósticos:

1. **Diagnóstico diferencial**, donde se compara al sujeto con un estándar o norma. Este diagnóstico se deriva del modelo médico, el cual toma los síntomas o conductas como resultado de causas internas, de tipo orgánico, por lo cual, se encuentra orientado a la atención de las causas como medio para que desaparezcan los síntomas.
2. **Diagnóstico funcional**, a través del cual se compara al sujeto consigo mismo.
3. **Diagnóstico descriptivo**, a través del cual se reporta objetivamente la conducta observada.

Para realizar el diagnóstico de TDAH se identificarán los síntomas y conductas anómalas que estén presentes, describiendo la conducta observada lo más objetivamente posible. Uno de los instrumentos más utilizados para el diagnóstico son los criterios diagnósticos del DSM-IV (1994).

4.1. Criterios Diagnósticos del DSM-IV (1994). En donde el TDAH está clasificado dentro de las categorías de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Los principales síntomas son los siguientes:

A, (1) o (2)

(1) Seis (o más) de los síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención:

a) Frecuentes dificultades para la atención en los detalles o errores por falta de cuidado en trabajos escolares u otras actividades.

b) Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas (juegos)

c) A menudo no escucha lo que se le dice.

d) Dificultad para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo, o error de comprensión).

e) Dificultad para organizar tareas y actividades.

f) Evita las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, o muestra un intenso disgusto ante ellas.

g) A menudo pierde las cosas necesarias para una tarea o actividad escolar (por ejemplo: juguetes, lápices, libros, deberes).

h) Fácil distractibilidad por estímulos ajenos a la situación.

i) Olvidos frecuentes de sus obligaciones diarias.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de **Hiperactividad-impulsividad**.

Hiperactividad –Impulsividad.

a) Hiperactividad.- Inquietud frecuente, que se aprecia por movimiento de manos o pies o por moverse en el asiento.

b) Dificultad para mantenerse sentado cuando la situación lo requiere.

c) corretea, sube a sitios inapropiados (en los adolescentes puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia e inquietud).

d) Dificultad para jugar con tranquilidad o en juegos pacíficos.

e) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

a) Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.

b) A menudo interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros niños; (por ejemplo: interrumpiendo el juego que han comenzado y tiene dificultad para aguardar turno en los juegos o situaciones de grupo).

Se definen varios subtipos para el diagnóstico: Con síntomas predominantes de desatención, con síntomas predominantes de hiperactividad-impulsividad, con ambos tipos de síntomas, no especificado. Véase anexo 2.

4.2 Participación de padres y maestros en la detección del TDAH.

Orjales (1999) refiere que padres y profesores son dos figuras claves para la detección de los niños con TDAH, que necesitan asesoramiento profesional. Para recoger, de forma objetiva, la información propone evaluar estos síntomas por

medio de las Escalas de Validación Conductual de Conners (Conners, 1969), para su elaboración se tomaron en cuenta los criterios de la Sociedad Americana de Psiquiatría descritos en el DSM - IV (1994).

Las Escalas de Validación Conductual de Conners, las elaboro Conners en el año de 1969 con la finalidad de que padres y maestros evaluaran los cambios de conducta de los niños hiperactivos que recibían tratamiento con psicofármacos.

Validación de la Escala de Conners para maestros.

Conners (1969) enfatiza que los especialistas confrontan la responsabilidad de fallar al detectar alteraciones significativas de conducta, debido a las múltiples respuestas circunscritas del niño en un ambiente atípico (ejemplo, consultorio médico) ya que tienen muy pocos datos para la medición o muestreo confiable de la conducta. Por estas razones, las mediciones derivadas de las observaciones del maestro son especialmente valiosas durante la terapia con psicofármacos.

El maestro tiene un periodo largo para observar al niño en una variedad de situaciones, puede compararlo a él con un número estándar establecido de las numerosas observaciones en niños normales. El niño es confrontado con tareas diarias apropiadas a su edad y experiencia previa y debe funcionar en un sistema social complejo, presentando muchos problemas de adaptación que los maestros se acostumbran a observar.

Los maestros son capaces, frecuentemente, de hacer observaciones inteligentes, sobre las habilidades de los niños para convivir con sus compañeros y con las demandas del programa de estudio, Conners (1969) señala que una de las finali-

lidades de su investigación titulada: **A Teacher rating scale for use in drug studies with children**, fue proveer información sobre la estructura, confiabilidad, validez y sensibilidad de **La Escala de Clasificación del Maestro**, concluyendo que es útil como una medida sencilla, económica y válida en estudios de niños hiperactivos tratados con psicofármacos. Para ser utilizada por los maestros, sería indudablemente mejorada con la inclusión de otros puntos que los maestros observen (Conners, 1969).

Farré y Narbona (1989) realizaron una investigación titulada, **Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio**, cuyo objetivo fue realizar la adaptación en castellano y la tipificación de las escalas de Conners sobre una muestra de 561 escolares panploneses varones con edades comprendidas entre los 6 y 8 años (ciclo inicial de Educación Básica General), el cuestionario posee dos versiones a contestar, respectivamente por los padres y por los profesores basada en los cuestionarios de Conners.

los resultados encontrados fueron los siguientes: La puntuación crítica referida a la conducta de inatención e hiperactividad se sitúa en 18 (media +2ds). Superaban esta puntuación, simultáneamente, en el cuestionario de padres y de profesores 0,81 por ciento de los sujetos; esta cifra es congruente con los índices de incidencia actuales del síndrome déficit de atención, usando criterios estrictos, en países latinos y angloparlantes. Se observó una buena correlación entre las puntuaciones atribuidas por padres y profesores. Asimismo, existe una correlación negativa entre las puntuaciones sobre los cuestionarios y el rendimiento escolar en primer ciclo de Escuela General Básica.

Lo autores concluyen: Las escalas de conducta de Conners, son instrumentos útiles para detectar escolares hiperactivos y con síndrome por déficit de atención, subrayando sus limitaciones, que deben ser obviadas mediante los exámenes neurológicos y psicopedagógicos oportunos en los sujetos afectados (Farré, y Narbona ,1989).

Derivadas de sus investigaciones, Farré y Narbona (1989) elaboraron una versión castellana de las escalas de Conners, para obtener los índices de hiperactividad y déficit de atención. Redujeron estos cuestionarios a versiones más simplificadas, para ser valorados por padres y maestros.

El cuestionario para maestros, evalúa el comportamiento del niño en la escuela, su participación en grupo y su comportamiento ante la autoridad. En la forma actual consta de 28 preguntas. En esta prueba se incluyen cuestiones sobre los síntomas primarios y asociados, se diferencian cuatro áreas: **hiperactividad**, que incluye preguntas referidas a actividad motora; **falta de atención** (se distrae fácilmente, está ensimismado); **impulsividad** (exige inmediata satisfacción de sus demandas), **y problemas de conducta y ansiedad**. El último bloque se refiere a **las dificultades de adaptación y los problemas emocionales asociados**. Adaptado por Farré y Narbona (1989), véase anexo 5.

El cuestionario para padres, reúne actualmente 48 preguntas relativas tanto a la conducta del niño en casa como a dificultades o problemas en control de esfínteres, sueño, etc. Se diferencian cinco áreas denominadas: **problemas de conducta, dificultades de aprendizaje, trastornos psicósomáticos, impulsividad e hiperactividad ansiedad**, adaptado por Farré y Narbona (1989), véase anexo 6.

4.3 Evaluación psicológica.

a) Entrevista a los padres y al niño.

La evaluación psicológica del niño suele comenzar con la entrevista a los padres y, posteriormente, al propio niño.

Moreno (1997) refiere que la entrevista permite un primer acercamiento a los problemas del niño. Cuando los padres son entrevistados informan sobre el desarrollo evolutivo del niño, sus antecedentes médicos y clínicos, rendimiento escolar, dificultades actuales e inicios de las mismas, situaciones ambientales en las que tienen lugar los problemas, frecuencias de aparición, tentativas de solución hasta el momento y resultados que se han obtenido, entre otros aspectos (véase, anexo 7).

La información proporcionada por el propio niño se ha basado en la entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas que detectan déficit perceptivos, cognitivos, de coordinación visomotora y de rendimiento intelectual.

La entrevista al niño, permite conocer la percepción que el niño tiene de su problema y la actitud que tiene respecto al tratamiento.

La entrevista para el niño se ha adaptado a partir de los criterios de diagnóstico del DSM - III para el TDAH (Kirby, 1992). Véase, anexo 8.

b) Aplicación de pruebas psicológicas.

Martínez (1988) señala que la utilización de las pruebas psicológicas en el ámbito educativo obedecen a diferentes objetivos, por lo cual, la elección de una prueba se debe hacer de acuerdo a las variables que se requieran medir para evaluar el funcionamiento escolar del niño.

Con esta finalidad se emplean las siguientes pruebas:

Las Escalas de Inteligencia de Wechsler. Son dos escalas elaboradas por David Wechsler (1939), una para adultos (**Wechsler-Bellevue**) y otra para niños (**WISC**). La escala de inteligencia Wechsler para niños se elaboró con elementos de la escala Wechsler para adultos, con elementos más sencillos del mismo tipo. Consta de doce subtests que se agrupan en una escala verbal y otra escala de ejecución de la siguiente forma:

La escala verbal, está integrada, por los subtests de: Información general, Comprensión general, Aritmética, Semejanzas, Vocabulario y Dígitos.

En la escala de ejecución se agrupan los siguientes subtest: Completación de cuadros, Disposición de imágenes, Dibujos de Kops, Ensamble de objetos, Claves (Anastasi, 1971)

Para el diagnóstico del TDAH se emplea especialmente el subtest de dígitos, que explora la atención sostenida y la memoria auditiva inmediata. Está formado por dos partes, la primera con series de dígitos de 3 a 9, que el niño debe repetir en orden directo, mientras que la segunda parte, con series de 2 a 8 dígitos, que el niño debe repetirla en orden inverso. La presentación de los dígitos es verbal y al ritmo de un dígito por segundo. Otros subtests que resultan difíciles para los niños con TDAH son símbolos en dígitos y aritmética. Estas tres pruebas se conocen como la **triada de la atención**. Kaufman (1979) considera estos subtests como mediciones de la capacidad de no distraerse, también se relacionan con la capacidad de atención y la habilidad para fijar y sostener esta última (Moreno, 1997).

El Test Gestáltico Visomotor de Bender. Fue construido por la psiquiatra norteamericana Laretta Bender (1932). La prueba consta de nueve tarjetas con figuras (dibujos geométricos, puntos y círculos), su aplicación consiste en pedirle a la persona que copie las nueve figuras que el experto le muestra. Para evaluar a través de las reproducciones así obtenidas, cómo ha estructurado la persona esos estímulo perceptuales (Bender, 1975).

Prueba de Figuras Ocultas para niños (Children's Embedded Figures Test).

La prueba de figuras ocultas para niños fue creada por Karp y Konstadt (1971).

Esta prueba evalúa la atención sostenida, su aplicación consiste en solicitarle al niño que localice una forma geométrica determinada, como una tienda de campaña o casa, de entre un complicado arreglo de líneas y formas. Para entresacar la figura-estímulo seleccionada, el pequeño debe esforzarse por encontrarla de manera cuidadosa y organizada. También tiene que inhibir la tendencia a responder a formas que se semejan al estímulo objetivo, pero que son incorrectas (Citado en Kirby, 1992).

Test de Percepción de Diferencias (CARAS) de Thrstone y Yela (1988), evalúa la aptitud para percibir de forma rápida y correcta, semejanzas y diferencias.

En esta prueba se presenta una hoja con dibujos esquemáticos de caras que difieren en la boca, nariz o pelo. El niño debe observar grupos de tres caras y tachar la que considere que es diferente a las otras dos. En versión original se conceden 3 minutos de tiempo para la realización de la prueba. Repáraz (1996) ha actualizado los baremos existentes para esta prueba variando el tiempo

de realización. Este autor considera que tres minutos es poco tiempo para discriminar a los niños con déficit de atención de los niños sin este trastorno porque es a partir de los tres primeros minutos de realización cuando se alcanzan diferencias significativas entre ambos grupos en la mayoría de las pruebas de atención continua. En base a esto, decidieron registrar la realización a los 3, 5 y 6 minutos (Citado en Orjales, 1998).

4.4 Diagnóstico Diferencial del TDAH.

En algunas ocasiones, es necesario realizar un **diagnóstico diferencial**, cuando el diagnóstico del TDAH no es muy claro o se confunde con otros trastornos, en especial, con los siguientes problemas: Trastornos de conducta, Problemas de aprendizaje.

A) Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad o Trastorno de Conducta. Conte (1999) se pregunta si el TDAH es la misma cosa que un Trastorno de Conducta o es un trastorno diferente. Se han encontrado que entre en 30 y el 65% de los niños diagnosticados con TDAH también cumplen los criterios para el Trastorno de Conducta. Este gran solapamiento entre ambos trastornos ha llevado a algunos autores a creer que el TDAH y el Trastorno de Conducta son el mismo padecimiento, sin embargo, mientras **los principales síntomas del TDAH son la inatención, hiperactividad e impulsividad** en el Trastorno de Conducta su principal característica es la falta de respeto a los derechos básicos de los demás. Es más probable que existan problemas familiares cuando ambos trastornos están presentes que cuando existe sólo el TDAH, lo que indica, que existen factores etiológicos diferentes para ambos

trastornos aunque en gran medida se solapan (Manga, Fournier y Navarredonda, 1995).

Kirby (1992), al respecto, informa que se compararon puntuaciones en las escalas de hiperactividad y agresividad del Cuestionario de Achenbach de Conducta Infantil, de niños con TDAH, con las de un grupo de chicos que habían sido referidos a un programa de orientación familiar para niños agresivos y fuera de control aunque estos últimos eran más agresivos y menos hiperactivos que los primeros, no se observaron diferencias, pero al analizar con detenimiento los antecedentes de estos dos grupos, parecieron detectarse divergencias importantes. Con mucha frecuencia, los niños agresivos provenían de hogares caóticos, donde se recurría al castigo físico y había modelos de violencia, los tipos de conducta agresivas mostradas, por ambos grupos, fueron asimismo cualitativamente distintos.

En tanto que los niños del programa de orientación familiar manifestaban agresividad premeditada a base de ira, con elementos de poder y venganza, los chicos con TDAH, más a menudo, parecieron efectuar actos esporádicos y no premeditados de agresión sin base emocional.

Prinz (1981) elaboraron un Cuestionario de Conducta Diaria (Daily Behavior Checklist, DBC) para diferenciar entre niños hiperactivos y agresivos (citados en Kirby, 1992) Véase anexo 9.

Este cuestionario es útil para distinguir entre las conductas hiperactivas y las conductas agresivas, teniendo en cuenta que el tratamiento utilizado en los niños de TDAH, surtirá poco efecto en un niño hostil - agresivo.

Trastornos Hiperactivos asociados con Dificultades de Aprendizaje.

En la práctica clínica puede observarse, con frecuencia, la asociación entre el trastorno hiperactivo y las dificultades del aprendizaje y, al existir factores comunes subyacentes a tal asociación, es necesario más trabajo para esclarecer la naturaleza del funcionamiento cognitivo y del rendimiento académico en niños con Trastornos Hiperactivos o con Dificultades de Aprendizaje o con ambos Cantwell y Baker (1991) (citado en Manga 1997).

Douglas y Peters (1979) presentan un modelo contrastante del desarrollo de problemas de aprendizaje para los niños con este tipo de problemas. La predisposición básica es hacia un problema específico, tal como de procesamiento lingüístico o auditivo. Esta predisposición provoca, directamente, fracasos y la consecuente evitación de conducta de aprendizaje, seguida de dificultades parciales o secundarias de distracción, falta de concentración, inquietud e impulsividad. El TDAH suelen observarse a edad temprana, en tanto que para los problemas de aprendizaje se perciben hasta que inicia la educación formal (citado en Manga 1997).

4.5 Comorbilidad.

Milstein, Wilens, Biederman y Spencer (1998) refieren que en los últimos años se ha demostrado que el TDAH se presenta en alta proporción asociado con otros trastornos psiquiátricos como: la Depresión Mayor en un 30%, Trastornos por Ansiedad en un 25%, Conducta disocial en un 20-40% y Problemas Específico de Aprendizaje en un 20%, así como, las dificultades con el aprovechamiento escolar, que tienden a confundirse, muchas veces, con problemas de conducta que requieren diagnóstico diferencial para su tratamiento (Michanic, 1996).

Investigaciones realizadas en Australia entre los años de 1993 - 1994 han demostrado que la ansiedad en los niños con TDAH está asociada a tratamiento con psicoestimulantes (Doogue,1999).

Concluyendo, la integración del diagnóstico del TDAH se realiza por los especialistas con base en: La identificación de los síntomas descritos en los Criterios Diagnósticos del DSM - IV, apoyándose en los datos que se obtienen a través de la observación del niño y la información proporcionada por las entrevistas realizadas a padres y niño, así como el informe de los resultados de las pruebas psicológicas. Otras fuentes de información importantes para el especialista son los padres y maestros a quienes se les aplican las Escalas de Validación de Conducta de Conners revisada por Farré y Narbona (1989).

Con toda la información recabada acerca del niño, si se confirma el diagnóstico del TDAH se inicia el tratamiento por el equipo multidisciplinario (médico, psicólogo, maestro, trabajadora social) con la colaboración de los padres y maestros.

En caso de no ser confirmado dicho diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, se realiza el diagnóstico diferencial, para saber que trastorno es el que prevalece, para su tratamiento.

CAPITLO 5.

5. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Actualmente, en el tratamiento del TDAH se combina la medicación y los métodos cognoscitivos-conductuales. Se pretende que los efectos de ambos se sumen y acumulen para lograr una mejoría, estable y sostenida.

5.1 Tratamiento farmacológico.

Herraz (1998) señala que los fármacos no eliminan el TDAH, pero reducen sus manifestaciones. Los objetivos del tratamientos farmacológico son: facilitar el aprendizaje escolar, reducir las conductas hiperactivas, favorecer la relación social al mejorar la autoestima y mitigar el estrés familiar. Los tratamientos farmacológicos deben ser recomendados por el neurólogo o el psiquiatra tras el estudio individualizado de cada niño.

Se basan en el empleo de estimulantes, entre ellos, RITALIN-RUBIFEN (metilfenidato), DEXEDRINA (dextroanfetamina) y, de posterior aparición, CYLER (pemolina). Los porcentajes indican que, aproximadamente, entre un 60-70 y 90 % de los niños tratados con estimulantes mejoran, sobre todo, en cuanto a su atención e impulsividad. El período crítico más adecuado para su administración coincide entre los seis y doce años. No está aconsejado en la adolescencia por posibles riesgos de adicción (Herraz, 1998).

Los efectos secundarios incluyen: insomnio, dolor de cabeza, disforia, perdida del apetito, originando perdida de peso, alteraciones del estado de ánimo (tristeza), sensibilidad a las críticas e irritabilidad. Cuando el tratamiento farmacológico termina, el niño se sentirá capaz de realizar un esfuerzo, es más tolerante a la frustración, tiene hábitos de estudio, estrategias de aprendizaje es reflexivo (Herraz, 1998).

5.2 Tratamiento cognoscitivo - conductual.

Este tratamiento cognoscitivo-conductual se basa en el manejo de las consecuencias ambientales, se utilizan, dos técnicas, las operantes y las cognitivas:

Los métodos operantes, se orientan hacia el control de conductas alteradas y supone, que éstas, dependen de factores, acontecimientos o estímulos presentes en el medio ambiente. Al controlar las circunstancias ambientales, es posible reducir, alterar y mejorar el comportamiento infantil. Se hace especial hincapié en las consecuencias que siguen a un comportamiento cuando aparece. Según este enfoque, las conductas se emiten y mantienen por los efectos que provocan en el ambiente (Marsellach, 1998).

5.2.1 Técnicas operantes

Las técnicas operantes se basan en la administración de refuerzos positivos o Negativos y castigos para controlar la conducta del niño. Las técnicas operantes, como las farmacológicas, tienen la ventaja de que requieren poco esfuerzo por parte del niño, ya que normalmente el educador es el que organiza las recompensas o castigos (Marsellach, 1998)

En la construcción de conductas nuevas mediante técnicas operantes se dispone de dos procedimientos básicos, el moldeamiento y el encadenamiento.

a) Moldeamiento. Es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesario la ocurrencia de alguna conducta previa. Cierta conducta traerá determinado refuerzo, que a su vez, se proporcionará sólo ante tal conducta. El refuerzo, es cualquier objeto o evento que incremente la probabilidad de la conducta que lo precede. Siendo así, lo que hará el reforzamiento es fortalecer la probabilidad de la conducta respecto de cual es contingente (Holland y Skinner 1970).

Puesto que se trata de establecer determinada conducta, que ahora no puede darse, el reforzamiento es selectivo respecto del repertorio disponible. En particular, se empiezan a fortalecer aquellas conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente a la que se pretende conseguir. Sucesivamente, el reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de dicha conducta y de acuerdo, por lo demás, con su variabilidad. De esta manera, el moldeamiento resulta un proceso dinámico, la acción selectiva de las consecuencias transforma la conducta, esto es, la moldea. Mencionaremos algunos ámbitos de aplicación de la técnica de moldeamiento, como: La educación especial, la rehabilitación de funciones motoras, la instrucción académica, la disfunción sexual, y otros (Labrador, Cruzado y Muñoz 1995).

b) Encadenamiento. Es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones de lo que trata es de conseguir una unidad

manera que éstas se subsumen en una nueva conducta. En realidad, lo que se construye es una ceremonia, que si bien se compone de diversas operaciones, lo que importa es su conjunto en orden a un fin determinado (Labrador, Cruzado y Muñoz 1995).

De entrada hay que contar con conductas, que vienen a ser fragmentos de la que vaya a resultar. En términos técnicos, cada conducta del complejo resultante tiene una doble función como estímulo. Esto es, funcionaria, por un lado, en calidad de estímulo discriminativo para la siguiente y, por otro, como estímulo reforzante de la anterior. Finalmente adquiriría la unidad funcional a que se ha aludido. Se ha de decir que el primer componente de la cadena puede ser una instrucción o una regla que diga como se empieza (Labrador y cols. 1995).

Los ámbitos de aplicación de la técnica de encadenamiento, van a depender de que se disponga de los fragmentos para la nueva unidad conductual deseada, sin embargo, se pueden sugerir ciertas áreas en las que con más frecuencia se da la situación para el encadenamiento. Se refieren a la autonomía doméstica, al desarrollo de la fluidez verbal, a ciertos aspectos de la instrucción académica y a otros.

c) Economía de fichas. Es un procedimiento dirigido a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para que de esa forma, controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas. Consiste en la introducción en el medio del niño, de un reforzador artificial generalizado intercambiable por los reforzadores habituales en aquel. La emisión de este reforzador artificial está estrictamente controlada por el modificador de conducta y es contingente a la emisión, por parte del niño de aquellas conductas que se desea incrementar o mantener.

El Objetivo de la economía de fichas es Introducir un nuevo estímulo reforzador, necesariamente un reforzador generalizado, más potente y completamente controlable. Es la alternativa para reorganizar las contingencias ambientales de forma adecuada (Labrador y cols. 1995)

Un ejemplo de cómo emplear esta técnica con los niños con TDAH, consiste en entregar al niño una ficha con valor de un punto cada vez que el profesor o los padres consideren que ha cumplido con la conducta deseada (por ejemplo: trabajar sentado cinco minutos o terminar el trabajo en clase). Las fichas pueden fabricarse de cualquier material y tener cualquier forma o color se utilizan a modo de << monedas de cambio>> los padres o el profesor elaboran una lista de premios en la que figure el número de puntos que se necesitan para conseguirlos. Finalizando un cierto periodo de tiempo (una hora, un día o, una semana) el niño podrá canjear los puntos conseguidos por los premios de la lista o, bien ahorrarlos para conseguir un premio mayor (Orjales, 1998).

d) El castigo, es la retirada de un reforzador positivo (Costo de respuesta) o la presentación de un reforzador negativo a continuación de una respuesta, como la reprimenda o el castigo físico (Hollan y Skinner, 1970)

e) Costo de respuesta o castigo negativo. Es un procedimiento que consiste en retirar algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Es decir se pierden cantidades específicas de un reforzador previamente adquirido por emitir una conducta inadecuada. Puede retirarse cualquier reforzador con tal que se haya constatado que funciona como tal para el sujeto.

Cuando no se ha identificado un reforzador eficaz que pueda ser retirado, se puede dar al sujeto un reforzador adicional que se le retirará conforme emita la conducta indeseada. Así, por ejemplo, Baer (1962) para controlar la conducta de chuparse el dedo de unos niños les ponía una película de dibujos animados (reforzador adicional) que se detenía cuando éstos se chupaban el dedo y continuaba cuando cesaban de hacerlo. Como principales ventajas de este procedimiento se encuentran que produce una reducción de la conducta relativamente rápida y eficaz, con efectos duradero asemejándose en esto a procedimientos aversivos como el castigo (Labrador, Cruzado y Muñoz. 1995).

Este procedimiento es utilizado para controlar conductas inadecuadas de los niños con TDAH, básicamente, consiste en la entrega diaria de una serie de puntos (sin ganárselos) que el niño puede conservar o perder dependiendo de su comportamiento. Cada vez que el niño se comporta de forma inadecuada, pierde una serie de puntos, al final del día, podrá canjear los puntos sobrantes por refuerzos positivos como: tiempo de ocio, actividades divertidas, caramelos, juguetes, ver su programa favorito de televisión etc. (Orjales,1998).

Es importante señalar que, **el costo de respuesta**, al que también se denomina **castigo negativo**, se diferencia del castigo en que este último implica la presentación de un estímulo aversivo para reducir la emisión de la conducta, en vez de la retirada de cierta cantidad de reforzadores. Esto hace que se provoquen menos respuestas emocionales en la persona a la que se aplica y, por tanto, se evitan los posibles efectos negativos de éstas sobre la realización (Labrador y cols.1995).

f) Tiempo fuera de reforzamiento (Time out). Consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener reforzamiento o sacar a la persona de éstas, durante un determinado periodo, de manera contingente a la emisión de la conducta desadaptada. Es una técnica que puede utilizarse cuando se conocen cuáles son los refuerzos que mantienen una conducta, pero no se pueden controlar las fuentes de entrega de estos reforzadores. Es una técnica efectiva en la reducción de la conducta, que ha sido aplicada desde niños de año y medio hasta adultos con retraso mental o trastornos psicóticos. Se ha mostrado eficaz en casos tan diversos como rabietas, peleas en la mesa, robo de comida, conductas destructivas y agresivas, negativismo y desobediencia etc. (Labrador, Cruzado y Muñoz 1995).

Labrador (1995) señala algunas reglas para utilizar el tiempo fuera de reforzamiento, a continuación se mencionan:

- 1.- Utilizar el tiempo fuera de reforzamiento junto con reforzamiento positivo de conductas alternativas.
- 2.- El tiempo fuera se ha de aplicar de forma contingente y consistente, aunque la persona se queje, se resista o prometa comportarse en lo sucesivo de manera correcta.
- 3.- Arreglar un área para que el sujeto pueda ser aislado sin posibilidad de entretenerse o realizar otras conductas que le resulten atractivas. No debe implicar estimulación aversiva, ni debe asociarse a estímulos emocionales (atemorizantes) sólo un sitio en el que no sea posible entretenerse, un sitio aburrido. Al mismo tiempo que modificar el ambiente de forma que facilite el que emita la conducta o conductas apropiadas.

4.- La zona de aislamiento ha de estar en un lugar próximo para que la puesta en marcha del tiempo fuera de reforzamiento pueda ser inmediata tras la emisión de la conducta inadecuada.

5.- No siempre es necesario el aislamiento para la aplicación de la técnica del tiempo fuera. Sulzer, Azaroff y Mayer (1988) exponen el procedimiento de **observación contingente**, de acuerdo con el cual, cuando en un grupo de niños que trabajan juntos, uno de ellos emite conductas desadaptadas, entonces se coloca a este a unos metros de distancia. Allí el niño tiene la oportunidad de observar a los otros niños pero no participa en las actividades y no recibe reforzamiento.

6.- El tiempo fuera de reforzamiento, cuando se utiliza con niños, debe ser de duración moderada, de alrededor de cuatro minutos y no más de un minuto por cada año de edad del niño. Se debe comenzar por periodos breves y si no son eficaces irlos aumentando. Los periodos largos de aislamiento impiden el aprendizaje y la emisión de conductas adecuadas, Gelfand y Harman (1988); (citado en Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995).

7.- Conviene dar un aviso, previo a la aplicación del tiempo fuera, para indicar al niño que debe dejar de emitir la conducta para evitar el tiempo fuera, de forma que quede clara la condición de aplicación del tiempo fuera para evitar discusiones y regateos con el niño.

8.- Si el niño no obedece el aviso, se le ha de llevar al lugar del tiempo fuera sin prestarle atención, o manifestar conductas de disgusto o agresión, así como evitar discusiones y regateos durante el trayecto. Es útil el uso de un cronómetro para asegurarse de no olvidar el fin del tiempo fuera.

Cuando los niños con TDAH presentan conductas negativas, el tiempo fuera de refuerzo es muy eficaz para reducir las, por ejemplo: Si el niño se porta mal buscando la atención de las personas que están con él, se retira al niño a un lugar cercano, lejos de estímulos o gratificantes como personas o juguetes. En el salón de clases, poner al niño cara a la pared, es una técnica que lo retira de la mayoría de las percepciones visuales y se le pide que piense sobre su comportamiento.

Resumiendo, las técnicas operantes han demostrado mejoras a corto plazo en el comportamiento social de los niños y en sus resultados académicos.

5.2.2 Técnicas cognoscitivas.

Hicieron su aparición en el ámbito de la intervención del TDAH más recientemente. Son eficaces cuando se aplican asociadas a las técnicas operantes. Están basadas en varias investigaciones (Duglas, parry, Marton y Garson , 1976; Meichenbaum y Goodman, 1971; Paikes, Stewart y Freeman,1972; Konstantareas y Hermitidis, 1983; Hinshaw, Henker y Whalen, 1984). Parten de la base de que los niños con TDAH tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se requieren para ejecutar satisfactoriamente las tareas escolares (Kirby, 1992).

Describiremos algunas:

a) Entrenamiento en Autoinstrucciones.

Las Autoinstrucciones suponen una guía para ayudar al niño a pensar de forma reflexiva, sin saltarse ningún paso del proceso. El objetivo de la técnica no es enseñar al niño que tiene que pensar, sino cómo ha de hacerlo. Los psicólogos soviéticos Vigotsky (1962) y Luria (1959, 1982) elaboraron un modelo para explicar cómo los niños normales adquieren estos procesos mediadores cognoscitivos, así,

Luria (1961) diferenciaba tres fases a través de las cuales el comportamiento es regulado por el lenguaje interno (Orjales, 1998).

Fases del lenguaje interno.

1. En la primera fase, las instrucciones y órdenes de los adultos dirigen y controlan, es decir, inician e inhiben la conducta infantil.
2. En la segunda fase, el comportamiento del niño está regulado por las instrucciones que el mismo se da en voz alta.
3. En la tercera fase, el propio lenguaje interno encubierto del niño guía su actuación.

Actualmente el modelo de Vigotsky y Luria se ha transformado en un programa de entrenamiento en Autoinstrucciones que se desarrolla en cinco fases, son las siguientes (Véase anexo 10).

1. Un modelo adulto (terapeuta, maestro, padre, etc.) realiza la tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta (Modelado Cognitivo).
2. El niño realiza la tarea bajo la dirección de las instrucciones del modelo (Guía Externa Manifiesta).
3. El niño realiza la tarea mientras se dirige a sí mismo instrucciones en voz alta (Autoinstrucción Manifiesta).
4. El niño lleva a cabo la tarea mientras se susurra a sí mismo las instrucciones (Autoinstrucción Manifiesta Atenuada).
5. El niño realiza la tarea mientras guía su actuación a través de instrucciones privadas (Autoinstrucción Encubierta).

Lo anterior nos permite detectar los problemas cognoscitivos que presentan los niños con TDAH. Ellos procesan la información en forma impulsiva; reciben la información en muchas ocasiones incompleta, responden intuitivamente sin reflexionar y se frustran cuando los resultados no son satisfactorios. Otros niños hiperactivos, son aquellos cuya sintomatología recae, principalmente, en dificultades de atención, procesan la información de forma lenta y desorganizada, carente de estrategias eficaces.

Michenbaum (1974) señala que para ayudar a frenar y organizar el pensamiento de los niños impulsivos, es necesario pedirles que hagan verbalizaciones en voz alta de sus pensamientos, para después, ayudarles a organizarlos siguiendo una serie de pasos que denomino Autoinstrucciones (Véase, anexo 11).

A continuación se describen algunas sugerencias y recomendaciones para el terapeuta (Michenbaum, 1974).

- **El terapeuta debe ser entusiasta y sensible al niño.**— A muchos clínicos se les dificulta establecer un vínculo cálido con el niño que recibe entrenamiento. Las personas que crean nexos en el marco de su profesión, tales como psicólogos, maestros o médicos, muchas veces adoptan actitudes propias de dichos roles. La autenticidad por parte del clínico es lo mejor para generar una respuesta y un esfuerzo genuino de los niños con TDAH en tratamiento.
- **El tratamiento debe comenzar con juegos o actividades que se relacionen con el propio medio de juego del niño.** - La selección de juegos y tareas interesantes cuando se desea un progreso. Y se requieren estrategias cognoscitivas, lo cual le ofrece al clínico una nueva oportunidad de modelar y

enseñar el razonamiento estratégico, antes de pasar a áreas donde el niño ha luchado y perdido numerosas batallas. Los padres deben conocer y participar en el tratamiento.

- **No se debe permitir que el niño se dé autoinstrucciones de manera mecánica o sin comprender su verdadero significado.**- Si se espera que los niños gradualmente incorporen las mismas en un diálogo habitual y provechoso, el tono de sus enunciados debe ser veraz, Vigotsky (1962) observó que cuando se internaliza el habla, no es en realidad como el habla desvanecida, más bien, es abreviada y carente de gramática. La habilidad del clínico para captar el tono de este pensamiento natural condensado ayudará a acrecentar la espontaneidad del niño.

b). Técnica de la tortuga.

La técnica de la << tortuga >> fue diseñada por M. Scheider (1974) como un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, revelándose muy útil en situaciones de descontrol por carga emocional.

Se aplica a niños preescolares hasta los 7 años con un planteamiento lúdico de una técnica de relajación y autocontrol. A mayores de 8 años el planteamiento de la actividad como una técnica de relajación y autocontrol (Orjales, 1998).

A menudo se aplica a todo el grupo de clase y se introduce utilizando la historia de una tortuga, cuyo comportamiento refleja la falta de control emocional de los niños con TDAH (Véase, anexo 12).

En cuanto al procedimiento para su aplicación, es el siguiente:

1. El terapeuta lee la historia de la tortuga a todo el grupo.
2. Con la imagen mental que provoca el cuento, el terapeuta invita a los niños a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. Cuando la tortuga se introduce en el caparazón para vencer los sentimientos de rabia y furia, los niños escenificarán pegando la barbilla al pecho, colocando los brazos a lo largo del cuerpo y presionando fuertemente la barbilla, brazos y puños cerrados mientras cuentan hasta diez, la distensión posterior provoca una relajación inmediata.
3. Ésta sesión, que se realiza durante una hora de clase y en presencia del maestro o del terapeuta de apoyo, concluye con la invitación a realizar la tortuga cuando sientan ganas de resolver alguna situación con agresividad.
4. Para motivar la aplicación de esta técnica, se propone a los niños un refuerzo colectivo: una tortuguita de verdad. Si todos los niños aplican la técnica de la tortuga obtendrán puntos para la tortuga. Tortuga que todos aprenderán a cuidar y que se llevarán por turnos los fines de semana para que no se quede sola.
5. El maestro dibujará una tortuga grande en una cartulina. El caparazón de la tortuga estará cubierto de escamas - casillas que serán los puntos a conseguir
6. Los niños podrán tachar o colorear una de las escamas en dos ocasiones :
 - 1) si han conseguido hacer la tortuga en un momento difícil.

- 2) si han recordado otro niño que lo hiciera cuando han visto que se iba a descontrolar.
7. Cuando entre todos se consiga rellenar la tortuga, el profesor comprará una tortuguita de verdad para el aula.
8. El profesor o terapeuta reforzaran los avances en el cartel de la tortuga, cada vez que entre al aula a realizar alguna actividad.

c) Entrenamiento en Solución de Problemas Interpersonales.

La utilización de la técnica de Solución de Problemas Interpersonales esta basa, en los estudios de los siguiente investigadores:

Kanfer (1970,1971). Quién menciona que las áreas cognoscitivas requeridas para un buen autocontrol son: Autovigilancia, autocontrol, autorrecompensa.

Para Spivack y Shure (1974). Las habilidades en la solución de problemas interpersonales son cinco: 1. sensibilidad a problemas, 2. razonamiento alternativo, 3. Pensamiento por medios y fines 4. Razonamiento de consecuencias, y 5. Pensamiento causal (Kirby, 1992).

A continuación describiremos cada una de estas capacidades:

1. Sensibilidad a problemas. En el curso de los intercambios sociales cotidianos, el niño debe percatarse de que pueden surgir problemas y ser capaz de reconocerlos cuando estos se presenten.
2. Razonamiento alternativo. Es la habilidad de generar diferentes soluciones u opciones al enfrentar un problema. Esto implica la habilidad para idear una serie de posibilidades para resolver problemas sociales o interpersonales.

3. **Pensamiento por medios y fines.** Es la habilidad para concebir una estrategia o el procedimiento, por pasos, que se necesita para obtener la solución a un problema interpersonal.
4. **Razonamiento de consecuencias.** Es la tendencia a pensar en las consecuencias probables de las acciones sociales en consideración, con respecto a sí mismo y a otros.
5. **Pensamiento causal.** Se refiere a la habilidad del individuo para recibir motivaciones personales y sociales. Esta capacidad refleja cierta conciencia de que la conducta de la gente, en cierto modo, es ordenada y predecible y de que los sucesos interpersonales están vinculados a eventos pasados. Percatarse de esto le ayuda a la persona a comprender mejor el significado del presente.

Para medir estos procesos cognoscitivos se cuenta con **La Prueba de Solución de Problemas por Medios y Fines (Means - Ends Problem Solving Test, MEPS)** esta prueba mide la capacidad del niño para articular los medios y fines, paso por paso, al resolver determinado problema social, al reconocer y apreciar los obstáculos con se encuentra y el tiempo necesario anticipado para saber cómo solucionarlo (Shure y Spivack, 1972). La prueba MEPS para niños consta de anécdotas acerca de problemas sociales, tales como la de entablar amistades, ser electo jefe de grupo, etc. Se lee en voz alta el inicio y el final de cierta narración y se le pide al niño que imagine la parte media, la puntuación obtenida en la prueba es la suma del número de medios, obstáculos y referencias específicas de tiempo mencionados al completar las historias (Kirby, 1992).

Concluyendo, respecto a la eficacia de los tratamientos farmacológicos y en especial la prescripción de estimulantes tienen buena aceptación entre los especialistas, padres y maestros por su facilidad de administración y la rapidez de sus efectos sobre las conductas hiperactivas.

Las terapias cognitivo-conductuales se caracterizan por la estructuración, planificación previa, y evaluación objetiva de sus resultados. Requieren de entrenamiento de padres y maestros sobre principios conductuales, como extinción, castigo, reforzamiento, etc. También es importante el entrenamiento del niño y maestro en el manejo de la técnica de Autoinstrucciones, Técnica de la Tortuga y la Prueba de Solución de Problemas por Medios y Fines (MEPS).

La decisión sobre el tratamiento depende de varios factores como el estado clínico del niño, las posibilidades económicas de los padres, y la aceptación de los adultos respecto a las alternativas terapéuticas disponibles, si el tratamiento es oportuno y adecuado el pronóstico será favorable para el niño.

CAPITULO 6.

6. PRONÓSTICO DEL NIÑO CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El pronóstico de los niños con TDAH, puede ser favorable cuando se identifica oportunamente, el diagnóstico es correcto y el tratamiento adecuado. El DSM-III-R (1983). Indica que, aproximadamente, un tercio de los individuos diagnosticados con TDAH en la infancia muestran signos del trastorno en la edad adulta. Por consiguiente, los niños que son hiperactivos en todos los ambientes tienen más riesgo de desarrollar conductas antisociales. La coexistencia de conductas desafiantes, agresivas, negativismo e hiperactividad, durante la infancia, conlleva una evolución desfavorable, suele agravarse en la adolescencia. En esta edad el pronóstico puede incluir delincuencia, agresiones, deficiente rendimiento académico y, en general, una adaptación negativa. (Marsellach, 1998).

Marsellach (1998) menciona que de los adultos que en su niñez fueron diagnosticados como TDAH, el 50-65% siguen reuniendo este criterio, el 79% presenta síntomas de tipo neurótico (quejas somáticas, depresión, ansiedad), el 75% refieren tener problemas interpersonales, el 40% tienen dificultades para mantener sus trabajos, el 25% tienen conductas antisociales frecuentes, el 30% no completaron la secundaria, únicamente el 5% pudo completar un programa universitario, el 10% intentaron suicidarse en un lapso de un año.

En resumen, el pronóstico del niño con TDAH, será favorable cuando se identifique oportunamente y el tratamiento sea el adecuado. El pronóstico será desfavorable cuando el TDAH se presente combinado con otras enfermedades como la ansiedad, la depresión, problemas de aprendizaje, problemas de conducta y agresividad.

Conclusiones .

El trastorno de Déficit de atención con hiperactividad, actualmente ha recibido mayor relevancia debido al aumento en su incidencia reportada en los ámbitos educativos y clínicos.

Este trastorno ha recibido diversa denominaciones: "Disfunción Cerebral Mínima", "Síndrome Hiperkinético", "Síndrome de hiperactividad". El DSM-III-R (1983) lo clasifica como "Trastorno por Déficit de Atención"; El DSM - IV (1994) como Trastorno de "Déficit de Atención con Hiperactividad" (Erdman, 1998).

La incidencia del TDAH en niños preescolares y escolares varía según diversos estudio: En U. S.A. Cantwell (1997) reportó una incidencia del 4%; en Puerto Rico, Michanic (1996) reportó una incidencia del 5%; en México, Merino (1999) reportó una incidencia del 4%; en España, Orjales (1998) reportó una incidencia del el 5%.

A partir de las precisiones apuntadas en los criterios diagnósticos del DSM - III R (1983) se delimitó más el diagnóstico disminuyendo las cifras epidemiológicas del TDAH, situando la incidencia del TDAH entre uno y dos por ciento, en una proporción de cuatro sujetos masculinos por uno femenino (Farré y Narbona 1989).

Respecto a las causas no se han identificado, de forma precisa, los factores que originan este trastorno, existen varias investigaciones como las de: Luria (1974) y Barkley (1994) a favor de una disfunción neurobiológicas, dicha disfunción estaría a su vez determinada por factores ambientales (Manga, 1997).

Las causas neurobiológicas más importantes son: Las complicaciones en los periodos; prenatal, perinatal y postnatal (Velasco, 2000), Disfunción cerebral y del

Sistema nervioso central, Luria (1974) y Barkley (1994); Causas genéticas y perturbaciones metabólicas, Robin (1998); Causas hormonales, como la disminución de dopamina y noroadrenalina en Líquido Cefaloraquídeo. Romeu (1999).

Entre los factores ambientales se mencionan: Los alimentos alergénicos, Velasquez (1998); Factores psicosociales, Gargallo (1991) y Taylor (1991).

Actualmente las pautas para identificar el TDAH se basan en varios enfoques teóricos como: el enfoque médico de los Criterios Diagnósticos del DSM -IV (1994), en donde se describen como síntomas principales: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad (Herward, 1998).

Otro enfoque teórico es el Cognoscitivo - conductual, este enfoque describe el TDAH a partir de los problemas que el niño presenta: de tipo conductual, de tipo cognoscitivo e interpersonales (Kirby, 1992 y Orjales, 1998).

El enfoque Cognoscitivo-conductual, señala que la atención es una condición esencial para el aprendizaje y las dificultades que se presentan al aprender están relacionadas, con los problemas que el niño tiene en la formación de los procesos y estructuras cognoscitivas que rigen la atención del niño durante la solución de problemas aprendizaje y de interrelación personal.

Con la ayuda de estos enfoques se logra la identificación de los síntomas, para establecer el diagnóstico.

El establecimiento del diagnóstico es responsabilidad de los especialistas (psicólogos, neurólogos, psiquiatras, pediatras) quiénes por medio de la entrevista a padres y al niño obtienen información sobre el TDAH. Actualmente se utiliza la Clasificación del DSM-IV (1994) para precisar los síntomas.

Es importante informarse acerca de la conducta del niño, en la casa y la escuela, para ello es necesario la utilización de instrumentos que permitan comprobar y cuantificar de forma objetiva si la información procedente del medio familiar y escolar coinciden.

Las Escalas de Validación de Conducta de Conners revisadas por Farré y Narbona (1989). Quienes realizaron la versión al castellano de los cuestionarios de Conners, adaptándolos y tipificándolos para su utilización en los países hispanos; los autores recomiendan estos instrumentos para el seguimiento de escolares con síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad, mencionan que sus limitaciones deben ser obviadas mediante los exámenes neurológicos y pruebas psicológicas.

Las pruebas psicológicas que ayudan al especialista a integrar el diagnóstico son: **La Escala de Wechsler** (subtests de dígitos, símbolos en dígitos, y aritmética); **el Test Gestáltico Visomotor de Bender**; **el Test de Percepción de Diferencias (Caras)** de Thorstone y Yela y **la Prueba de Figuras Ocultas para Niños** (Children's Embedded Figured Test) de Karp y Konstandt. Estas pruebas proporcionan información sobre: atención sostenida, memoria auditiva inmediata, capacidad de atención y habilidad para fijar y sostener la atención, coordinación visoespacial y visomotora e impulsividad.

Con frecuencia el TDAH se asocia con otros trastornos, generalmente, con Trastornos de Conducta y Problemas de Aprendizaje. Cuando esto sucede, es necesario hacer un diagnóstico diferencial para establecer que trastorno prevalece, e iniciar el tratamiento indicado.

En el tratamiento del TDAH los especialistas recomiendan la administración de **medicamentos psicoestimulantes** indicados por el neurólogo, psiquiatra o pediatra, los cuáles facilitarán el aprendizaje escolar, reducen la hiperactividad y favorecen las relaciones sociales. **Las terapias Cognoscitivas –conductuales** se caracterizan por la estructuración y planificación previa, así como, de una evaluación objetiva de sus resultados. Requieren de capacitación previa por el psicólogo a padres y maestros sobre algunas técnicas de intervención cognoscitivo-conductual, finalmente la decisión sobre el tratamiento depende de la aceptación de padres y maestros respecto a las alternativas terapéuticas.

El pronóstico es favorable, cuando es identificado oportunamente y canalizado con los especialistas para su tratamiento.

Por lo antes mencionado en la presente **tesina se elabora un Manual para Padres y Maestros**. Con la finalidad de orientarles sobre el TDAH. Tomando en cuenta lo que dice Solomon (1976) sobre los manuales. "Un manual esta dirigido a la consulta rápida cuando se presenta el problema, es un almacén de información de importancia práctica y actual, siendo una fuente de conocimiento que enfatiza la práctica en lugar de la teoría, su función principal es ayudar cuando se presenta el problema y se desea revisar el material pertinente en el campo de trabajo".

Finalmente el manual le proporcionará a los padres y maestros los elementos necesarios para la identificación del problema y con la capacitación del psicólogo su apoyo en el manejo de algunas técnicas de intervención cognoscitivo-conductual.

**MANUAL DE CONDUCCIÓN DEL NIÑO CON TRASTORNO DE DÉFICIT
DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD PARA PADRES Y MAESTROS.**



**MANUAL DE CONDUCCIÓN DEL NIÑO CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.**

INDICE.

CAPÍTULOS.	PÁGINAS .
1. INTRODUCCIÓN.	70
2. JUSTIFICACIÓN.	71
3. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE DÉ- FICIT DE ATENCIÓN CON HIPER- ACTIVIDAD?.	72
4. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?.	73
5. ¿CÓMO SABER SUS SÍNTOMAS?.	76
6. ¿CÓMO SE COMPORTA EN LA CA- SA, EN LA ESCUELA Y CON SUS AMIGOS?.	81
7. ¿ CÓMO CONTROLARLO?.	84
8. ¿CUÁNDO SE CURA?.	87

1. INTRODUCCIÓN.

El término de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es utilizado con frecuencia para describir a un niño que se mueve constantemente, que no puede estar quieto, como si tuviera un motor constantemente encendido, una batería inagotable, distraídos e impulsivos, suelen tener problemas con compañeros y amigos, se muestran impacientes, son desobedientes y con frecuencia inician peleas o discusiones con los hermanos, sufren caídas y accidentes frecuentes, tienen baja autoestima y problemas de aprendizaje, el movimiento es solo un síntoma de todo el cuadro de este trastorno.

En nuestra sociedad se le da poca importancia a este trastorno, se piensa que se trata de un niño caprichoso o de una falta de educación "porque la mamá ha fallado y no lo ha sabido educar" etc.

Por tal motivo, los padres y maestros se ven obligados a lidiar, solos, con el niño con TDAH y, como consecuencia, se sienten frustrados, con culpa, su relación de pareja se torna conflictiva, agravando esta situación el rechazo de la sociedad y de los compañeros y amigos del niño, al no aceptar, por ignorancia, que están frente a un problema que va más allá de los medios y métodos de la educación.

Se debe aceptar que se está frente a un "problema", que debe ser diagnosticado y tratado a tiempo, para el buen pronóstico del trastorno.

A través del tiempo, se ha llegado a la conclusión de que se trata de un trastorno cuyos síntomas principales son; la hiperactividad, el déficit de atención y la

impulsividad. Se le debe dar importancia diagnóstica y de tratamiento, ya que uno de cada cuatro niños en edad escolar lo padece, las causas pueden ser por factores biológicos y medioambientales.

Los niños que lo padecen pueden presentar culpa, frustración, baja autoestima, relaciones conflictivas etc. Si no se les detecta podrían presentar inadaptación social, alcoholismo, drogadicción, conducta antisocial durante la adolescencia y la edad adulta.

El tratamiento del TDAH debe ser multidisciplinario, médico, psicólogo, maestro así como de la participación decisiva de los padres para obtener buenos resultados.

2. JUSTIFICACIÓN.

El maestro durante su labor docente tiene que enfrentarse al problema de atender, en su clase regular, a niños que presentan déficit de atención con hiperactividad, así como orientar a los padres en el manejo de estos niños, no contando con instrumentos adecuados que le ayuden a resolver su problema. El presente manual tiene como propósito proporcionar conocimientos sobre las características principales del TDAH su diagnóstico y tratamiento de forma clara y sencilla para ayudar a los maestros a identificar, oportunamente, a los niños que presentan este problema y con la capacitación del psicólogo, colaborar en la aplicación de algunas técnicas cognoscitivo-conductual.

3. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD?

Muchos niños con problemas de conducta y rendimiento escolar presentan un patrón de comportamiento caracterizado por: Inatención, hiperactividad, impulsividad, psicomotricidad torpe, problemas de relaciones interpersonales, frustración y baja autoestima.

A este síndrome se le ha denominado **Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad**, constituyendo uno de los problemas más comunes en la edad preescolar y escolar. Su incidencia se estima entre un 3% y 5% de la población en edad escolar. Esto significa que los profesores tengan entre uno y tres niños hiperactivos en su clase.

Los niños con Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad, tienen dificultades para aprender debido a que la información que reciben del medio ambiente es parcialmente asimilada, procesada en forma superficial, demasiado rápida, sin sentido y en forma desorganizada, almacenándose en la memoria inmediata y no llega a almacenarse en la memoria a largo plazo. Utilizan para aprender estrategias de aprendizaje simples y sin relación con la información recibida por lo que tienen dificultades para recordar lo aprendido.

Se presenta con más frecuencia en los varones. Por cada cuatro niños hiperactivos se encuentra una niña hiperactiva. Generalmente, se detecta en un niño después de haber reprobado el primer grado en la escuela.

4. ¿ CUÁLES SON LAS CAUSAS ?.

No se han identificado los factores que lo originan, la opinión de los especialistas es que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno sus efectos propios pero en una actuación conjunta.

1. CAUSAS BIOLÓGICAS.

Causas durante el embarazo:

- Padecimientos infecciosos de la madre.
- Anemia grave de la madre.
- Hemorragia cerebral del producto.
- Exposición excesiva a los rayos "X".
- Disturbios metabólicos, especialmente la Diabetes Mellitus.
- Administración de ciertos medicamentos durante el embarazo.

Causas durante el parto:

- Falta de oxígeno del recién nacido producida por las siguientes situaciones: Obstrucción mecánica respiratoria, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa y todos los partos complicados.

Causas después del nacimiento:

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, especialmente la tos ferina, el sarampión, la escarlatina, encefalitis, meningitis, etc.
- Traumatismos craneales; es decir golpes en la cabeza.
- La herencia, ya que aproximadamente un 50% de los niños hiperactivos cuentan con padres que son o lo han sido.

Causas por disfunción cerebral y del sistema nervioso central.

- No pueden controlar sus respuestas, se muestran impulsivos.

Causas genéticas.

- El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad suele ser por herencia, al menos uno de cuatro niños con este problema tiene un progenitor que lo sufre o lo sufrió.

Causas hormonales.

- Por falta de algunas hormonas (dopamina y noradrenalina), los niños presentan hiperactividad y reaccionan en forma exagerada.

2. CAUSAS POR FACTORES AMBIENTALES.

Algunos alimentos que contienen colorantes, sabores artificiales, ciertos conservadores y salicilatos naturales que se encuentran en:

- Fresas enlatadas
- Gelatinas sabor frambuesa y fresa.
- Mermeladas.
- Cremas para postres.
- Margarinas
- Salsas, de soya y de tomate.
- Queso amarillo.
- Dulces, especialmente sabor naranja.
- Botanas con sabor a queso.
- Concentrados de jugos.
- Salchichas etc.

La alimentación del niño, deberá ser balanceada por medio de carnes (res, pollo, pescado) frutas naturales, vegetales naturales, leche y cereales.

El ambiente psicosocial. Otro de los factores importantes es el ambiente familiar, cuando existen problemas como: desavenencia familiar y agresividad, enfermedades psiquiátricas de los padres, los estilos educativos que no tienen bien definido las normas y reglas de comportamiento.

5. ¿ CÓMO SABER SUS SÍNTOMAS ?.

Es importante conocer cuáles son los síntomas del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad para hacer una detección oportuna.

Los síntomas más característicos son:

FALTA DE ATENCIÓN:

- Presenta gran dificultad para concentrarse en juegos y tareas
- Parece como si se aburriera rápidamente cuando realiza una actividad.
- Se distrae constantemente.
- Cuando se da alguna instrucción parece como si no la entendiera .
- Cuando se le habla parece que no escuchara.
- Con frecuencia tiene dificultades para organizar sus tareas o actividades
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades.

NIVEL EXAGERADO DE ACTIVIDAD.

- Con frecuencia mueve las manos o los pies, se mueve constantemente en su asiento.
- Parece que se les da cuerda constantemente, suben y bajan, brincan, corren, hablan, etc.
- Todo el tiempo están activos parece que no se cansaran nunca.
- Duermen poco tiempo.
- Con frecuencia abandonan sus asientos en clase o en otras situaciones en que deberían estar sentados.

IMPULSIVIDAD Y BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

Impulsividad. Es actuar sin pensar en los riesgos ni las consecuencias de los actos, sus principales características son:

- Con frecuencia comienza a hablar antes de que terminen de hacerle las preguntas.
- Con frecuencia tiene dificultades para esperar su turno
- Con frecuencia interrumpen o molestan a los demás .
- Con frecuencia sufren accidentes por no prever el peligro.

La baja tolerancia a la frustración

- consiste en no poder esperar, quieren las cosas en el momento que las piden, que se les atienda cuando lo desean. Debido a esto son muy " berrinchudos ", quieren ser complacidos cuando ellos lo piden, no puede haber impedimentos. Los niños con TDAH tienen dificultades para aprender, ya que la información no es recibida, o es parcialmente asimilada, lo que no permite entender el mensaje.

DIFICULTADES EN EL FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO.

- **Dificultad en la atención controlada frente a la automática.**– Cuando una tarea es nueva y no ha sido aprendida la corteza cerebral está concentrada en la realización de la tarea y se requiere un esfuerzo, cuando la tarea no es difícil o ya es conocida, podemos relegar esa función a sistemas automáticos realizando un menor esfuerzo. Los niños con TDAH parecen tener más dificultades

en adaptar una tarea a nuevas consignas y mantener un buen rendimiento cuando la tarea es compleja.

- **Dificultad para procesar varios estímulos de forma simultánea.**— A este proceso se le llama “atención focalizada” y obliga al niño a seleccionar, de entre los distintos estímulos que recibe, aquellos que son más relevantes para realizar la tarea. Los niños con TDAH a menudo están fuera de la tarea se fijan en estímulos del aula ajenos a la tarea que deberían realizar.

- **Dificultad para mantener la atención de forma continuada.**

Los niños con TDAH tienen dificultades para concentrar su atención y mantenerla durante periodos largos de tiempo.

- **Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma superficial.**

Los niños con TDAH procesan la información sin sentido (de memoria), rápidamente (en poco tiempo) o de forma desorganizada, se almacena de forma temporal en la memoria inmediata y no llega a almacenarse en la memoria a largo plazo.

- **Dificultades motivacionales.**

La actitud de los niños con TDAH ante las tareas escolares es de desánimo y renuncia, debido a sus frecuentes fracasos académicos, estas situaciones no proporcionan una buena base para que la motivación interna surja y se desarrolle. Los tipos de programas de televisión que prefieren los niños con TDAH, son: Los dibujos animados y espectáculos con mucha acción y poco complicados. Al verlos, no requiere de esfuerzo estratégico ni de atención sostenida.

Eventos cognoscitivos.

- Son las ideas automáticas que caracterizan e influyen en la conducta y los sentimientos de una persona, son preconcientes o inconcientes, de manera que uno no se da cuenta cuando los genera ni los vigila de manera intencional, los pensamientos automáticos se encargan de proporcionar señales lingüísticas preconcientes o imágenes visuales que más adelante desempeñan una función esencial en la autorregulación de la afectividad y la conducta, por medio del diálogo interno. Los niños con TDAH tienen dificultades en el uso intencional del diálogo interno por lo que tienen problemas en tareas y situaciones que requieren esfuerzo sostenido y autorregulación y autocontrol.

Procesos cognoscitivos y metacognoscitivos

- Se refiere a la forma en que, automáticamente, en forma inconciente procesamos la información, que incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento, además de procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos conforman las representaciones y los esquemas mentales. La habilidad para controlarlos y evaluarlos constituye la metacognición. Los niños con TDAH tienen poco desarrollados estos procesos cognoscitivos, tales como buscar indicaciones de memoria, realizar inferencias y desarrollar estrategias.

Cuando se observa a estos niños como enfocan algunos problemas como son: relacionar figuras y detectar imágenes ocultas, las cuáles requieren procesos cognoscitivos que consisten en dirigir una búsqueda sistemática, formular y probar hipótesis, suelen emprender estas tareas de modo impulsivo y toman decisiones en forma rápida e incorrecta, hacen poco esfuerzo y tienen escaso

interés por escoger con cuidado la respuesta acertada.

Torpeza motora e inmadurez perceptual.

- Se ha observado que, aproximadamente, el 75% de los niños con TDAH, presentan alteración en la coordinación motriz fina, se les dificulta abotonarse, amarrarse las agujetas, recortar, etc. En lo que respecta a la inmadurez perceptual, una de las áreas afectadas es la visomotora que se presenta como un impedimento para reproducir, manualmente, las figuras observadas, más claramente, se presenta la **DISGRAFIA** que consiste en escribir tanto las letras como los números indistintamente a la derecha o a la izquierda, por ejemplo, escriben 3 por E ; p por q, d por b, etc. Por todo ello, el niño con TDAH presenta problemas de aprendizaje

Problemas interpersonales.

- Emocionalmente los niños con TDAH muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Las actitudes más frecuentes son: Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y, con frecuencia, culpan a los demás de sus errores, parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada, presentan problemas de relaciones interpersonales.

6. ¿ CÓMO SE COMPORTA EN LA CASA, LA ESCUELA Y CON SUS AMIGOS ?.

Las características de la conducta del niño con TDAH descritas, en el capítulo anterior, traen consecuencias en muchas áreas de la vida del niño, por ser un " verdadero dolor de cabeza" para sus padres, maestros, compañeros de clase , amigos, parientes y vecinos.

Al ser rechazado y castigado por su conducta, queda excluido de su entorno social, lo cual le provoca sentimientos de culpa y baja autoestima.

LA CASA .- Las familias de estos niños señalan que desespera a mamá porque "no obedece", no se sienta a comer, no hace la tarea, es desordenado, grita, rompe las cosas, pelea con los hermanos, sube a los árboles, tiene accidentes frecuentes.

La conducta de los niños con TDAH alteran las relaciones familiares, desde el momento en que niño llega de la escuela la casa se convierte en un campo de batalla, la madre se desespera grita y castiga, sin resultados. Al llegar el padre se encuentra con reportes de la escuela y de la casa. Opina que lo que sucede es que no saben tratarlo, " que se le consiente demasiado ", o que "no se le sabe educar".

Los expertos aconsejan que los padres además de ser tolerantes y comprensivos, deben adoptar normas apropiadas de actuación y establecer reglas explícitas para regular la convivencia como administrar castigos cortos pero eficaces.

LA ESCUELA .- Debido a su falta de atención e impulsividad, el niño no termina sus tareas o las hace mal, trabaja en forma desordenada, se levanta

constantemente de su asiento, molesta a sus compañeros, parece no escuchar las indicaciones etc.

Estas conductas disruptivas desesperan al profesor, por lo que opta por el castigo, el cual, no dará resultado, pero sí provocará mayor tensión en la relación maestro alumno. Etiquetando al niño como " burro " y "mal educado ".

Para reducir y controlar el comportamiento de los niños con TDAH en la escuela, es imprescindible que los profesores implicados observen actitudes favorables y positivas hacia el alumno, Se diseñen sistemas de aprendizaje que tomen en cuenta las habilidades, destrezas y limitaciones de estos alumnos.

De esta manera ayudar a profesores y educadores en general a mejorar el clima y dinámica de las clases.

LOS AMIGOS.— Los niños con TDAH tienen dificultades para relacionarse con sus amigos y compañeros de clase, Por su comportamiento inmaduro, su impulsividad, su conducta demandante y en ocasiones agresiva, el niño es rechazado por sus compañeros, no tiene relaciones amistosas duraderas, nadie quiere jugar con él.

En conclusión, las fricciones y obstáculos con los que se enfrenta el niño en sus interrelaciones familiares y sociales, crean en él un sentimiento de culpa, de no ser querido y comprendido, de baja autoestima, de frustración, etc. que lo acompañarán durante su desarrollo.

Por lo anterior, es importante que padres y maestros programen y estructuren pautas de actuación que sirvan de referencia al niño para mejorar sus relaciones interpersonales

Es importante que cuando se detectan los síntomas y las conductas antes descritas se registren en forma objetiva por medio de las siguientes técnicas:

- Escala de Valoración para Maestros (Anexo, 5).
- Escala de Valoración para Padres (Anexo, 6).
- Historia clínica para padres (Anexo, 7).
- Entrevista al niño (Anexo, 8).
- Cuestionario de conducta para diferenciar entre niños hiperactivos y agresivos para ser valorado por padres y maestros (Anexo, 9).

Finalmente después de haber recolectado la suficiente información para evaluar y clasificar al niño con características similares al TDAH, es importante canalizarlo con los especialistas: Médico (pediatra, Psiquiatra) o Psicólogo que darán el diagnóstico final e iniciaran su tratamiento.

7. ¿ CÓMO CONTROLARLO ?.

Confirmado el diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad, se procede a formular y desarrollar el tratamiento, comprometiendo a padres y maestros para su colaboración en la aplicación de este.

Se debe estar conciente de que se está frente a un problema que necesita atención y tratamiento oportuno y adecuado.

El especialista debe comunicar a los padres y maestros el tratamiento, orientándolos acerca de la administración del medicamento cuando es necesario. Es importante que los padres y maestros comprendan que se necesita del esfuerzo y la colaboración de todos.

En el tratamiento psicoterapéutico se utilizan técnicas de orientación a padres, cuyos pasos son: brindar información adecuada respecto al trastorno, corregir creencias disfuncionales y enseñar habilidades específicas para la crianza de niños con TDAH, con la finalidad de disminuir el estrés y la angustia de los padres, de esta manera, disminuir el conflicto que estas familias presentan.

La intervención del maestro es importante, él interviene en la evolución de los niños no sólo en el sentido académico, sino también en el terreno afectivo. Los maestros desempeñan para los niños pequeños un rol semejante al de un segundo padre o madre. Por tal motivo ven en él o ella, un nuevo punto de referencia sobre su escala de valores y un nuevo reflejo de su propia imagen.

ACTIVIDADES DEL MAESTRO.

- **Detectar a tiempo el Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad.** Por lo general los maestros se percatan antes que los padres del TDAH, puesto que tienen, como punto de referencia, al resto de los niños del grupo.
- **Orientar los padres para que entiendan y acepten las señales de alerta sobre el problema.** El maestro deberá ser objetivo y riguroso en el momento de dar la información a los padres.
- **Observar** los cambios del comportamiento del niño en el aula.
- **Controlar los efectos** negativos que el comportamiento del niño pueda tener sobre los demás alumnos del curso sin culpar o estigmatizar a ninguno.

SUGERENCIAS PARA EL MAESTRO.

- **Informar de los progresos,** del niño a los padres y sugerir pautas de actuación comunes para el colegio o la casa.
- **Solicitar información al psicólogo** y ponerse de acuerdo con él para un tratamiento más directo si éste es necesario.
- **Conocer las características principales del TDAH** para detectarlo oportunamente y derivarlo con los especialistas indicados.
- **Capacitarse en el manejo de algunas técnicas de intervención cognitivo-conductuales.** El psicólogo indicará que técnicas se deben utilizar, entrenando al maestro sobre principios conductuales y manejo de las técnicas para que estructure su clase y las reglas de conducta en el salones de clase, con respecto a los niños con TDAH, quienes generalmente no respetan las

reglas de conducta, se aburren frecuentemente, son desorganizados y ponen poca atención a las indicaciones del maestro.

Los niños con TDAH necesitan un reforzamiento constantes para completar sus tareas, mediante las siguientes técnicas: Moldeamiento, Encadenamiento, Economía de Fichas, Costo de Respuesta, Castigo, Tiempo Fuera de Reforzamiento, Entrenamiento en Autoinstrucciones, Técnica de la tortuga, Entrenamiento en la Solución de Problemas Interpersonales, etc. Se recomienda trabajar en grupos pequeños, en la medida en que sea posible.

6. ¿ CUÁNDO SE CURA ?.

El Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) no desaparece por completo. En los niños en que se han detectado y tratado oportunamente, se han observado buenos resultados.

Los niños que no han sido tratados oportunamente, la evolución del trastorno ha sido algunas veces desfavorable, agravándose en la adolescencia, presentando conductas agresivas, fracasos escolares constantes, problemas sociales, laborales, sentimientos de culpa y minusvalía.

Sí al tratamiento se lleva adecuadamente y por el tiempo indicado por los especialistas, se obtendrán muy buenos resultados, pero la hiperactividad nunca desaparece por completo, siempre seguirá como un rasgo de personalidad, que a veces se manifiesta en la adultez por cambios frecuentes de trabajo, preferencia por trabajos que impliquen movimiento, tendencia a relacionarse con personas de menor edad, relaciones de pareja conflictivas, búsqueda de estar siempre ocupado en deportes, centros nocturnos, actividades culturales etc.

En resumen, el Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad, cuando se detecta oportunamente, tiene un buen pronóstico, este manual se ha elaborado pensando que en algún momento los maestros pueden estar frente a un caso de TDAH, por lo que será necesario que estén preparados para identificar y buscar apoyo de profesionales para lograr mejores resultados.

ANEXOS

ANEXO 1.

Criterios adoptados por Barkley (1982) y Taylor (1991) para definir la hiperactividad infantil.

BARKLEY (1982)	TAYLOR (1991)
Quejas de padres y profesores sobre falta de atención, impulsividad e inquietud.	Patrón de conducta que incluye déficit de atención, inquietud, problemas anti-sociales. Constituye un obstáculo para el desarrollo del niño.
Edad del inicio aproximadamente seis años.	Presencia de este patrón conductual en un grado inapropiado para la edad y Coeficiente Intelectual de el niño.
Aparición de las conductas en el 50 por 100 de las situaciones escolares evaluadas.	Persistencia de este patrón conductual en distintas situaciones ambientales
Duración de los síntomas al menos doce meses.	Observación directa de falta de atención, inquietud y falta de control motor.
Exclusión de déficit o alteraciones sensoriales (sordera, ceguera) motoras y trastornos emocionales severos.	Ausencia de autismo infantil, otras psicosis infantiles y trastornos afectivos.
	Inicio antes de los seis años y duración de al menos seis meses.

Anexo 2.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DEFICIT DE ATENCIÓN
CON HIPERACTIVIDAD (Heward, 1998).**

A. (1) o (2):

(1) Seis (o más) de los síntomas siguientes de déficit de atención que se han prolongado durante 6 meses, por lo menos, hasta el punto de constituir una conducta inapropiada e inconsistente con el nivel de desarrollo.

DÉFICIT DE ATENCIÓN.
(a) con frecuencia no dedica suficiente atención a los detalles o comete errores por descuido en sus deberes, tareas u otras actividades.
(b) con frecuencia tiene dificultad en mantenerse atento a las tareas o juegos.
(c) con frecuencia no parece escuchar cuando le hablan directamente.
(d) con frecuencia no sigue las instrucciones ni termina sus trabajos en el colegio, tareas u obligaciones en el trabajo (pero no a raíz de una actitud opositora o porque no entienda las instrucciones).
(e) con frecuencia tiene dificultades para organizar sus tareas o actividades.
(f) con frecuencia evita, rechaza o protesta cuando tiene que realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como el trabajo en el colegio o los deberes en casa).

Anexo 2 . Continuación.

(g) con frecuencia pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, deberes, lápices, libros o instrumentos).

(h) con frecuencia se distrae fácilmente con estímulos externos.

(i) con frecuencia olvida sus tareas diarias.

(2) seis (o más) de los síntomas siguientes de hiperactividad - impulsividad han persistido durante los últimos 6 meses hasta dificultar la adaptación y resultar inadecuados según el nivel de desarrollo:

HIPERACTIVIDAD.

(a) con frecuencia mueve las manos o los pies o se revuelve en el asiento.

(b) con frecuencia abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que debe estar sentado.

(c) Con frecuencia corre o se comporta de manera inadecuada en situaciones en que resulta incorrecto (en adolescentes esto puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

(d) con frecuencia le resulta difícil jugar o dedicarse con tranquilidad a actividades recreativas .

(e) con frecuencia está inquieto o parece " tener un motor en el cuerpo" .

(f) con frecuencia habla demasiado

Anexo 2. Continuación.

IMPULSIVIDAD
(g) con frecuencia comienza a hablar antes de que terminen de hacerte las preguntas.
(h) con frecuencia tiene dificultad para esperar su turno.
(i) con frecuencia interrumpe o molesta a los demás (por ejemplo, irrumpe en conversaciones o juegos).

- B. Algunos síntomas de hiperactividad - impulsividad que ocasionaron deficiencia se habían presentado antes de los 7 años.
- C. alguna deficiencia causada por los síntomas se presenta en dos o más entornos (por ejemplo, el colegio [o el trabajo] y en el hogar).
- D. Debe haber pruebas claras de deficiencias clínicamente significativas en el funcionamiento social, escolar y laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el marco de un trastorno general del desarrollo, la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y no se explican mejor por alguna otra enfermedad mental (ejemplo, trastornos del humor, ansiedad o trastornos disociativos o de la personalidad).

Anexo 2.	Código basado en el tipo:
314.01	Déficit de Atención / hiperactividad de tipo Combinado: si se han presentado los Criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.
314.00	Déficit de Atención / hiperactividad. Predominantemente de Déficit de Atención: si se ha presentado el Criterio A1 pero no el A2 durante los últimos seis meses.
	Déficit de Atención / hiperactividad de tipo Predominante Hiperactivo / Impulsivo: si se ha presentado el Criterio A2 pero no el A1 durante los últimos seis meses.

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana, Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Washington, DC: Asociación Psiquiátrica América, 1994 (citado por Heward, 1998)

ANEXO 3 CONDUCTA DESATENTA (Orjales, 1999).

- No termina las tareas que empieza.
 - Comete muchos errores .
 - No se centra en los juegos.
 - Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - Tiene dificultades para organizarse.
 - Evita las tareas que requieren esfuerzo.
 - Muy a menudo pierde cosas que necesita (ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros, ropa , etc.).
 - Se distrae con cualquier cosa.
- Es muy descuidado en las actividades.

CONDUCTA HIPERACTIVA (Orjales, 1999).

- Movimientos constantes de manos y pies.
- Se levanta constantemente.
- Corretea por todos lados.
- Le cuesta jugar a actividades tranquilas.
- Está activado como si tuviera un motor.

Habla en exceso.

Anexo 3. Continuación **CONDUCTA IMPULSIVA (Orjales, 1998).**

- Se precipita en responder antes de que se hayan completado las preguntas.
- Tiene dificultades para guardar turno.
- Suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

Anexo 4. Douglas y col. (1984)

VARIABLES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SOSTENIDA.
Comprender la tarea y las metas de uno antes de ponerse en acción.
Percatarse de cuándo no se comprende bien la tarea ni las metas o resultan confusas.
Elaborar un plan o estrategia para emprender una tarea o atacar un problema.
Realizar una estimación inicial de qué tan adecuado sería un plan o una estrategia antes de aplicarlos, así como generar alternativas si parece inapropiado el procedimiento inicial
Vigilar como se avanza hacia la solución del problema y comenzar de nuevo si es necesario.
Dividir metas lejanas en otras más inmediatas, si se trata de tareas que requieren periodos prolongados o esfuerzo sostenido.
Pensar en términos de medios - fines ("si hago esto entonces...").
Estimar el tiempo que se necesita para cada tarea y programar el tiempo disponible.

Anexo 4. Continuación.

Lidiar con el hecho de estar rezagado, al evitar que la excitación y las emociones interfieran con el proceso, así como eliminar ideas negativas y catastróficas.

Consultarse a sí mismo al quedarse atorado (en lugar de pedir ayuda o darse por vencido de inmediato), por medio de recordar soluciones a dificultades anteriores.

Esta lista de variables de solución de problemas ayuda a mostrar las complejidades que encierra la orden de "poner atención" (Kirby, 1992).

Nombre del niño _____ Fecha _____

CUESTIONARIO PARA EL MAESTRO.

A continuación aparecen términos descriptivos de conductas. Marque con una cruz la columna que mejor defina al niño. CONTESTE TODOS LOS REACTIVOS.

Observación.	Nada.	Un Poco.	Bastante.	Demasiado.
Conducta en el salón.				
1.- Juguetea constantemente.				
2.- Tararea y emite otros ruidos raros.				
3.- Sus exigencias deben satisfacerse de inmediato; se frustra con facilidad.				
4.- Su coordinación es deficiente.				
5.- Excitable, impulsivo.				
6.- No pone atención se distrae con facilidad.				
7.- Deja inconclusas las cosas que empieza; no enfoca su atención por periodos prolongados.				
8.- Inquieto o activo en exceso.				
9.- Excesivamente sensible.				

Observación .	Nada.	Un Poco.	Bastante.	Demasiado.
10.- Demasiado serio o triste.				
11.- Sueña despierto.				
12.- Malhumorado o resentido.				
13.- Lloro con frecuencia y fácilmente.				
14.- Molesta a otros niños.				
15.- Peleonero.				
16.- Su ánimo cambia rápida y drásticamente.				
17.- Se quiere pasar de listo.				
18.- Destructivo.				
19.- Hurta.				
20.- Miente.				
21.- Tiene accesos de cólera; su conducta es explosiva e impredecible.				
Participación en el grupo.				
22.- Se aísla de otros niños.				
23.- Parece ser rechazado por el grupo.				

Observación.	Nada.	Un Poco.	Bastante.	Demasiado.
24.- Se deja llevar con facilidad.				
25.- No tiene sentido de lo que es jugar con equidad.				
26.- Parece carecer de liderazgo.				
27.- No se lleva bien con el sexo opuesto.				
28.- No se lleva bien con el mismo sexo.				
29.- Provoca a otros chicos o interfiere en sus actividades.				
Actitud hacia la autoridad.				
30.- Sumiso.				
31.- De reto.				
32.- Intolerante.				
33.- Tímido.				
34.- Temeroso.				
35.- Exige demasiada atención del maestro.				
36.- Obstinado.				
37.- Se afana mucho por complacer.				
38.- Cooperera poco.				
39.-Falta mucho a clase.				

Anexo 5. Continuación.

Indicaciones a los profesores para valorar el cuestionario de Índice de Hiperactividad (Farré y Narbona, 1989).

1.– Marque con una cruz valorando en que grado el alumno presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.

2.– Asigne puntos de cada respuesta del siguiente modo:

Nada = 0 puntos.

Poco = 1 punto.

Bastante = 2 puntos.

Mucho = 3

3.– Para obtener el índice de TDAH sume las puntuaciones obtenidas.

Puntuación:

Para los niños entre 6 - 11 años; una puntuación mayor de 17 es sospecha de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Para las niñas entre 6 - 11 años; una puntuación mayor de 12 en hiperactividad significa sospecha de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Si su alumno presenta una puntuación superior a la indicada es conveniente que lo vea un especialista, evitará muchos problemas si el niño es detectado a tiempo.

Nombre del niño _____ Fecha _____

Por favor conteste todas las preguntas.

Junto a cada uno de los siguientes reactivos, indique el grado del problema mediante una marca (X).

Aspecto a Evaluar.	Nunca.	Un Poco.	Bastante.	Demasiado.
1.- Manipula cosas (uñas, dedos, cabello, ropa).				
2.- Es impertinente con las personas mayores.				
3.- Tiene dificultades para hacer o conservar amigos.				
4.- Es excitable, impulsivo.				
5.- Quiere dirigir todo.				
6.- Succiona o mastica (el pulgar, la ropa, sábanas).				
7.- Llora con facilidad o a menudo.				
8.- Busca pleitos.				
9.- Sueña despierto.				
10.- Se le dificulta aprender.				
11.- Es inquieto; le gusta retorcerse.				
12.- Es temeroso (tiene miedo de nuevas situaciones , de gente desconocida u otros lugares, de ir a la escuela).				

Aspecto a Evaluar.	Nunca.	Un Poco.	Bastante.	Demasiado.
13.- No está quieto; siempre anda de un lado ha otro.				
14.- Es destructivo.				
15.- Dice mentiras o historias falsas.				
16.- Es tímido.				
17.- Se mete en más problemas que chicos de su edad.				
18.- Habla diferente ha otros pequeños de su edad (como bebé, tartamudea, es difícil entenderlo).				
19.- No acepta sus errores o responsabiliza a otros.				
20.- Es peleonero.				
21.-Hace berrinches y malas caras.				
22.- Hurta.				
23.- Desobedece u obedece de mala gana.				
24.- Se preocupa más que otros niños (por quedarse solo, por enfermar o morir).				
25.-Deja cosas inconclusas				
26.-Es fácil herir su susceptibilidad				

Aspecto a Evaluar.	Nada.	Un Po- co.	Bastan- te.	Dema- siado.
27.- Abusa de los demás.				
28.- Es incapaz de abandonar una actividad repetitiva.				
29.- Es cruel.				
30.- Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar; no es independiente; requiere que constantemente se le apoye).				
31.- Se distrae o no puede concentrarse.				
32.- Tiene dolores de cabeza.				
33.- Cambia súbita y marcadamente de estado de animo.				
34.- Le desagrada o se niega a seguir reglas u observar restricciones.				
35.- Pelea con frecuencia.				
36.- No se lleva bien con hermanos o hermanas.				
37.- Se frustra con facilidad si fracasa.				
38.- Molesta a otros chicos.				
39.- En esencia es desdichado.				

Aspecto a Evaluar.	Nada.	Un poco.	Bastan- te.	D e m a - siado.
40.- Padece de alteraciones de apetito (come mal; ingiere demasiados bocadillos).				
41.- Sufre de dolores de estomago.				
42.- Tiene trastornos de sueño (No puede dormir, se despierta muy temprano, se levanta en la noche).				
43.- Experimenta otros malestares o dolores.				
44.- Vomita o siente náusea.				
45.- En el círculo familiar siente que todos abusan de él.				
46.- Alardea y es presuntuoso.				
47.- Permite que abusen de él.				
48.- Sufre de problemas intestinales (diarreas frecuentes, hábitos irregulares, estreñimiento).				

Anexo 6. Continuación.

Indicaciones a los padres para valorar el cuestionario de Índice de Hiperactividad (Farré y Narbona, 1989).

1.- Marque con una cruz valorando en que grado el niño presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.

2.- Asigne puntos de cada respuesta del siguiente modo:

Nada = 0 puntos.

Poco = 1 punto.

Bastante = 2 puntos.

Mucho = 3

3.- Para obtener el índice de TDAH sume las puntuaciones obtenidas.

Puntuación:

Para los niños entre 6 - 11 años; una puntuación mayor de 17 es sospecha de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Para las niñas entre 6 - 11 años; una puntuación mayor de 12 en hiperactividad significa sospecha de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Si su hijo presenta una puntuación superior a la indicada es conveniente que lo vea un especialista, evitará muchos problemas si el niño es detectado a tiempo.

Anexo 7. HISTORIA CLINICA PARA PADRES.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

- Nombre del padre _____ Edad. _____ Sexo. _____
Lugar de Nacimiento. _____ Lugar de Residencia. _____
_____ Estado civil _____
Escolaridad _____ Ocupación. _____
Fecha de la entrevista. _____ Teléfono _____

2. DESCRIPCIÓN BREVE DEL NIÑO.- Nombre _____

- Edad _____ Escolaridad _____ Sexo _____
Peso _____ Talla _____ Se presenta en compañía de. _____
_____ Descripción física detallada niño. _____

Presentación personal _____
Examen mental (juicio de realidad, afecto, discurso, tono de voz). _____

3. MOTIVO DE LA CONSULTA.

- Explicar los problemas o problema obteniendo la información de los padres, médicos, escuela, etc. _____

4. PADECIMIENTO ACTUAL

- Exploración y profundización de síntomas, desde cuando se presentan, como es el síntoma, ante que aparece. _____

Anexo 7. (continuación)

5. HISTORIA FAMILIAR.

- Padre , edad, vivo o muerto . _____
- Relación emocional con el niño _____

- Relación emocional con la pareja. _____

Madre: Recabar los mismos datos . _____

- Hermanos: edad, ocupación, relación con el paciente entre los hermanos. —

6. HISTORIA PERSONAL .

- Cómo fue la concepción. _____ El embarazo. _____
- El parto. _____ A que edad empezó a caminar. _____
A que edad empezó a hablar. _____ A que edad empezó a
controlar esfínteres _____ Que recuerdos tiene el paciente de
su infancia _____
Intereses, sueños, frustraciones, fantasía, etc. _____

7. DIAGNÓSTICO RELEVANTE. _____

8. PRONÓSTICO. _____

9. RECOMENDACIONES. _____

Anexo 8.

Entrevista con el niño adaptada a partir de los criterios de diagnóstico del DSM-III-R (1983) para el TDAH (Kirby, 1992).

1. ¿ Con frecuencia tienes dificultades para terminar la tarea?.
2. ¿ A menudo te dicen tu madre y tu maestro que no estás escuchando?
3. ¿ Te molesta que haya ruido o gente a tu alrededor cuando tratas de hacer tu tarea ?
4. Aun si hay silencio. ¿ Te cuesta trabajo concentrarte en lo que estás haciendo?
5. ¿ Se te hace difícil jugar con una sola cosa durante un período largo?
6. ¿ Haces las cosas sin pensar detenidamente y la gente te dice que porqué no usaste la cabeza?
7. ¿ Te gusta jugar o trabajar en varias cosas a la vez e ir de una a otra, en lugar de terminar primero una?
8. ¿ Tienes dificultades para prepararte y organizarte?. Por ejemplo: ¿Te cuesta trabajo tener listo todo lo que necesitas para la escuela o para llevar a cabo un trabajo artístico, antes de que empieces?
9. ¿ Tu madre o tu maestro deben vigilarte y ayudarte más que a otros niños?
10. ¿ Hablas o gritas en clase, olvidándote de levantar la mano o pedir permiso?
11. ¿ Te cuesta trabajo esperar tu turno en el grupo o al participar en algún juego?
12. ¿ Corres y te trepas por las cosas ?

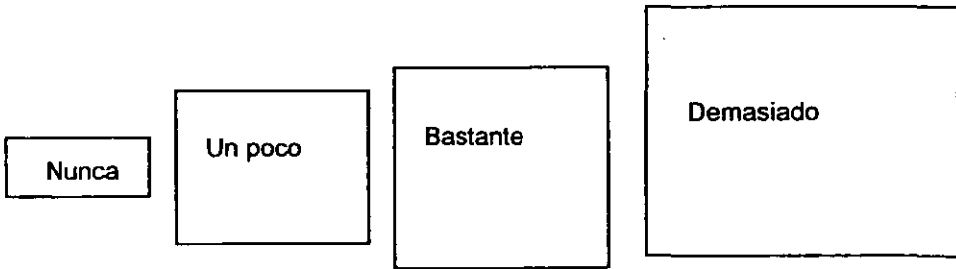
Anexo 8 (Continuación).

13. En tu banca de la escuela ¿ te es difícil quedarte sentado, por lo que te mueves y juegas con tus dedos y cosas?
14. ¿ Se te olvida que debes permanecer sentado y hay que recordártelo ?
15. ¿ Piensas que te mueves mucho al dormir?. Por ejemplo: ¿cuando te despiertas están desordenadas las sábanas?
16. ¿ Tienes más energía que otros niños, y sientes que puedes hacer muchas cosas sin parar?

Anexo 8. Continuación.

Valoración de las respuestas de la entrevista al niño (Kirby, 1992)

El Psicólogo lee la lista de preguntas y el niño elige una de de las cuatro tarjetas con los siguientes tamaños y leyendas



CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA DIFERENCIAR ENTRE NIÑOS HIPERACTIVOS Y NIÑOS AGRESIVOS. (Prinz, Connors y Wilson, 1981).

Conductas hiperactivas.	Conductas agresivas
1) Se levanto de su asiento en tres o más ocasiones durante la clase.	1) Golpeó, pateó o empujó a un compañero.
2) Habló cuando no le correspondía, al menos dos veces.	2) Discutió enojado.
3) Trató de llamar su atención mientras usted se ocupaba de otro pequeño.	3) Le quitó algo a otro chico.
4) Corrió por la habitación cuando debía trabajar o guardar silencio	4) Se burló cruelmente de otro niño.
5) Golpeteó con el lápiz, aplaudió, hizo ruido con los pies o con papel en cuatro ocasiones distintas.	5) Se negó desafiante a cumplir con las instrucciones u órdenes del maestro.
6) Dejó inconclusas dos o más tareas durante el día.	6) Le lanzó un objeto a una persona.
7) Formuló la misma pregunta una y otra vez (cuatro o más)	7) Destruyó propiedad ajena.
8) No escuchó las instrucciones, y terminó por realizar una tarea diferente (incorrecta) a la de sus compañeros.	8) Se rehusó a compartir algo.
9) Se rió de manera tonta en dos ocasiones distintas (cuando los otros no lo hacían).	9) Maldijo Forzó a otro chico a realizare algo en contra de su voluntad.
10) Revolió anaqueles o armarios.	10) Golpeó, pateó o empujó a un adulto.

Entrenamiento en Autoinstrucciones :

Fases y habilidades a enseñar.

(Michenbaum y Goodman, 1971)

Fases del entrenamiento en Autoinstrucciones	Habilidades modeladas por el Terapeuta.
1. Modelado Cognitivo.	Definición del problema. ¿Qué es lo que tengo que hacer?.
2. Guía Externa Manifiesta .	Guía de la respuesta ¿Cómo tengo que hacerlo?..... Con
3. Autoinstrucción manifiesta.	Autorrefuerzo. (Lo estoy haciendo muy bien.)
4. Autoinstrucción manifiesta atenuada	Autoevaluación y autocorrección (Esto va bien ... Incluso si cometo un error puedo continuar)
5. Autoinstrucción encubierta.	

Anexo 11.

GUÍA DE AUTOINSTRUCCIÓN - Michenbaum (1974).

PRIMER PASO:	Debo saber ¿qué es lo que tengo que hacer?.
SEGUNDO PASO :	¿Cómo lo voy a hacer? Estableceré un plan de acción.
TERCER PASO:	Recordaré y diré en alto << tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta.>>
CUARTO PASO:	Daré la respuesta .
QUINTO PASO	Evaluaré el resultado y diré.
Si es correcto:	<< ¡ Me ha salido bien !, ¡ estupendo soy genial !>>
Si no es correcto :	<<¡ Vaya!, ¿Porqué me ha salido mal? (para responder a esta pregunta deberé analizar en que paso he fallado). <<¡Ah!.¿fue por eso?, bueno , ahora que lo sé ¡la próxima vez me saldrá mejor!>>

HISTORIA DE UNA TORTUGA (Orjales, 1999).

HISTORIA DE UNA TORTUGA.

<< En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía..... Años de edad y justo entonces acababa de empezar Curso. Se llamaba tortuguita.

A tortuguita no le gustaba ir al colegio. Prefería estar en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar ni aprender nada de nada, sólo le gustaba correr y jugar con sus amigos o pasar las horas muertas viendo la televisión. Le parecía horrible tener que hacer cuentas y más cuentas; y aquellos horribles problemas de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda el alma leer y lo hacía bastante mal y era incapaz de acordarse de apuntar los deberes que le mandaban. Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros al colegio.

En clase, jamás escuchaba a la maestra y se pasaba el rato haciendo ruidos que volvían locos a todos. Cuando se aburría, y sucedía muy a menudo, interrumpía la clase chillando o diciendo tonterías que hacían reír a todos. En ocasiones, intentaba trabajar, pero lo hacía rápido para terminar cuanto antes y se volvía loca de rabia cuando, al final, le decían que lo había hecho mal. Cuando esto sucedía arrugaba las hojas o las rompía en mil pedazos, Así trascurrían los días.

Cada mañana, camino al colegio, se decía a sí misma que iba a esforzarse en todo lo posible para que no le castigaran en todo el día. Pero, al final siempre acababa metida en algún lío. Casi siempre se enfurecía con alguien, y se peleaba constantemente, aunque sólo fuera porque creía que el que le había empujado en la formación lo había hecho a propósito. Se encontraba siempre metida en dificultades y empezó a estar harta del colegio. Además, una idea empezó a rondarle por la cabeza; " soy una tortuga muy mala ", se decía. Estuvo pensando esto mucho tiempo sintiéndose mal, muy mal.

Un día cuando se sentía más triste y desanimada que nunca, se encontró con la tortuga más grande y más vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años y su tama-

Anexo 12. Continuación.

ño era enorme. La tortuga sabia se acercó a tortuguita y le preguntó qué le ocurría. Tortuguita tardó en responder, impresionada por semejante tamaño. Pero la vieja tortuga era tan bondadosa como grande y estaba deseosa de ayudarla. "¡ Hola !" , dijo con voz profunda y atronadora, " voy a contarte un secreto. ¿ No comprendes que llevas sobre ti la solución para los problemas que te agobian ?.

Tortuguita no sabía de qué le estaba hablando. "¡ Tu caparazón, tu caparazón !" , exclamó la tortuga sabia, "¡ para eso tienes una coraza !" Puedes esconderte en su interior siempre que te des cuenta de lo que estás haciendo o diciendo te da rabia. Entonces, cuando te encuentres dentro de tu concha dispondrás de un momento de tranquilidad para estudiar tu problema y buscar la mejor solución.

Así que, ya lo sabes, la próxima vez que te irrites, métete inmediatamente en tu caparazón.

A tortuguita le gustó la idea y estaba impaciente por probar su nuevo secreto en el colegio. Llegó el día siguiente y, de nuevo. Tortuguita cometió un error que estropeó su hoja de papel blanca y reluciente. Empezó a experimentar otra vez sentimientos de furia y rabia y, cuando estaba a punto de perder la paciencia y arrugar la hoja, se acordó de lo que le había dicho la vieja tortuga. Rápida como el rayo encogió sus brazos, piernas y cabeza, apretándolos contra su cuerpo, deslizándose hacia el interior de su caparazón. Permaneció así hasta que tuvo tiempo de pensar qué era lo mejor que podía hacer para resolver su problema con la hoja. Fue estupendo para ella encontrarse allí tan tranquila y confortable dentro de su concha donde nadie podía molestarla.

Cuando por fin salió de su concha se quedó sorprendida al ver que su maestra la miraba sonriente. Tortuguita explicó que se había puesta furiosa porque había cometido un error. La maestra le dijo que estaba orgullosa de ella porque había sabido controlarse. Luego entre las dos, resolvieron el fallo de la hoja. Parecía increíble que con una goma y borrando con cuidado, la hoja pudiera volver a quedar limpia.

Anexo 12. Continuación.

Tortuguita continuó aplicando su secreto mágico cada vez que tenía problemas, incluso en el recreo. Pronto, todos los niños que habían dejado de jugar con ella por su mal carácter descubrieron que ya no se enfurecía cuando perdía en un juego ni pegaba a todo el mundo por cualquier motivo. Al final del curso, Tortuguita aprobó todo y jamás le faltaron amigos.

Cuento para animación de la técnica de la tortuga. Una técnica para el entrenamiento del autocontrol emocional para el aula. Adaptación realizada por Orjales (1992) de la historia utilizada por M. SCHNEIDER (1974).

REFERENCIAS.

- Alcaraz, C. (1996) No es invento el Trastorno por Déficit de Atención.
<http://www.excelsior.com.mx/9607/960719/for01.html> 2/11/2000.
- Abate, L. and Curtis. (1975) Theaching the Exceptional Child. International Copyright Union.
- Barkley, R. (1981) Hiperactive Children: A Handbook For Diagnosis and Treatment.
New York: Guildford Press.
- Barkley, R. (1982) Guidelines for defining hyperactivity in children: Attention deficit disorder with hyperactivity. En Lahey, B. y Kazdin, A. (eds.), Advances in Clinical Child Psychology. New York: Plenum Press.
- Barkley, R. (1990) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York: Guildford Press.
- Bender, L. (1975) Test Gestáltico Visomotor. Argentina: Paidós.
- Bricklin, B y Bricklin, P. (1971) Causas Psicológicas del Bajo Rendimiento Escolar, México, D:F: Editorial Pax.
- Bourassa, M. Robaey, P. and Pelletier, G. (1998) Response Regulation in ADHD Children: Brain Preparatory Processes in a Spatial Stimulus - Response Compatibility Parading. A review (Monograph) Journal Brain and Cognition. Vol. 37 (1). 155-158
- Conners, C. (1969) A Teacher Rating Scale for Use in Drug Studies with Children. American Journal of Psychiatry. Vol.126, 884-888.
- Coon, D (1999) Psicología, exploración y aplicaciones (8a ed). México: International Thonson.
- Cosgrove, P.(1997) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. [Http://www.btinternet.com/black.ice/addnet/cosgrove.html](http://www.btinternet.com/black.ice/addnet/cosgrove.html) 2/11/2000.

- Danforth, J. (1998) The Outcome of Parent Training Using the Behavior Management Flow Chart With Mothers and their Children With Oppositional Defiant Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A review (Monograph) Journal Behavior Modification. Vol. 22 (4), 443 - 4.
- Day, H. and Boerio, S. (1998) Parent Reports of Disturbances in Stimulant Medicated Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review (Monograph) Journal of Clinical Psychology. Vol. 54(5) 701-716.
- Diario Oficial de la Federación. Tomo DIX No 12 Lunes 19 de Febrero de 1996.
- Dominguez, R and Shapiro, S. (1998) Teacher Ratings of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Hispanic Children: A review (Monograph). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 20 (4) 275 - 291.
- Doogue, G. (1999) ADHD Y Ansiedad. <http://babelfish.altavista.com/cgibin/traslate/2/11/2000>.
- Douglas, V. (1980) Higher Mental Processes in Hyperactive Children: Implication for Training. En Knights, R y Bakler, D (eds.) Treatment of hyperactive.
- DSM-IV BREVIARIO Criterios Diagnósticos (5a. Ed) (1999): (pp. 62-65) (Trad. de Flores, T. Toro, J. Masana, J. y Treserra, j.) Barsezona: Masson, S. A. (trabajo original publicado en 1994).
- Dupaul, G. Anastopoulos, A. Power, T. Reid, R. Ikeda, M. And Mcgoey K. (1998) Parent Ratings of Attention - Deficit / hyperactivity Disorder Symptoms Factor Structure and Normative Data: A review (Monograph) Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment Vol. 20 (1) 63—101.

- Dykman, K. and Dykman, R. (1998) Effect of Nutritional Supplements on Attentional - Deficit Hyperactivity Disorder. A review (Monograph) Integrative Physiological and Behavioral Science. Vol. 33 (1) 49 - 60.
- Erdman, P. (1998) Conceptualizing ADHD as a contextual response to parental attachment. A review (Monograph). The American Journal Family Therapy, Vol. 26, 177 - 185.
- Fagotti, A. (1997) Abordaje pedagógico clínico en niños con trastornos en la constitución subjetiva. <http://www.psinet.com.ar/apba/apba0058.htm>. 2/11/2000.
- García, C. (1998) Estudiantes con TDAH <http://www.cop.es/tda/ESTD-TDA.thm> 2/11/2000.
- Gargallo, B. (1991) Hijos Hiperactivos. España. Cúpula.
- Greg, S. (1995) Understanding and Identifying Children with ADHD <http://www.dntinternet.com/~black.ice/addnt/identify.html>. 2/11/2000.
- Gresham, F. and MacMillan, D. (1997) Social Competence and Affective Characteristics of Students with Mild Disabilities: A review (Monograph). Journal of Educational Research Winter. Vol. 67 (4) 377 - 415.
- Golstein, S. (1997) AD/HD and Childhood Depression. [Http://www.btinternet.Com/black.ice/addnet/samd.html](http://www.btinternet.Com/black.ice/addnet/samd.html) 2/11/2000.
- Guzmán, A. (1996) La utilización de una prueba neuropsicológica en la evaluación psicopedagógica de niños con problemas de aprendizaje. Tesis no publicada. Licenciatura en Psicología. Universidad Anahuac. México, D: F.
- Hallahan, D. and Kauffman, J. (1978) Exceptional children. New Jersey: Prentice Hall.
- Heward, W. (1998) Niños excepcionales. España: Prentice Hall.

- Herranz, L. (1998). Tratamiento farmacológico del niño con Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad. [http://www.cop.es /tda/herranz.htm](http://www.cop.es/tda/herranz.htm).
2/11/2000
- Holland, J. Skinner, B. (1970) Análisis de la Conducta. México D.F: Trillas.
- Jaquith, J. (1996) Your ADD/ADHD Child. <Http://babelfish.Altavista.com/cgi-bin/translate>
2/11/2000.
- Kewley, G. (1998) Hyperkinesis or ADHD why does it matter. <http://www.btinternet.com/black.ice/addnet/geoff2.html>.2/11/2000.
- Kirby, G (1992) Trastorno por déficit de atención: México, D.F: Limusa.
- Labrador, F. Cruzado, A. Muños, M. (1995) Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de conducta. Madrid: Piramide S.A.
- Lautrey, L. (1985). Clase social, medio familiar e inteligencia. Madrid: Visor.
- Lopera, F. Palacio, L. Jiménez, I. Villegas, P. Puerta, I. Pineda, D. Jiménez, M. Arcos, M. (1998) Discriminación de Factores Genéticos en Déficit de Atención (DDA) <http://www.geocities.com/Heartland/Village/8635/espectro/artigos/discri.html>.2/11/2000.
- Manga, D. y Fournier, C. (1997) Neurología clínica infantil. Madrid. Editorial Universitas, S.A.
- Mark, I. Wolraich, I. Feurer, D. Hannah, J. Baumgaertel, A. And Pinnock, T. (1998) Obtaining Sistematic Teacher Reports Of Disruptive Behavior Disorders Utilizing DSM - IV. A review (Monograph). Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 26 (2), 141 - 152.

- Marsellach, G. (1998) La hiperactividad en los niños <http://ciudadfutura.net/psico/articulos/hyperactividad.htm> 2/11/2000.
- Martinez, R. (1998) Evaluación de una escala de observación para la detección de niños con problemas de aprendizaje. Tesis no publicada. Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, D. F.
- Meichenbaum, D. Y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. A review (Monograph). Journal of abnormal Psychology, Vol. 77.115-126.
- Merino, C. (1999) Niños hiperquinéticos <http://www.unam.mx/rompan/22/2229.html> 2/11/2000.
- Michanic, C. (1996) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad <http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/17/a17-06.htm> 2/11/2000.
- Molina, S. (1997) El fracaso en el aprendizaje escolar. Málaga: Algibe.
- Moreno, G. (1997) Hiperactividad (2ª Ed.) Madrid: Ediciones Pirámide.
- Nieto, H. (1994) Casos clínicos de niños con problemas de aprendizaje México, D.F: Manual Moderno.
- Nigg, J. Carte, E. Hinshaw, S. And Treuting, J (1998) Neoropsychological Correlates of Childhood Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder: Explainable by Comorbid Disruptive Behavior or Reading Problems?. A review (Monograph). Journal of Abnormal Psychology, Vol 3, 468 - 480.

- Noell, G. Gansle, A. Witt, J. And Whitmarsh, E. Effects of contingent reward and instruction on oral reading performance at defering levels of passage difficulty, A review (Monograph) Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 31 (4) 659 - 663.
- Orjales, V. (1998) Déficit de Atención con Hiperactividad (3er Ed.) Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Pinillos, J. (1975) Principios de psicología. Madrid: Editorial Alianza.
- Robin, A. (1998) Research Update on ADHD. [http:// www.add.org/content/research/update.htm](http://www.add.org/content/research/update.htm) 2/11/2000.
- Rodríguez, A, (1997) El despiste eterno. <Http://www.el-mundo.es/salud/262/25n0143.html2/11/200>.
- Romeu, J. (1999) Conductas irruptivas y trastornos por déficit de atención. <http://www.geocities.com/Athens/Crete/8225/hiperact.htm> 2/11/2000
- Ross, CH. Blanc, H and McNell, B.(1998) Parenting stress in Mothers of Young children wiith oppositional defiant disorder and othersevere behavior problems .A review (Monograph) Child Study Journal. Vol.28(2)93-110.
- Sattler, J. (1996) Evaluación infantil. 3er. Edic.Santafé de Bogota : Manual Moderno.
- Schmidt, K. Star, K. Carlson C. And Antony, B. (1998) Cognitive Factors Differentiating Attention Deficit-Hiperactivity Disorder whith and Without a Comorbid Mood Disorder. A review (Monograph) Journal of Consulting and Psychology Vol.66(4) 673-679

- Serrano, A. (1999) Trastornos de la Atención de los niños. <http://www.mipediatra.Com.mx/infantil/atención.ttm> 2/11/2000.
- Solomon, P y Patch, V. (1976) Manual de Psiquiatría (2a Ed.) México: Manual Moderno S.A
- Taylor, E. (1991) El niño Hiperactivo (ed. castellano) Barcelona: Martínez Roca.
- Taylor, E. (2000) El niño Hiperactivo (4a Ed.) Madrid;Ibérica Grafic,S.L.
- Velasco, R. (1976) El niño hiperquinético: México,D.F. Trillas.
- Velasco, R. (2000) El niño hiperquinético (6a. Ed.) MéxicoD.F. Trillas.
- Wiers, R. Boudewijn, W. and Sergeant, J. (1998) Is a Mild Deficit in Executive Functions in Boys Related to Childhood ADHD or to Parental Multigenerational Alcoholism, A review (Monograph) Journal of Abnormal Child Psychology Vol.26 (6) 415-430.