



6
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

CARRERA DE LIC. EN PSICOLOGIA

**APROXIMACION TEORICA DEL DEFICIT DE
ATENCION POR TRASTORNO DE
HIPERACTIVIDAD (DATH)**

PRESENTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GARCIA REYNOSO SIGFRIDO

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

ASESOR LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMIREZ

Noviembre de 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 mis padres

INDICE

página

RESUMEN

INTRODUCCION

I. REVISION HISTORICA DEL DATH

A. ENTENDIENDO EL PROBLEMA	1
B. DEVENIR HISTORICO DEL DATH	3
C. ESTUDIOS POBLACIONALES	11

II. ETIOLOGIA

A. PREDISPOSICION GENETICA	12
B. LESIONES CEREBRALES ADQUIRIDAS	15
C. TRASTORNO BIOQUIMICO	21
D. DESNUTRICION	22
E. RADIACION	26
F. PLOMO	27
G. OTRAS TOXINAS	28
H. TIROIDES	28
I. MEDICAMENTOS	29
J. INFLUENCIA DE VARIABLES PSICOLOGICAS Y FACTORES AMBIENTALES	29
K. CONDICIONES MEDICAS QUE IMITAN EL DATH	31

III. CUADRO CLINICO

A. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO MOTOR Y EMOCIONAL	33
B. ALTERACIONES DE LA ATENCION	37
C. IMPULSIVIDAD	43
D. PERSEVERACION	43
E. TRASTORNOS PERCEPTIVO-COGNITIVOS	44
F. SIGNOS NEUROLOGICOS	45
G. ANORMALIDADES ELECTROENCEFALOGRAFICAS	46
H. OTROS SINTOMAS	46

IV. EVALUACION Y DIAGNOSTICO	
A. ENTREVISTA	50
B. PRUEBAS PSICOLOGICAS	58
C. CRITERIOS DIAGNOSTICOS	65
D. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	72
V. INTERVENCION	
A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES	77
B. INTERVENCION PSICOSOCIAL	79
C. TECNICAS COGNITIVAS	91
D. MANEJO POR PARTE DE LA FAMILIA	95
E. MANEJO EN LA ESCUELA	99
F. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	105
G. MANEJO DIETETICO	108
H. LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	109
VI. EL ADULTO CON DATH	
A. PREDOMINIO DEL DATH EN EL ADULTO	111
B. ¿POR QUE ES IMPORTANTE COMPRENDER AL ADULTO CON DATH?	113
C. DESCRIPCION CLINICA	115
D. EVALUACION Y DIAGNOSTICO	118
E. ESCALAS DE EVALUACION	119
F. DIAGNOSTICO	122
G. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL	125
H. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	130
I. RELACION ENTRE EL CIGARRILLO Y EL DATH	132

OBJETIVOS

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

PROBLEMATICA

PROPOSITO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

RESULTADOS

ANALISIS Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

RESUMEN

La actualización documental sobre los conceptos básicos referentes al Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH) es fundamental para el correcto ejercicio profesional del psicólogo sobre los pacientes que presenten este padecimiento. El planteamiento del problema consiste en la composición de un cuerpo sistematizado de información referente al DATH, así como la incorporación de las investigaciones más recientes sobre la ocurrencia de este síndrome tanto en niños como en adolescentes y adultos. Las herramientas utilizadas en esta investigación son la captura de información especializada, para ello se emplean medios de búsqueda bibliográfica, hemerográfica y electrónicos como bancos de Información computarizados e Internet, así como la sistematización, clasificación y ordenación de la información por medio de fichas bibliográficas y de trabajo. Los objetivos que se plantean son manejar el cuerpo teórico más reciente y reconocido en la actualidad sobre los criterios clínicos indispensables que requiere el psicólogo en temas como la etiología, el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento del paciente con DATH, así como enfatizar sobre la importancia y beneficio de un trabajo multidisciplinario entre las ciencias del comportamiento durante el tratamiento del DATH.

INTRODUCCION

La diversidad y complejidad del mundo moderno obliga a cualquier profesionista (incluyendo por su puesto al Psicólogo) a permanecer en una continua actualización sobre los principales acontecimientos que, de una manera u otra, afectan el devenir cotidiano de su desempeño profesional. El fruto de dicha actitud es crear una conexión directa entre el investigador que lleva a cabo sus trabajos en el Laboratorio o la Universidad y el clínico que enfrenta diariamente los cuadros y síndromes manifiestos en la población dentro de la Unidad de Salud. Estas razones me motivaron a abordar una investigación documental sobre el Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH).

El planteamiento principal de esta investigación consiste en la composición de un cuerpo sistematizado de información referente al DATH, así como la incorporación de investigaciones actualizadas sobre la ocurrencia de este síndrome tanto en niños como en adolescentes y adultos, para ello se emplean medios de búsqueda bibliográfica, hemerográfica y electrónicos como bancos de información computarizados e Internet, así como la sistematización, clasificación y ordenación de la información por medio de fichas bibliográficas y de trabajo.

Los objetivos que se plantean son manejar un cuerpo teórico que incluya las últimas actualizaciones sobre los criterios clínicos indispensables que requiere el psicólogo en temas como la etiología, el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento del paciente

con DATH, así como enfatizar sobre la importancia y beneficio de un trabajo multidisciplinario entre las ciencias del comportamiento durante el tratamiento del DATH.

En la presente investigación se hace referencia tanto a estudios que ya son clásicos como a los más modernos en la materia, la finalidad de éste es mostrar la evolución de los conceptos, no sólo de los autores norteamericanos y europeos, sino también de autores mexicanos como Cuervo y Pizano (1982), Díaz del Guante y Mávila (1993), Marosi (1984), Puente, RM; Barriga V. F.; Velez R. C. y Bautista C. J. (1979) y van-Wielink (2000) entre otros, dichos autores han contribuido enormemente en este gran esfuerzo, motivo suficiente para llenarnos de orgullo.

En el primer capítulo se realiza un revisión histórica del devenir conceptual del Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH), desde los pioneros hasta las últimas precisiones realizadas por instituciones reconocidas internacionalmente como por ejemplo, la American Psychiatric Association (APA). El propósito de este seguimiento cronológico consiste principalmente en averiguar todos los conceptos que se han empleado para nombrar a este amplio espectro de comportamiento anormal, y poder así evitar la confusión y ambigüedad que persiste aún hoy día cuando encontramos definiciones tales como "Disfunción Cerebral Mínima", "Hiperquinesia" o "Síndrome del niño hiperactivo" por nombrar solo algunos. Por lo tanto, la definición que utilizo (DATH) está basada en este seguimiento y sustentada como ya mencioné por las últimas precisiones llevadas a cabo en la actualidad.

Por otro lado, en este capítulo se exponen los resultados de estudios poblacionales, los cuales demuestran que el DATH está identificado en todas las latitudes independientemente de razas, idiomas, idiosincrasias y condiciones socio-económicas. En este orden de ideas, el DSM-IV, (1999) reconoce que el DATH se presenta en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

En el segundo capítulo se revisan los principales agentes etiológicos del DATH, se citan aquellos que siempre han revestido mayor importancia, por ejemplo, las lesiones cerebrales (focalizadas o no) y el decidido carácter hereditario del DATH. Posteriormente, se expone el resto de los agentes etiológicos que han sido encontrados y analizados hasta la fecha.

En el tercer capítulo se desglosa en detalle todo el cuadro clínico del DATH. La importancia que reviste este apartado es FUNDAMENTAL ya que todo lo que se desarrolle posteriormente (diagnóstico y tratamiento) depende de una correcta identificación de los signos y síntomas presentes en las personas con DATH, es por estas razones que dicho capítulo ha sido tratado con gran minuciosidad. Las principales descripciones clínicas se obtuvieron de autores como Tallis, (1982), Luria (1989), Velasco, (1980), Puente, et al, (1979) y Cuervo y Pizano. (1982)

En el cuarto capítulo se enumera todo el arsenal clínico indispensable para el pronto y preciso diagnóstico, por ejemplo, la entrevista, la historia clínica, las pruebas psicológicas, neuropsicológicas y las diversas escalas de evaluación. Finalmente, los criterios diagnósticos citados en este capítulo son los más recientes, como son los de la American Psychiatric Association (APA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como apoyo a la evaluación clínica se integran las principales situaciones de exclusión para demarcar correctamente el diagnóstico diferencial.

En el quinto capítulo quedan impresos los principales recursos terapéuticos que se disponen hasta hoy día. Calderón (1990) menciona que el objetivo primordial del programa de intervención consiste en obtener la mejor integración psicosocial posible de parte del niño a través de estrategias que incluyen enfoques en el aspecto familiar, educacional, de relaciones interpersonales y farmacológico. Aunado a lo anterior, van-Wielink (2000) y Tallis (1982) entienden que según sea el caso se requieren técnicas especializadas de modificación de la conducta, educación especializada, terapia emocional y psicofármacos. El personal adecuado para semejante labor está compuesto por psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, kinesiólogos, pediatras, neuropediatras y psiquiatras infantiles, que en su conjunto componen el equipo multidisciplinario adecuado para atender a los pacientes con DATH. Mi postura consiste en subrayar que la intervención de los pacientes con DATH debe ser de corte integrativo, es decir, que englobe todos los recursos de intervención en un plan eficaz, sin minimizar ni exaltar alguno de ellos. Esperando con ello una actitud de cooperación y concordia entre todos los miembros del equipo multidisciplinario antes mencionado.

Finalmente, en el sexto capítulo se exponen los últimos hallazgos referentes al DATH, cuyo diagnóstico ha sido muy bien establecido en niños, sin embargo, hasta hace poco tiempo se pensaba que el DATH no duraba más allá de la adolescencia, pero los resultados de estudios prospectivos a largo plazo indican que entre 30% y 70% de los niños con DATH presentan algunos síntomas en la edad adulta. Esto quiere decir que si el predominio del DATH entre los niños escolares puede estar en el 3% o más, el predominio entre los adultos puede ser del 1% o 2%. van-Wielink (2000) menciona que durante mucho tiempo se pensó que la mayoría de niños con DATH se "normalizaban" al llegar a la edad adulta. Esta idea errónea posiblemente se dedujo del hecho, de que los niños con DATH, van suavizando su hiperactividad conforme van creciendo. van-Wielink concluye que la mayoría de niños que presentaron DATH como niños, continuarán con síntomas como adultos, y sostiene que el Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad en el adulto es una entidad clínica en la medicina y psicología que se encuentra en pleno desarrollo y su existencia es desconocida para la mayoría de las personas.

El desarrollo de este conocimiento permite cuestionar dos constructos que se sabían muy sólidos. El primero es que el Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad se "normalizaba" en la adolescencia y "desaparecía" en la edad adulta. El segundo era la creencia de que muchas conductas anómalas o disfuncionales en el adulto eran de base estrictamente psicógena, atribuidas a "problemas de carácter", "falta de motivación" o a diversas "neurosis".

Por último, considero importante insistir sobre la utilidad que conlleva el empleo de la investigación documental, ya que permite conocer las principales corrientes de pensamiento sobre un tema específico, en este caso, los tópicos que han sido descritos no están exentos de la inevitable controversia que aún subsiste respecto al DATH. Sin embargo, lo único que puede a fin de cuentas dar el soporte definitivo a estas conclusiones son la observación, evaluación e intervención directa sobre la población por parte del clínico, en una palabra: la *praxis*.

I. REVISION HISTORICA DEL DATH

"Imagínese vivir en un calidoscopio de rápido movimiento en el cual sonidos, imágenes y pensamientos están en constante movimiento. Aburrirse fácilmente, sin poder concentrarse en las tareas que necesita cumplir. Distráido por imágenes y sonidos sin importancia, de manera que su mente lo lleva de un pensamiento o actividad al siguiente. Quizás esté tan envuelto en un collage de pensamientos e imágenes que no se da cuenta cuando alguien le habla..."

Para muchas personas, esto es lo que significa tener el Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH). Quizás no pueden sentarse quietos, planificar de antemano, terminar tareas o estar plenamente conscientes de lo que está ocurriendo a su alrededor. Para sus familias, compañeros de clase o colegas pueden parecer existir en un remolino de actividad desorganizada o desenfrenada. De repente -en algunos días y en algunas situaciones- pueden parecer estar bien, llevando a los demás a pensar que la persona con DATH en realidad puede controlar estos comportamientos. Como resultado de esto, el trastorno puede arruinar las relaciones de la persona con los demás, así como perturbar su vida diaria, consumir energía y disminuir su amor propio. (National Institute of Mental Health (NIMH), 1999)

A. ENTENDIENDO EL PROBLEMA

¿El DATH representa en sí un grave problema de salud pública? Para responder a esta pregunta el NIMH, (1999) nos muestra el caso de tres personas, todas ellas comparten una compleja situación:

Marcos

Marcos, de 14 años, tiene más energía que la mayoría de varones de su edad. Pero eso sí, siempre ha sido demasiado activo. A los 3 años, ya era un tornado humano, precipitándose por todas partes y desbaratando todo en su camino. En la casa, se lanzaba de una actividad a otra, dejando un sendero de juguetes detrás. En las comidas, volteaba platos y hablaba sin parar. Era imprudente e impulsivo, corriendo a la calle cuando venían carros, sin ninguna importancia de cuántas veces su madre le había explicado el peligro y de cuantas veces lo había regañado. En el campo de recreo, no parecía ser más salvaje que los demás niños. Pero su tendencia a reaccionar demasiado -tal como pegarles a sus compañeros sólo porque se tropezaran con él- ya lo había hecho entrar en apuros varias veces. Su padres no sabían qué hacer. Los abuelos complacientes de Marcos les aseguraban que "los niños serán niños. No se preocupen. Ya se pasará con la edad." Pero no fue así.

Lisa

Lisa, a los 17 años, aún se esmera por prestar atención y comportarse debidamente. Pero esto siempre le ha sido difícil. Todavía se avergüenza cuando se acuerda de aquella noche que sus padres la llevaron a un restaurante para festejar sus diez años. Se distrajo tanto por el cabello rojo brillante de la camarera que su padre tuvo que llamarla tres veces antes de que ella se diera cuenta de hacer su pedido. Entonces, sin intentar controlarse, dijo súbitamente, "¡Tu teñido de pelo es espantoso!". En la escuela primaria, Lisa era tranquila y servicial pero a menudo parecía estar soñando despierta. Era inteligente, sin embargo no podía mejorar sus notas, no importaba cuánto lo intentaba. Muchas veces, no pasaba sus exámenes. A pesar de que sabía la mayor parte de las respuestas, no podía concentrarse en el examen. Sus padres respondían a sus bajas notas quitándole privilegios y regañándola. "¡Simplemente eres haragana. Podrías sacarte mejores notas si sólo lo intentaras." Un día, después de que Lisa no pasó aún otro examen, la maestra la encontró llorando, "¿Qué es lo que me pasa?"

Enrique

A pesar de que le encanta estar en su taller, Enrique tiene un montón de proyectos de carpintería sin terminar e ideas para proyectos nuevos que él sabía que nunca iba a completar. Su cochera estaba tan apilada con madera que él y su esposa hacían chistes acerca de tener una venta de mercancías averiadas por incendio. Todos los días Enrique enfrentaba la frustración real de no poder concentrarse lo suficiente como para poder completar una tarea. Fue despedido de su trabajo como empleado de almacén porque perdía inventario y llenaba los formularios descuidadamente. Con el pasar de los años, con el temor que podía estar volviéndose loco, vio varios psicoterapeutas y probó varios medicamentos, pero nada lo ayudó a concentrarse. Vio la misma falta de concentración en su hijo pequeño y se preocupó.

La situación que comparten estas tres personas es que todas presentan el síndrome del DATH, sin embargo, a primera vista y en apariencia tienen problemas diferentes, ya sea con la conducta, el aprendizaje, el estado emocional, etc., por lo tanto es importante aclarar desde este momento que en la mayoría de los casos las manifestaciones clínicas del DATH cambian con la edad, esto quiere decir que el DATH ejerce su influencia sobre la continua maduración cerebral en los primeros años de vida, en los complejos procesos del desarrollo psicosexual derivados del eje neuroendocrino del adolescente y en la insoslayable influencia de los aparatos sociales que permiten en su conjunto la construcción de la personalidad humana, entonces hablamos de un furtivo síndrome que impacta en mayor o menor gravedad las diferentes etapas del ciclo vital.¹

¹ Para complementar estos conceptos se recomienda revisar el capítulo **EL ADULTO CON DATH** en donde se explican con más detalle las expectativas a largo plazo que este síndrome ofrece a la mayoría de estas personas.

B. DEVENIR HISTORICO DEL DATH

Las denominaciones usadas para definir este amplio y a menudo inespecífico espectrum de comportamiento anormal han sido numerosas. Cuervo y Pizano, (1982), Morales, (1990) Patton, Payne J, Kauffman, Brown y Payne R. (1991) y Kinsbourne y Caplan, (1990) exponen las denominaciones que han sido empleadas durante décadas:

- 1) Daño Cerebral Orgánico
- 2) Daño Difuso del Cerebro
- 3) Daño Mínimo Cerebral
- 4) Disfunción Cerebral Mínima
- 5) Disfunción Orgánica del Cerebro
- 6) Disfunción Mínima del Tallo Cerebral
- 7) Dislexia
- 8) Enfermedad Orgánica del Cerebro
- 9) Hiperquinesia
- 10) Lesión Cerebral Mínima
- 11) Niño Impulsivo
- 12) Niño con Problemas de Aprendizaje
- 13) Reacción Hiperkinética de la Infancia
- 14) Síndrome de Strauss
- 15) Síndrome Hiperkinético
- 16) Síndrome del Niño Hiperactivo
- 17) Síndrome del Niño Torpe
- 18) Trastorno por Conducta Hiperactiva
- 19) Trastorno Psiconeurológico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es comprensible la confusión y frustración que ha permeado en la definición de este furtivo síndrome, también es cierto que no todas las denominaciones han sido muy afortunadas. Sin embargo, quizás las más famosas y que especialmente han causado un gran debate son la del Niño con Problemas de Aprendizaje y la Disfunción Cerebral Mínima. En este contexto es necesario abrir una breve reflexión con el objetivo de dilucidar algunas características de estas denominaciones y, como consecuencia directa, dar pie a la argumentación que me ha hecho posible utilizar la denominación de DATH, en lugar de las anteriores.

Entrando en materia, resulta que la idea de que ciertas personas padecen problemas específicos de aprendizaje no es nueva. Según Patton, et al (1991) el término problemas o dificultades de aprendizaje se ha utilizado desde hace varias décadas, para Tornopol (1986) este concepto como es entendido en la actualidad ha sido motivo de confusión y controversia, como sucede con cualquier

innovación, esto es de esperarse cuando un concepto es tan potente y exige una reevaluación de esfuerzos pasados.

Ahora bien, en 1971, Dykman, Ackerman, Clements y Peters, (1971, citados por Ayilward y Whitehouse, 1987) perfilaron una teoría que propuso que las dificultades experimentadas en el niño con Problemas de Aprendizaje (PA) durante el aprendizaje era explicada por "deficiencias de la atención con base orgánica". Muchas investigaciones apoyan la noción de que los niños con PA son un grupo que difiere de los normales en una variedad de medidas de atención. Varias revisiones de la literatura (Keogh & Margolis, 1976; Routh, 1979, Samuels & Edwall, 1981; Tarver & Hallahan, 1974, citados por Ayilward y Whitehouse, 1987) presentan evidencias de que el grupo con PA muestran diferencias en la vigilancia, tiempo de reacción, distractibilidad y excitación, así como en otros factores presumiblemente relacionados a la estructura de la atención (sobreactividad, dependencia/independencia, impulsividad, etc.) Ayilward y Whitehouse, (1987) también resaltan el hecho de que ha habido una larga confusión con respecto a términos como el de hiperactividad, trastorno por déficit de atención, problemas de aprendizaje, disfunción cerebral mínima, etc. De hecho, Levine, Brooks, y Shonkoff (1980, citados por Ayilward y Whitehouse, 1987) han listado un total de 49 términos para estos síndromes los cuales se usan a menudo como sinónimos.

McNellis, (1987) advierte que lo anterior es una apelación intuitiva así como simplista y es debido al gran número de estudios que apoyan esta idea. Pero una mirada cercana a la literatura que habla de los niños con PA revela mucha confusión como de hecho hace el resto de la literatura relacionada a los PA. Las dificultades que se encuentran en esta literatura son muy numerosas, pero pueden ordenarse en tres categorías generales: a) Existen problemas con las pruebas y al momento de etiquetar a los sujetos con PA, b) Problemas con las definiciones y las medidas de atención empleadas y c) También existe una gran variedad de problemas metodológicos.

El primer problema que McNellis (1987) encuentra en la literatura es el problema de pruebas/etiquetas. En muchos estudios que pretendían tener niños con PA era imposible saber quienes de los sujetos realmente lo eran. Sólo recientemente muchos investigadores han tenido que empezar a separar las poblaciones de "hiperactivos" y de "PA". Aunque los niños descritos en estos términos son a menudo grupos muy separados y distintos. En principio, un diagnóstico de hiperactividad no implica nada en absoluto sobre el logro o potencial del aprendizaje de los niños, considerando que una etiqueta de PA no implica nada sobre la actividad global de un niño.

Otro gran error de las pruebas involucra el mal uso o falta de uso de las pruebas de inteligencia. Aunque los niños etiquetados con PA podrían tener un CI normal de 85 o superior, Kirk y Elkins (1975, citados por McNellis, 1987)

encontraron en un estudio de más de 3,000 niños con PA que el CI medio de estos niños era de 93 y que el 35% tenían CIs por debajo de 90. Preocupa más aun el hallazgo de Keogh, Mayor-King,ley, Omori Gordon, y Reid (1992, citados por McNellis, 1987), quienes hicieron una búsqueda exhaustiva por computadora de estudios experimentales de poblaciones con PA. Ellos localizaron más de 4,000 estudios y encontraron que más del 30% de éstos no informaban en absoluto sobre el CI. La posibilidad es distinta, por consiguiente, si las diferencias de desempeño entre PA / no-PA en muchos estudios pueda ser causado por errores en las pruebas que involucran la inclusión de individuos con CIs bajos, así como de niños hiperactivos.

El segundo problema en la literatura de los PA es su relación con el proceso de la atención, que inicia desde la noción de la atención en si misma, y con lo que constituye evidencia para un déficit de atención. La atención defectuosa, en el sentido más global del término, puede explicar una pobre actuación en cualquier tarea. Semejante noción es por consiguiente inútil como una hipótesis experimental. Los componentes estudiados varían un poco, pero la tendencia es incluir "la excitación," "la vigilancia," y la "atención selectiva" como tres de los componentes más comunes de la atención. Sin embargo, McNellis (1987) ha encontrado que típicamente, cada grupo de investigadores que proyectan un experimento con tareas en que se demuestran diferencias de PA/no-PA, Puede llegar a defenderse ciertamente, como hace Koppel (1979, citado por McNellis, 1987), al explicar que la pobre actuación en una tarea diseñada de antemano sirve para medir un componente de la atención. De hecho, semejante pretensión sólo podría apoyarse con la suficiente evidencia y podría usarse en una población cuidadosamente seleccionada.

No obstante, estudios dispares que muestran diferencias entre PA/no-PA en diversas tareas que miden componentes diferentes de atención, con poblaciones de investigación diferentes, se toman en cuenta para apoyar la pretensión de la existencia de déficits de atención globales en niños con PA (Bryan & Bryan, 1980; Hallahan, 1975; Keogh & Margolis, 1976, citados por McNellis, 1987) Pero aún con estas afirmaciones, ningún investigador ha demostrado correlaciones entre las escalas de actuación en varias tareas de atención individuales de población no-hiperactiva con PA. Pelham (1979, citado por McNellis, 1987) administró pruebas de atención múltiple a un solo grupo de sujetos. Notablemente, él no encontró diferencias de atención claras entre niños con PA y niños sin PA.

McNellis (1987) menciona que la clase final de problemas que se encuentran en esta literatura son de tipo metodológico. Aunque estudios individuales exhiben una variedad de problemas, hay algunos de una naturaleza más general que parece ser epidémico en esta literatura. Un problema bastante serio es que raramente, si alguna vez, las diferencias básicas de actuación son iguales entre los grupos de PA/no-PA, a esto se añade que las diferencias entre el CI casi nunca se eliminan o controlan.

Es más, las tareas de atención usadas en muchos experimentos están frecuentemente cargadas de exámenes de memoria. Finalmente, la variable dependiente de la atención es a menudo el tiempo de reacción. Considerando que el tiempo de reacción puede ser una aproximación justa de la conducta de un estudiante de segundo año de la universidad y no puede ser una medida realista de las capacidades de un muchacho inmotivado.

Por otro lado, McNellis (1987) ha advertido que algunas versiones de la Prueba Gestalt de Bender (por ejemplo, el Bender BIP) también se han usado para apoyar la noción del déficit de atención selectivo en niños con PA. Hay alguna evidencia de que los niños con PA tienen problema con esta prueba, pero una vez más no existen pruebas contundentes al respecto, en cambio se ha observado que si existe evidencia de que esta prueba puede identificar a los niños "hiperactivos" (Adams, Hayden, & Canter 1974, citados por McNellis, 1987), niños con "disfunción cerebral" (Kenny, 1971, citado por McNellis, 1987); y "niños con daño mínimo cerebral" (Hayden, Talmadge, Hall, & Schiff, 1970, citados por McNellis, 1987). Es muy importante advertir que todas estas nomenclaturas se han usado frecuentemente para describir a los niños con PA y el error estriba en que se podría presumir que los niños con PA tendrían muchos más problemas en esta prueba y por lo tanto "padecerían" de un déficit de atención selectivo.

McNellis (1987) concluye que a pesar de que se ha defendido al déficit de atención selectivo como la principal evidencia de ser el rasgo central de los niños con PA, es importante señalar que el déficit de atención se ha confundido con otras muchas variables, como por ejemplo, la motivación. Las medidas de atención con sujetos atípicos y las aproximaciones referentes a la atención selectiva se han repasado con poco de detalle en la mayoría de estudios consultados por McNellis (1987), en donde ninguno de los estudios repasados, con una excepción, habían intentado cuestionar incluso si estas tareas de atención estaban midiendo realmente la misma "cosa" llamada atención selectiva.

Finalmente, una investigación reciente de niños con PA realizada por McNellis, (1987) no encontró ninguna evidencia que vincule el déficit de atención selectivo en niños con PA. En esta investigación se usaron cinco tareas de atención selectivas, y en sólo una tarea, el Bender BIP, se demostró cierta tendencia para los niños con PA a mostrar más distracción que los niños sin PA. Cada prueba tenía una fuerte base estadística para descubrir diferencias entre los grupos y todavía no ha surgido ninguna diferencia significativa. Una sexta medida de memoria central e incidental que es usada a menudo como una medida de atención selectiva, tampoco demostró diferencias significativas entre los grupos. Las puntuaciones obtenidas de esta prueba fueron examinadas de varias maneras diferentes, y ninguna medida rindió diferencias significativas entre los niños con PA y los niños sin PA.

En todas estas tareas, o en tareas muy similares a ellas, otros investigadores a veces han demostrado diferencias entre PA/no-PA. Una razón por la que no se encontraron diferencias entre estos grupos en este estudio puede ser porque los sujetos fueron seleccionados y emparejados por su CI o sus logros académicos, así como por su raza, sexo, grado de escolaridad y edad; de manera tan cuidadosa como las restricciones prácticas que el mundo real permitiría a una investigación.

McNellis (1987) considera que las mayores implicaciones de su estudio conciernen a la naturaleza de la atención selectiva y su relación con la psicología del desarrollo. Los resultados del estudio indican que los psicólogos del desarrollo han investigado solamente una "habilidad" que no puede existir. Ninguno de estos datos, ni aquellos de Pelham (1979, citado por McNellis, 1987), quién usó una batería diferente de pruebas y sujetos diferentes, pudo demostrar correlaciones en el desempeño entre varias medidas de atención selectiva. Anteriormente, los investigadores del desarrollo han venido usando un solo tipo de medida de atención selectiva y sus hallazgos son tan diversos como sus tareas e instrucciones. En relación a lo anterior, Lambert y Sandoval (1980, citados por Ayilward y Whitehouse, 1987) proporcionan datos en que indican definitivamente que el déficit de atención y los PA no son sinónimos.

Finalmente, McNellis, (1987) es contundente al afirmar que los psicólogos y educadores van a tener que mirar hacia otra parte y que no sea a la "atención" para encontrar un solo síndrome que pueda representar a los niños con Problemas de Aprendizaje.

Ahora pasemos al concepto e implicaciones de la Disfunción cerebral Mínima, para empezar, los padres y los especialistas se quejan de lo inadecuado de la terminología y afirman que no puede definirse el problema y que no se debe a la falta de una definición, sino a la presencia de demasiadas definiciones (Cruickshank, 1990), las cuales como hemos visto anteriormente han figurado en la literatura desde hace tiempo y lo peor de todo es que se ha prestado mucha más atención a los desacuerdos respecto a minucias de dichas definiciones, que al problema de alcanzar un consenso lógico respecto a lo que en realidad significa el problema.

Un ejemplo de lo anterior es el especial interés por la manera en como se designa a un grupo singular de individuos. Es importante percatarse de que existen términos que parecen afectar de modo negativo a los niños. No es nada nuevo que "retrasado mental" tiene una connotación peyorativa, así como "autista", "tartamudo", "lisiado", "hiperactivo", o cualquier otro vocablo especial puede convertirse de igual manera en un epíteto para lastimar o humillar a estas personas. Las verdaderas interrogantes que plantean Patton et al (1991), en cuanto a la asignación de estos términos son: "¿Con base en qué criterios se les imponen estos nombres?" "¿Quién se encarga de hacerlo?" y "¿Con qué

propósito?". Si estos términos se basan en criterios objetivos y pertinentes, si se aplican por profesionales responsables y se emplean para comunicar información esencial acerca de una persona, pueden ser benéficos.

Sin embargo, denominaciones como hiperactividad, lesión cerebral, dislexia, trastornos perceptuales, disfunción cerebral mínima, afasia o deterioro neurológico fueron encasillados como elementos "incapacitantes del aprendizaje". Esta lamentable lógica se basaba en una falta total de demarcación diagnóstica, lo cual llevó a muchos clínicos a diagnosticar disfunción cerebral mínima a niños que no mostraban signos evidentes de anomalías en el funcionamiento cerebral o peor aún, ni siquiera detallaban el cuadro clínico en toda su extensión, todo esto trajo consigo una profunda ambigüedad que llegó incluso a poner en tela de juicio la mismísima existencia de la Disfunción Cerebral Mínima como cuadro clínico.

A la par de estos acontecimientos, es menester señalar otros resultados obtenidos en el campo general de los trabajos clínicos. Clarizio y McCoy (1981) explican que dichos resultados han demostrado que la identificación apropiada de un problema es el primer paso esencial para corregir la dificultad. El segundo paso radica en la construcción de un diagnóstico más acertado ya que muchas deficiencias no son visibles directamente y se deben inferir sobre la base del funcionamiento dañado, de modo que el diagnóstico implique el examen del desempeño del individuo. Así, se han identificado incapacidades específicas del niño con DATH sobre la base de la incapacidad observada para aprender a progresar al ritmo esperado, en una situación de adiestramiento bien controlada. Lo anterior se puede aclarar, al tomar en consideración algunos ejemplos conductuales muy evidentes como el DEFICIT DE ATENCION e HIPERACTIVIDAD las cuales NO SON CONSIDERADAS COMO ENTIDADES DIAGNOSTICAS EN SI MISMAS, sino más bien como los ejes principales en el diagnóstico global del DATH.

Es por las razones expuestas en los párrafos anteriores que ocupo la designación más reciente: Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH) a lo largo del Informe de Servicio Social en lugar de Disfunción Cerebral Mínima, con la clara intención de darle una base homogénea a este Informe así como también evitar una posible confusión que pudiera originarse al emplear todos la vasta nomenclatura que emplean los autores consultados, aunque por supuesto, advirtiendo y respetando las ideas centrales y originales de dichos autores.

Una vez aclarado lo anterior, el siguiente cuadro sinóptico es una cronología de las principales investigaciones que diversos autores han logrado cosechar, en este cuadro se puede apreciar la gran complejidad que entraña el estudio del DATH. La información ha sido extraída de López y García, (1997), Cruickshank (1990), Calderón, (1990) y Cuervo y Pizano, (1982):

DESARROLLO HISTORICO CONCEPTUAL DEL DATH

AÑO	AUTOR	RESULTADOS
1897	D.M. Bourneville	Describe una inestabilidad caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema en niños con retraso ligero.
1901	J. Demor	Observa un desequilibrio afectivo, hiperreactividad emocional y ambivalencia en cuanto a las reacciones, disminución en la atención y en la inhibición, cambios constantes en los movimientos, con expresión verbal entrecortada y gesticulaciones.
1902	Still	Describió una serie de características conductuales en niños y adultos que presentaban lesiones cerebrales; las más relevantes eran la falta de atención, la impulsividad, la irritabilidad y la inquietud psicomotriz.
1934	Kahn y Cohen	Describieron tres pacientes cuyo estado clínico se caracterizaba por la existencia de hipercinesia, incapacidad para permanecer quietos, torpeza y explosividad en la actividad voluntaria.
1937	Bradley	Descubre la eficacia de la medicación estimulante en estos trastornos.
1940	S. Kiener	Clasifica las inestabilidades psicomotrices en: Inestabilidades adquiridas como consecuencia de factores orgánicos, traumáticos y situaciones psicológicas desfavorables o factores socioeconómicos y familiares) Inestabilidad constitucional (predisposición innata o hereditaria)
1943	Strauss y Werner	Trabajando con niños que tenían parálisis cerebral y retardo mental reportaron que la hiperactividad, la impulsividad y el tiempo de atención corto eran manifestaciones conductuales propias de niños con daño cerebral.
1962	Oxford	El grupo de estudio internacional de Oxford sugirió que debido a que no se demostraba una patología cerebral definida en todos los niños sería más adecuado describirlos como poseedores de "disfunción cerebral mínima"

1966	Clement	Definió el síndrome en una monografía publicada por el U.S. Public Health Service, como niños de inteligencia normal o por encima de la normal que presentan moderada o severa incapacidad en desarrollar algunas áreas de su aprendizaje y que se asocian a desviaciones en el funcionamiento del sistema nervioso central. Pueden presentarse varias combinaciones: dificultad en la percepción, lenguaje, memoria, control de la atención o de función motora.
1968	Comité Consejero Nacional en Niños Impedidos (USA)	Este comité definió este síndrome como parte de un problema central denominado como trastornos específicos del aprendizaje, y esto se aplica a aquellos niños que tienen un trastorno en uno o más de los procesos psicolingüísticos básicos que participan en el entendimiento o en el empleo del lenguaje hablado o escrito, alteración que se puede manifestar en habilidades imperfectas para escuchar, hablar, leer, pensar, escribir, deletrear o efectuar cálculos matemáticos. Tales trastornos incluyen condiciones como impedimentos perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo.
1977	Subcomité del Congreso de los Estados Unidos sobre la Ley Pública 94-142	Esta Ley Pública emitió una definición Federal (muy parecida a la del Consejo Nacional de 1968), además de 50 diferentes a nivel Estatal. La mayoría eran similares a la definición Federal, con una diferencia importante que radicaba en intentar especificar la cantidad o grado de discrepancia entre el nivel actual de funcionamiento del estudiante con DATH y su potencial aparente en el área o áreas de incapacidad.
1980	Douglas y Peters	Ante el auge de los estudios sobre alteraciones atencionales, se pasó de una concepción del trastorno en base a la sobreactividad a otra cuyo cardinal es el déficit atencional, en la tercera revisión del DSM se pasó incluso a hablar de trastorno por déficit de atención. Este modelo estudia básicamente los problemas atencionales NO como el eje principal de los niños con "Problemas de Aprendizaje" sino como un síndrome que goza de la aceptación y el sustento como entidad clínica en niños de edad escolar.
1994	DSM-IV	La American Psychiatric Association reconoce formalmente que este síndrome ha sido hallado y diagnosticado en la población adolescente y adulta, esto trae como consecuencia un renovado impulso en investigaciones de corte genético, neurofuncional y neurobioquímico llevadas a cabo en la segunda mitad de la década de los 90's.

C. ESTUDIOS POBLACIONALES

La American Psychiatric Association DSM-IV, (1999) reconoce que el DATH se presenta en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

Las observaciones del DSM-IV se refuerzan en retrospectiva con los estudios de Puente, Barriga, Velez y Bautista (1979). Los autores señalan que el síndrome se ha identificado en todas las latitudes independientemente de razas, idiomas, patrones culturales y condiciones socio-económicas. Se mencionan cifras que van del 2 al 20%. Por ejemplo: En Suecia, país nórdico, la frecuencia con que se ha detectado es de un 2%; en Estados Unidos, donde probablemente se ha estudiado más el problema, los porcentajes señalados van del 5 al 20%. Esta variación depende del autor consultado y Entidad Federativa donde se dan las cifras. Además se ha demostrado que el porcentaje va siendo progresivamente creciente a medida que se conoce mejor el síndrome y los dispositivos sociales lo buscan propositivamente para atenderlo. Allá se considera que éste es, por su magnitud, el problema más importante de la niñez en edad escolar. En Checoslovaquia, país cuya lengua tiene una ortografía lógica como el español, se ha señalado un 2%. En México, Puente et al (1979) buscaron el síndrome en una población de 12,458 escolares, encontrándose un porcentaje de 8.3%. Este porcentaje se obtuvo por un muestreo en zonas escolares dependientes de la Dirección General de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública, es importante señalar que los autores no encontraron diferencias significativas en relación a las condiciones socio-económicas de las familias de los educandos.

Siguiendo este orden de ideas, es muy significativo que el DATH sea mucho más común en los niños que en las niñas. Morales (1990) encuentra que el trastorno es 10 veces más frecuente en los niños que en las niñas y que los primeros se vean también afectados más frecuentemente por otros problemas de comportamiento tales como el autismo infantil, la incapacidad para leer y el retraso en el desarrollo del habla.

Hay suficientes motivos para creer que estas diferencias sean innatas y no el resultado de divergencias culturales y socioeconómicas (Stewart, 1975 citado por Díaz del Guante y Mávila, 1993)

Las investigaciones en el campo de las diferencias que se observan entre los géneros están apenas en sus inicios, así que las respuestas a las interrogantes que puedan generarse a este respecto serán de gran ayuda para comprender cada vez más este síndrome.

II. ETIOLOGIA

A. PREDISPOSICION GENETICA

La observación constante de las historias familiares de los niños con DATH han hecho sospechar a médicos, psicólogos e investigadores sobre la "filtración" de elementos predisponentes a trastornos o deficiencias en los aspectos conductuales, intelectuales y afectivos en los niños por el vehículo genético. ¿Hasta donde es capaz de influir el factor genético en la etiología del DATH? Las repuestas publicadas son variadas y en muchos casos entran en conflicto, sin embargo, y a manera de contrastación, es necesario exponer algunos resultados obtenidos por diversos autores sobre este polémico tema. A grandes rasgos estas respuestas se pueden agrupar en dos tipos:

- a) *La noción que conlleva una multiplicidad de factores etiológicos, pero que sin lugar a dudas se visualiza el factor genético como uno de los principales elementos etiológicos en el estudio del DATH.*

En este caso, Puente, et al. (1979) sugieren que el factor genético amerita un comentario especial, puesto que se le ha llegado a responsabilizar en la etiología del síndrome hasta en un 35%. En México, se ha encontrado en un porcentaje mayor. Se ignora la forma de transmisión: se ha mencionado que puede ser con carácter recesivo o bien en forma poligénica o multifactorial.

Pineda y Rosselli, (1997) subrayan que la alteración genética específica del DATH es aún desconocida, sin embargo, también reconocen que hay evidencia suficiente para afirmar que algunos factores de tipo hereditario o familiar subyacen en el origen del síndrome. Sin embargo, la alteración genética que reconocen los autores estaría en los alelos que codifican las proteínas reguladoras de la actividad de los receptores D2 y D4 para la dopamina, y que activan las enzimas que transforman la dopamina en noradrenalina. Igualmente, esta alteración genética interrumpiría las acciones de neurotransmisores como el GABA, la serotonina y las endorfinas, que median también sistemas generadores de "placer", "bienestar" o "recompensa" en el sistema límbico.

Pineda y Rosselli, (1997) han observado que el componente genético del DATH está apoyado por estudios familiares. Se ha encontrado una frecuencia incrementada de DATH en los hijos de padres que presentaron el trastorno en la infancia. El 84% de los adultos que presentan DATH durante la niñez tienen al menos un hijo con el trastorno, y el 52% tienen dos o más hijos con el síndrome. Faraone y col. (1992, citado por Pineda y Rosselli, 1997) encontraron que el 52% de los niños con DATH tenían padres que presentaban este mismo trastorno, mientras que existía un 15% de probabilidad de presentar el DATH entre los hermanos. Siguiendo este orden de ideas, Tallis, (1982) reporta trabajos de investigación en donde se encuentra un aumento de historias de DATH en familiares biológicos de niños afectados en comparación con los familiares de los niños adoptados con DATH.

Stewart, (1975, citado por Díaz del Guante y Mávil, 1993) apoya la tesis de que este trastorno es de carácter innato. Esto se fundamenta con el hecho de que el 80% de los padres que respondieron a un cuestionario acerca de sus niños pequeños y el 60% de otro cuestionario sobre adolescentes, informaban que ellos sabían que sus hijos no eran como los demás antes de que llegaran a la edad escolar. También se hace notar que el padre del chico, en su juventud era de temperamento fuerte, abandonaba por lo regular la escuela y que en la edad adulta seguía siendo inquieto y con facilidad se irritaba.

Calderón (1990), considera que gran parte de la hiperactividad es hereditaria (aunque probablemente de tipo poligénico) no sólo debido a que se observa en familias, sino también a que los padres biológicos de niños hiperactivos muestran con frecuencia otros trastornos, cada uno de los cuales tienen como característica común la hiperactividad, psicopatía, alcoholismo e histeria.²

Díaz del Guante y Mávil (1993) mencionan el hecho de que ya están en marcha investigaciones a nivel genético: se están analizando en la Universidad de Washington los cromosomas de un grupo de niños con DATH. Estas investigaciones fueron impulsadas por el reciente descubrimiento de una asociación del comportamiento antisocial agresivo con una peculiaridad del cariotipo XYY.

Schmitt (1973, citado por Díaz del Guante y Mávil, 1993) recomienda que la conducta excesivamente activa podría estar conectada a un status biológico heredado o al temperamento del niño, debe tomarse en consideración las variaciones innatas de la conducta humana para las cuales no pueden atribuirse causas específicas. El autor de la investigación explica que esta concepción libera de la "culpa" que sienten los padres al reprocharse: "¿En qué fallamos?"

Faraone y col. (1997, citados por Pineda y Rosselli, 1997) hicieron un análisis de segregación genética en 140 niños y en 822 de sus familiares, encontraron una distribución familiar del trastorno que podía atribuirse a un solo gen: 46% de los niños y 36% de las niñas que tenían este gen desarrollaban DATH. Sin embargo, el estudio genético no pudo dar una explicación completa del síndrome, por lo que los autores sugieren una etiología combinada de factores genéticos y ambientales en el desarrollo del DATH. A pesar de la evidencia de la existencia de factores hereditarios en la aparición de DATH, aún no se puede afirmar que el desorden sea exclusivamente genético.

Toone, Clarke y Young, (1999) citan varios estudios en los que se ha observado el aumento en los índices de DATH en padres y hermanos de niños con DATH, lo que demuestra que el DATH es una afección familiar. Los estudios con

² Es digno de resaltar el hecho de que ambos autores coincidan en mencionar las secuelas del DATH en la vida adulta, dichas secuelas han cobrado una gran importancia en la actualidad, arrojando luz sobre la idea equivocada de que el DATH desaparecía al inicio de la pubertad limitándolo como un síndrome puramente infantil (ver capítulo **EL ADULTO CON DATH**)

gemelos y niños dados en adopción señalan una causa genética más que ambiental del aumento en la frecuencia de DATH en las familias. En el estudio más grande realizado hasta la fecha con gemelos (Goodman y Stevenson, 1989, citados por Toone, et al, 1999), se analizó la herencia de la hiperactividad en 127 gemelos monocigóticos y 111 gemelos dicigóticos. Los resultados mostraron una concordancia con respecto al DATH del 51% en las parejas de monocigóticos y del 33% en las de dicigóticos. Los autores estimaron que la herencia de rasgos de hiperactividad y falta de atención en gemelos sería del 30 al 50%, y que los factores ambientales comunes totalizarían del 0 al 30% de la varianza.

Finalmente, van-Wielink (2000) advierte que el factor genético en la etiología del DATH es claro, sin embargo, no es la única causa para que se presente el síndrome, dado que sus manifestaciones clínicas están también influenciadas por factores ambientales. Este mismo autor sugiere que de acuerdo con la Teoría Evolutiva del DATH, la curación definitiva de este síndrome dependerá del avance de la ingeniería genética.

b) La negación del factor genético como responsable directo del DATH, y en consecuencia, se adjudica validez etiológica a los factores ambientales

Taylor (1991) refiere que en los Estados Unidos de América se han encontrado antecedentes de alcoholismo, personalidad antisocial e histeria entre los familiares adultos de los niños diagnosticados con DATH en los hospitales. Historias familiares similares son también excesivamente comunes en los niños antisociales. El autor considera que esto, por sí mismo no dice nada acerca de la naturaleza de la asociación. También menciona que algunas evidencias sugieren (pero no demuestran definitivamente) que la herencia genética toma parte en estos problemas.

En un estudio sobre hermanos biológicos de niños hiperactivos (Safer, 1973, citado por Taylor, 1991) concluye que éstos tienen más probabilidades de mostrar trastornos de conducta que los que son hermanos por uno de los padres. En este punto el autor demuestra con esta investigación que es obvio que el entorno psicológico es también más similar en los hermanos completos, hecho que fácilmente podría ser el factor responsable de estos resultados.

Otro campo de investigación genético ha sido el grupo de los niños adoptados, cuyos familiares biológicos y adoptivos pueden ser comparados. Aún no se ha realizado un estudio realmente irrecusable, pero existen algunos indicios. Cantwell (1975, citado por Taylor, 1991) comparó a los padres biológicos de niños hiperactivos no adoptados con los padres adoptivos de niños hiperactivos adoptados, y halló que los padres biológicos mostraban un aumento en la prevalencia de trastornos, mientras que no era así en los padres adoptivos. Sin embargo, este tipo de comparación no es suficiente para concluir categóricamente la existencia de una transmisión genética. La dificultad es que los

padres adoptivos son altamente seleccionados, y uno de los criterios de selección es la salud mental. Por sí mismo es lo bastante fuerte como para explicar la superioridad de dicho grupo sobre los padres no seleccionados. Existen otros problemas metodológicos, los niños hiperactivos adoptados son menos frecuentes que los no adoptados, y por esta razón las investigaciones citadas tomaban diferentes caminos de los referentes a los no adoptados. Este hecho también puede influir en los resultados de una mayor patología en los familiares biológicos. Un estudio completo tendrá que incluir los padres biológicos de los niños adoptados, y los padres adoptivos de los niños no hiperactivos.

Los estudios con gemelos constituyen pruebas adicionales, dando la posibilidad de comparar gemelos monocigotos con dicigotos del mismo sexo. Los resultados indican que en los gemelos monocigotos los niveles de actividad son más similares en el primer año de vida (Rutter y cols., 1963; Torgersert y Kringlen, 1978, citados por Taylor, 1991) y más tarde en la infancia (Willerman, 1973, citado por Taylor, 1991). Todas estas investigaciones están realizadas con niños normales; y concluyen que probablemente, las diferencias temperamentales estén parcialmente basadas en la constitución genética.

Finalmente, Velasco, (1980) no analiza en su trabajo la hipótesis sobre la existencia de un factor genéticamente transmitido, ya que este autor considera que dicha posición carece del suficiente fundamento científico.

B. LESIONES CEREBRALES ADQUIRIDAS

El desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) del hombre es muy complejo y a la vez maravilloso, ya que a partir de un puñado de células en un principio indiferenciadas se obtiene la composición compleja de células especializadas, éstas conforman órganos y a su vez sistemas que en su totalidad componen al individuo, este proceso está plagado de imponderables que afectan de muchas formas la composición del nuevo ser. Desde esta óptica, no cabe la menor duda sobre la importancia que recae sobre el desarrollo óptimo del SNC, pero antes es necesario entender que durante el periodo intrauterino el tejido nervioso se forma a una velocidad pasmosa y tarda en madurar completamente hasta varios años aún después del nacimiento. Entonces, es menester estudiar los diversos agentes traumáticos y por supuesto, sus secuelas que antes, durante y después del nacimiento puedan lesionar al SNC.

Para poder visualizar la magnitud del sorprendente desarrollo del encéfalo humano que se lleva a cabo en los primeros nueve meses de nuestra vida, Smith (1986) expone un interesante calendario neural, pero también el autor insiste sobre la importancia del respeto a la vida humana, independientemente de su condición de "embrión" o "feto", en otras palabras:

"...el sistema nervioso comienza a formarse mientras la madre empieza a tener la sospecha de que está embarazada. A menudo se provocan abortos hacia el final del tercer mes. Entonces el feto es todavía bastante pequeño, pero su cerebro, por ejemplo, es relativamente grande, bien torneado y con un aspecto general bastante semejante al de un adulto. En este estadio, el producto de la concepción es indudablemente humano, y no lo es menos su dotación nerviosa". (Smith, 1986 pp. 50, 51)

Calendario neural de Smith antes del nacimiento:

Día 1 y medio (2 de enero)	Primera división de la célula fertilizada, estadio de dos células
Día 2 (2 de enero)	Segunda división, estadio de 4 células.
Día 3 (3 de enero)	Las células alcanzan un total de 16 ó 32 (las divisiones están aún sincronizadas).
Día 4 (4 de enero)	Bola de 60-70 células (las divisiones ya no están sincronizadas).
Día 5 (5 de enero)	El embrión entra en el útero por la trompa de Falopio. La bola se queda hueca, con una masa de células en un extremo.
Días 6-9 (6-9 de enero)	Los varios centenares de células se adhieren a la pared uterina y empiezan a diferenciarse en dos, luego en tres capas. Embrión de 0,25 milímetros.
Días 10-13 (10-13 de enero)	El embrión toma forma de placa y se incrusta en la pared uterina. El tamaño se dobla cada día. Se forma la línea primitiva, un surco en el ectodermo que constituye la primera indicación de un eje, y de que se está desarrollando un vertebrado. Es la línea a lo largo de la cual se desarrollará la medula espinal. (La madre aún no se ha apercibido de su estado, ya que aún no ha notado la falta de la menstruación.)
Días 14-17 (14-17 de enero)	Notable diferenciación; las células embrionarias no sólo forman el embrión sino el saco vitelino, el cordón umbilical, la placenta y el amnios. (En este momento puede producirse hemorragia, resultante de un mayor aporte sanguíneo al punto de implantación, que puede confundirse con la menstruación.)
Día 18 (18 de enero)	El sistema nervioso comienza a formarse, y los siguientes 10 días se denominan frecuentemente de néurula, debido a la gran importancia del desarrollo de este sistema. Los ojos y los oídos son débilmente detectables. (Las madres con espíritu matemático se dan cuenta en este momento del retraso de la menstruación, pero la confirmación del embarazo llega más tarde.)
Día 20 (20 de enero)	El tubo neural se ha formado ya a lo largo de la línea primitiva. Este sistema nervioso primordial está compuesto de neuroblastos (o neuronas primitivas).
Final de la 3ª semana (21 de enero)	El extremo cerebral del tubo neural es más abombado que el resto. Cerebro posterior, medio y anterior diferenciados, empezando el anterior a curvarse sobre sí mismo ventralmente. (Las madres atentas conciertan una consulta para comprobar su embarazo.)
Final de la 4ª semana (28 de enero)	La cabeza es la parte más voluminosa del cuerpo embrionario; el sistema nervioso está tan doblado en el extremo cerebral que su forma recuerda a un bastón de paseo. El embrión mide 0,6 cm, pesa menos de 1 g. (A la madre se le confirma su estado. El mareo matutino es a veces una confirmación adicional.)
5ª semana (4 de febrero)	Extraordinario desarrollo del cerebro, aunque los demás órganos se desarrollan rápidamente. El corazón ha estado bombeando desde el día 25. Los esbozos de los dedos aparecen al día 33. El oído externo toma forma. El embrión mide 1,25 cm. (Algunos lo llaman feto en este estadio, debido principalmente a su semejanza ligera con la forma humana. Otros retrasan el cambio de nombre hasta la 9ª semana, cuando el parecido es más evidente. La madre lo ha llamado <<bebé>> desde el principio.)

6ª. Semana (11 de febrero)	El cerebro empieza a perder su simple forma de bastón de paseo. Aparece un pliegue entre el cerebro medio y el posterior, hacia abajo, y el cerebro anterior (que se ha doblado hacia atrás) empieza a ensancharse en su extremo anterior. En este momento, el cerebro consta de cinco partes en lugar de tres, siendo el telencéfalo, el diencéfalo, el mesencéfalo, el metencéfalo y el mielencéfalo. Las cinco se convierten en las cinco principales regiones del cerebro adulto. Los músculos empiezan a ser controlados por el cerebro, incluso aunque la madre no perciba estas contracciones. El feto mide unos 1,8 cm y pesa de 2 a 3 g. (Los abortos se producen a veces dentro de un lapso de tiempo que dobla a éste.)
7ª. semana (18 de febrero)	El abultamiento delantero del cerebro es ahora tan grande como el resto del material neural que se encuentra en el interior de la cabeza. El plegamiento es también muy marcado, siendo la última ocasión de observar la primitiva sencillez básica del cerebro. A partir de este momento, se comprime y retuerce sobre sí mismo. Pero aún no mide más que 1,25 cm de delante atrás. Las neuronas se van añadiendo a miles por minuto.
Final de 2º mes (28 de febrero)	La cabeza mide ahora la mitad de todo el cuerpo. (Será una cuarta parte al nacimiento, y una octava en la madurez.) El peso del sistema nervioso es la cuarta parte del peso total del feto. El feto es capaz de responder al tacto, primero en la cara y luego en el cuerpo.
3er. Mes (31 de marzo)	El cerebro tiene ahora una forma muy definida (algo así como un pequeño guante de boxeo, siendo los surcos del extremo del puño el mesencéfalo, el cerebelo y la medula). La división y diferenciación celular tiene lugar rápidamente. El incremento mensual total es del 600 %, pero el tamaño es aún modesto, ya que el cerebro sólo mide algo más de 1,25 centímetros y aún menos de arriba abajo. Las neuronas se van añadiendo a un ritmo de dos mil por segundo. (El momento más corriente de pérdida del feto es a la 10ª. Semana.)
4º. Mes (30 de abril)	Período de desarrollo total para el feto, sistema nervioso incluido. Desde un peso de menos de 30 g en este momento, el feto debe aumentar hasta los 3,200 kg en los próximos cinco meses. La cisura de Silvio es ya detectable. Son posibles numerosos reflejos, como arrugar la frente, tragar y succionar el dedo. Un pie al que se hacen cosquillas, se retrae. Los labios comienzan a sobresalir, como una preparación precoz para la importantísima succión. Todas estas actividades son posibles en un individuo menor que la articulación del dedo de un adulto. La mielinización —recubrimiento con una capa de las fibras nerviosas— empieza en algunas de las vías más primitivas (medulares) y el proceso prosigue hasta bastante después del nacimiento. (Las fibras de los centros superiores, como el córtex cerebral, son las últimas en ser cubiertas de este modo, y el proceso no se completa realmente hasta transcurridos varios años.)
5º. Mes (31 de mayo)	El feto pesa ahora 12 veces más que al final del mes anterior. El cerebro mide casi 5 cm desde delante hacia atrás. Hay otras cisuras que se hacen visibles, como la central, la parieto-occipital y la calcarina. Se inicia el hipo fetal. Los latidos cardiacos pueden oírse desde el exterior (colocando un oído sobre el abdomen de la madre). La cabeza es ahora sólo la tercera parte de la longitud total del cuerpo, pero el volumen no neural de la cabeza sigue siendo relativamente pequeño. El aumento del peso de la madre es ahora de casi medio kilo por semana, pero el feto pesa aún menos de 450 g. Las comisuras cerebrales están completas. El feto tiene ahora el cupo completo de células nerviosas que constituyen el sistema nervioso del adulto humano, de 12,000 a 15,000 mil millones. Por ello, se han desarrollado a una velocidad media de 1,300 por segundo, desde que empezó a formarse el sistema nervioso. Puesto que ha tenido que alcanzar un tope en dicha replicación, las células han debido desarrollarse incluso con mayor rapidez.
6º. mes (30 de junio)	La superficie cerebral es aún lisa, pero la cisura de Silvio está muy marcada. La medida longitudinal es ahora de 6,25 cm, de arriba hacia abajo de 3,75 cm (con una proporción semejante a la del adulto). El peso total del feto es de 620 g, y la vida prematura ya es posible (aunque no ideal). Puede agarrar con firmeza con las manos, abrir y cerrar los párpados.

7º.mes (31 de julio)	El aspecto liso del guante de boxeo comienza a desaparecer, con iniciación de giros y surcos. El cerebro mide 7,5 cm de delante hacia atrás y el perímetro de la cabeza de 21 a 26 cm. Las capas retinianas del ojo ya están completas, y el ojo puede percibir la luz. (Se estima generalmente que el feto tiene derecho legal a una vida separada después de la 28ª semana.)
8º. Mes (31 de agosto)	Ya están presentes todos los surcos primarios (aunque numerosos pliegues secundarios aparecerán aún durante varios meses después del nacimiento). El cerebro mide unos 8 cm. entre sus extremos, y el perímetro de la cabeza entre 28 y 33 cm. El feto pesa ahora 2.250 kg, y el peso del sistema nervioso es sólo una décima parte del peso total. (A la edad de cinco años, será de una vigésima parte y en la edad adulta, una 50ª parte.)
Mes final (23 de septiembre)	Desarrollo considerable, ya que el feto añade el 50 % de su peso en las últimas cuatro semanas. Existencia de numerosos repliegues en el cerebro a los 8 meses tenía un aspecto sencillo, como el de cualquier mamífero primitivo, pero a los 9 meses es indudablemente humano. La longitud del cerebro se incrementa hasta los 11,25 cm, y el perímetro de la cabeza aumenta hasta los 32,5-36,25 cm, siendo el peso del cerebro de 340 g (o una cuarta parte del peso del cerebro del adulto). La cabeza representa una cuarta parte de la longitud total del cuerpo, y su tamaño no sólo constituye el principal problema durante el parto, sino un considerable problema de la evolución: la duración del embarazo humano, el tamaño y la inmadurez del neonato, la pelvis materna y el canal pelviano están todos relacionados con el gran tamaño (en relación a otros mamíferos) de la cabeza en el momento del nacimiento. A pesar de la notable actividad fetal, de los extensos reflejos, del tamaño cerebral y de su aspecto de madurez, no hay pruebas de que el córtex cerebral ejerza influencia alguna sobre el comportamiento hacia el final del embarazo (o durante unas cuantas semanas después).

Si entendemos que el SNC es la BASE MATERIAL de la psique humana, entonces se obtiene como conclusión que la integridad estructural de dicha base traerá consigo mayores probabilidades de un mejor desarrollo en las enormes potencialidades de la psique humana. En este mismo orden de ideas, al estudiar el desarrollo del cerebro en animales y humanos, los científicos están llegando a un mejor entendimiento acerca de cómo funciona el cerebro cuando las células nerviosas están conectadas correcta e incorrectamente. Los científicos del NIMH (1999) y otras instituciones de investigación están siguiendo pistas para determinar qué podría impedir que células nerviosas formen las conexiones apropiadas.

Ahora bien, se han elaborado numerosos estudios sobre los efectos de diversas distocias que impactan el SNC y por ende, inciden sobre la etiología del DATH, el siguiente cuadro sinóptico expone una clasificación basada en parámetros prenatales, paranatales y postnatales recopilados por Puente, et al. (1979) y Velasco, (1980):

Entre los prenatales se tienen:

- Anemia.
- Anoxia "in útero" (anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios.)
- Disturbios metabólicos, diabetes mellitus, etc.
- Intoxicación materna.

- Hemorragia cerebral en el producto (toxemia del embarazo).
- Hipotensión o Hipertensión.
- Padecimientos infecciosos en la madre (rubéola, toxoplasmosis, o trauma directo, etc.)
- Deficiencias de la nutrición y trastornos metabólicos.
- Exposición excesiva a rayos "x".
- Factor Rh (Kernicterus).

Entre las paranatales tenemos:

- Anoxia o Hipoxia neonatorum producida regularmente en las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria; mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre; placenta previa e hipotensión pronunciada.
- Parto prematuro.
- Parto postmaduro.
- Traumatismos o hemorragias por parto rápido o parto prolongado.
- Por cesárea mal practicada o por incorrecta aplicación de fórceps, etc.

Los parámetros postnatales más frecuentes son:

- Accidentes vasculares cerebrales.
- Anoxias accidentales pasajeras.
- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses (tosferina, sarampión, escarlatina, encefalitis, meningitis, etc.)
- Intoxicaciones.
- Secuelas consecutivas a incompatibilidad Rh.
- Traumatismos cráneo-encefálicos.

Una vez tomado en cuenta lo anterior, es importante realizar un sucinto análisis sobre la ambigüedad que subsiste aún hoy respecto a la viabilidad etiológica del daño cerebral. Pineda y Rosselli (1997) reportan que para los clínicos el término "hiperquinesia", considerado inicialmente como el elemento esencial del DATH, era sinónimo de disfunción cerebral mínima. Pero en contraposición, la presencia de lesión cerebral en todos los niños con DATH aún no ha sido claramente corroborada.

La duda que se plantea con respecto a la relación DATH/lesión cerebral es que no se ha encontrado lesión demostrable en **TODOS** los niños que presentan el síndrome, propiciando así la ambigüedad y hasta cierto punto menosprecio a este factor etiológico.

Es necesario proponer una visión menos tosca del concepto de lesión cerebral, o sea, habitualmente la lesión cerebral ha sido concebida como una injuria masiva (destrucción y daño evidente del tejido nervioso). Este concepto es válido

pero incompleto, el daño cerebral puede gestarse de manera sutil, involucrando niveles bioquímicos y bioeléctricos, acarreado así un daño que es difuso y casi imposible de localizar. Además, no es estrictamente necesario que instrumentos como el electroencefalograma (EEG), la Imagen por Resonancia Nuclear Magnética (IRNM) o la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) den la última palabra para el diagnóstico final, recordemos que la función primordial de estos instrumentos es únicamente exploratoria y, por lo tanto, dignos de cierta reserva en los resultados finales de sus lecturas. Por lo tanto es muy atractiva la idea de seguir desarrollando tecnología cuyo trabajo garantice en un 100% el mapeo citoarquitectónico, neurofuncional y bioeléctrico de la totalidad del SNC de cada paciente y además, que sea capaz de localizar lesiones cerebrales, incluyendo extensión y profundidad de la misma, así como analizar sus efectos directos sobre el trabajo concertado de los sistemas funcionales complejos, todo con total exactitud.

Es imposible en la actualidad contar con semejante herramienta tecnológica, por lo tanto, tenemos que valernos de la insustituible praxis clínica. Sin embargo, Velasco (1980) reconoce que no siempre la anamnesis más cuidadosa aporta datos que permitan suponer la acción de fenómenos traumatizantes de la estructura cerebral, pero ello no debe descartar la posibilidad de una disfunción cerebral. Las inquietantes observaciones de Gesell y Amatruda, (1941, citados por Velasco, 1980) abren un inquietante panorama:

"Un antecedente totalmente negativo en cuanto al parto y un periodo postnatal exento de sucesos significativos pueden, sin embargo, merecer el diagnóstico de lesión cerebral... si bien ésta no debe ser tomada como un hecho seguro, no debemos dudar en lo más mínimo que todo niño que nace vivo ha corrido el riesgo universal de sufrirla."

A modo de contrastación, autores como Calderón (1990) reportan que la existencia o no del daño cerebral demostrable es una cuestión secundaria, la hiperactividad puede resultar ya sea de herencia o de daño cerebral, sin embargo, conocer este antecedente no sirve para definir el grado de hiperactividad ni el pronóstico. Taylor (1991) en su exhaustiva revisión documental, llega a conclusiones semejantes al aseverar que la adversidad prenatal y perinatal es un predictor débil de posteriores problemas psicológicos, para el autor esto quiere decir que la adversidad biológica no es irrelevante, tiene algún efecto sobre la conducta. Pero dicho efecto es reducido comparado a los factores psicosociales asociados. En este caso el autor sólo concede valor a los riesgos perinatales muy graves (que llegan incluso a comprometer la vida del neonato) como suficientes para ser considerados de gran importancia etiológica.

C. TRASTORNO BIOQUIMICO

La teoría de una probable alteración bioquímica en el DATH fue planteada inicialmente por Wender (1973, citado por Tallis, 1982). En su trabajo sobre algunas especulaciones concernientes a una posible base bioquímica del DATH, el autor sostiene que este cuadro comprende en realidad varios subgrupos conductuales y etiológicos; dentro de ellos están aquellos niños que presentan dos signos prominentes:

- 1.-Disminución de la capacidad de experimentar placer
- 2.-Refractariedad a la situación disciplinaria del aula

Con dos áreas variablemente afectadas:

- 1.- Función perceptual cognitiva
- 2.- Función neurológica y coordinación

Para apoyar su hipótesis bioquímica trae a consideración la respuesta del cuadro a las anfetaminas y la comparación de las secuelas que presentan adultos y niños luego de haber padecido encefalitis de Von Economo; es sabido que esta entidad frecuentemente deja como secuela en los adultos un síndrome parkinsoniano. Se ha observado que en algunos niños las secuelas de encefalitis se caracterizan por un cuadro de alteraciones del comportamiento similares a las del DATH, ya que el síndrome postencefálico parkinsoniano está asociado con destrucción de neuronas dopaminérgicas, Wender (1973, citado por Tallis, 1982) infiere la posibilidad de que el virus de la encefalitis de Von Economo tenga predilección por neuronas del sistema catecolaminérgico y provoque el síndrome de Parkinson en el adulto y DATH en el niño.

El autor sugiere la posibilidad de disminución de la excitabilidad del niño, tomando para su apoyo las observaciones de Stevens y cols. (1968, citado por Tallis, 1982) y Wikler y cols. (1970 citados por Tallis, 1982) de una mayor incidencia de ondas lentas en los EEG de niños hiperactivos; y los trabajos de psicofisiología de Satterfield y Dawson (1971 citados por Tallis, 1982) y de Davies y Maliphant (1971 citados por Tallis, 1982). Satterfield y Dawson estudian la respuesta galvano dérmica en 24 niños con DATH y 12 controles, y hallan una disminución de la excitabilidad en los primeros que se normaliza con drogas estimulantes. Davies y Maliphant, en un grupo de adolescentes con características de DATH, en relación con una población normal, hallan una disminución de las frecuencias cardíacas basales y frente a situaciones de stress en los primeros. La acción de las drogas estimulantes sería restituir la excitabilidad de los niños con DATH.

A partir de esta hipótesis sugestiva, basada en un acto empírico como fue la utilización de anfetamina (Bradley, 1937 citado por Tallis, 1982) en el DATH, se abrieron varios caminos de investigación. Las aminas biógenas constituyen fundamentalmente dos grupos: las indolaminas, a las que pertenece la serotonina y las catecolaminas, que comprenden la dopamina y la norepinefrina.

Pineda y Rosselli (1997) reportan que otros autores han descrito reducciones en la cantidad de dopamina en pacientes con DATH y han sugerido que los sistemas dopaminérgicos comprometidos en el control de la locomoción y en el reforzamiento positivo y negativo son los responsables del síndrome (Harris, 1995, citado por Pineda y Rosselli, 1997). Estructuras noradrenérgicas (McCraken, 1991, citado por Pineda y Rosselli, 1997) como el locus ceruleus en la protuberancia, que participan en el control de la activación cortical han sido relacionadas con el DATH. Probablemente el síndrome sea el resultado de una disfunción en sistemas cerebrales que involucran más de un solo neurotransmisor.

Por otro lado, Velasco (1980) reconoce que si dispusiéramos de datos seguros acerca de los cambios bioquímicos que ocurren en el cerebro de los niños afectados, podríamos responder mejor a las interrogantes sobre la génesis de los síntomas; pero desgraciadamente es poco lo que sabemos al respecto. Sin embargo, se puede decir que existe una evidencia cada vez mayor respecto a que ciertos patrones de conducta desviada, como la hiperquinesia, tienen en su inicio un componente orgánico mucho mayor del que originalmente se pensaba.

D. DESNUTRICION

Antes de explorar las relaciones existentes entre la malnutrición cerebral y el DATH, es necesario abrir un paréntesis. La desnutrición es un fenómeno complejo y básicamente de raíces sociales, involucra actores de corte geopolítico, geoeconómico y medioambientales entre otros.

En el caso concreto de México, un país que ha sido clasificado como la décima potencia exportadora del mundo, y que como tal, exporta cada año docenas de miles de toneladas de alimentos a varias regiones del mundo. Este mismo país alberga enormes recursos naturales y un clima propicio para la producción de casi todo tipo de alimentos. Sin embargo, la mayor parte de su población vive completamente ajena a las enormes riquezas descritas anteriormente, ya que según el más reciente estudio del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán reporta que *"Los problemas de nutrición en México se acumulan en 4.5 millones de familias, de las cuales dos terceras partes, es decir, tres millones, están en las zonas críticas (unos 18 millones de personas) y 1.5 millones (unos nueve millones de mexicanos) en áreas más dispersas, la mayoría en las periferias de las ciudades. También se advierte que "el punto más serio" es que esos 4.5 millones de familias siguen teniendo un hijo cada dos o tres años, por lo que es probable que formen los hogares del 75 al 80% de los futuros mexicanos"*³. (Pérez y Pérez, 2000, 8 de Agosto)

³ Las cursivas son mías

Esta paradójica situación está sostenida principalmente por sendos organismos supranacionales de orden geoeconómico, cuyo objetivo principal consiste en supervisar la implantación y funcionamiento de la nueva división internacional del trabajo⁴.

A continuación se exponen las consecuencias concretas de las políticas antes descritas sobre la mayor parte de la población de México:

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico estudia las consecuencias directas del sexenio de 1982 a 1988 en donde el gasto social real en México cayó 9.8% en promedio anual (Casillas, 1998, 4 de Junio). Además, González, (1998, 2 de Junio) expone que los resultados de las políticas de reducción al presupuesto se han manifestado en la pérdida del poder adquisitivo, que en los últimos diez años esta pérdida asciende al 73%.

Esta política no se modificó en el sexenio de 1994-2000, ya que el Gobierno de México ha disminuido en un 46.6 % el apoyo presupuestal en el programa de combate a la pobreza. *Este grupo experimenta graves carencias en materia de nutrición, educación, salud y servicios básicos*⁵ y enfrenta limitaciones en su capacidad que se ha traducido en una caída de 84% en la creación de empresas sociales para el desarrollo de comunidades pobres. *En tanto los estímulos escolares dejaron de brindarse a más de 200 mil niños*⁶ (Alvarez y Melgar, 1998, 17 de Abril).

Las repercusiones en la caída del presupuesto y sobre todo del gasto social son impactantes:

Salmerón (1998, 3 de Marzo) menciona que la cantidad de mexicanos que viven en pobreza extrema alcanza los 25 millones y 20 millones más colocados en distintos niveles de pobreza, ambas cantidades representan el 50% de la población nacional. Según datos oficiales de 1994, el 20% más rico de la población concentraba 55 % del ingreso nacional; en contraste, el 40% más pobre sólo recibe 12% del ingreso total. Posteriormente el senador Jorge A. Calderón Salazar, señala que sólo el 5% de la población de menores ingresos recibe sólo el 5% del ingreso nacional y, por contra, 5% de la población de mayores ingresos recibe 29.5 % de la riqueza nacional (Flores, 1998, 23 de Julio)

Por otro lado, según la publicación anual del Banco Mundial (BM), *Indicadores del desarrollo*, el número de personas que viven en pobreza absoluta en América Latina se ha incrementado en 1% (es decir, 18 millones), para totalizar 110 millones de personas, El documento también señaló que en México el 40%

⁴ Para profundizar más sobre los conceptos y aplicaciones de la geoeconomía y la nueva división internacional del trabajo se recomienda la siguiente lectura: Schaif, A. *¿Qué futuro nos aguarda? Las consecuencias sociales de la segunda revolución industrial.* (1985) España: Crítica/Grijalbo.

⁵ Las cursivas son mías.

⁶ Las cursivas son mías.

de la población sobrevive con menos de 17 pesos diarios. México es uno de 12 países identificados por el BM que en conjunto representan 80% de las poblaciones más pobres del mundo (Brooks y Cason, 1998, 17 de Marzo).

Una publicación del Banco Nacional de México (BANAMEX) advierte que se está dando una polarización enorme; cada día hay más pobreza extrema, en el país el 15% de la población, o sea, 24 millones de mexicanos viven con un dólar diario y entre 31% y 50% están en un alto rango de pobreza; mientras que la última cifra dada a conocer por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) acepta que en el país hay más de 25 millones de personas en pobreza extrema y que aproximadamente 19 millones no reciben ningún apoyo oficial (Castellanos, 1998, 19 de octubre).

Es evidente la desigualdad social que vive México actualmente. *La pobreza impacta a los indígenas, los discapacitados, los niños, los ancianos y las mujeres. La erradicación de la pobreza extrema puede llevarle a México hasta 40 años*⁷ (Montaño y Mosqueda, 1998, 2 de abril).

Finalmente, otro ejemplo de gran importancia es la situación agropecuaria, ya que se observa que el 55% de los 122 millones de campesinos de Latinoamérica sobreviven en niveles de pobreza, mientras *40 millones de ellos, pese a trabajar en el cultivo de la tierra, no tienen qué comer*⁸; además, otros 27 millones si bien logran cubrir sus necesidades alimenticias, no alcanzan a satisfacer sus demás carencias. *La situación es crítica en países como México, Panamá y Venezuela*⁹. En las zonas agropecuarias hay un tractor por 26 campesinos y los grandes terratenientes poseen el 98% del total de las tierras rurales. (CEPAL: en la pobreza, 55% de los campesinos de Latinoamérica, 1998, 24 de Febrero).

La realidad es que en México la pobreza y sobre todo la desnutrición es muy alta, como ya vimos entre los más afectados se encuentran los niños y las mujeres, esta situación es más grave aún, ya que como se verá más adelante el desarrollo del SNC del embrión depende completamente del aporte nutricional de la madre. Es en esta fase temprana y crítica de la vida humana en donde el desarrollo sano y óptimo del SNC será vital y determinante en la vida del futuro ser (ver la tabla neural de Smith). De ahí se desprende el hecho de que la desnutrición no solo se ve involucrada como agente etiológico del DATH, también las secuelas de la desnutrición acarrearán una multitud de taras en todas las áreas del desarrollo humano. Veamos las aportaciones al respecto.

La exposición de Black (1982) sobre el tema de la desnutrición y desarrollo cerebral es de suma importancia, sobre todo por que la deficiente nutrición de los seres humanos durante la vida pre-y/o postnatal puede dar origen a cerebros más pequeños que el tamaño medio y ser causa de deficiencia mental. El

⁷ Las cursivas son mías.

⁸ Las cursivas son mías.

⁹ Las cursivas son mías.

enriquecimiento nutritivo e intelectual de los niños con privaciones pueden mejorar su subsiguiente desarrollo físico e intelectual. Estas observaciones, basadas en el análisis de datos humanos, han sido documentadas en la década de los años setenta. Antes de dicha época, el interés en los efectos de la malnutrición sobre el cerebro en desarrollo fue esporádico.

La malnutrición es total y/o selectiva. La malnutrición total es el marasmo: un estado de emaciación visto en campos de concentración o en áreas de hambre. El marasmo aún incapacita o mata a más de diez millones de personas por año. La malnutrición selectiva es producida por la ausencia de uno o más ingredientes esenciales de la dieta, tal como oligoelementos, vitaminas, hidratos de carbono, grasas o proteínas. Por ejemplo, el kwashiorkor es producido primariamente por la falta de proteínas, -y el beriberi por la falta de vitamina B₁.

Parrot pediatra de París, escribió en 1877 el primer libro de texto que trataba sobre los efectos clínicos y patológicos de la malnutrición en niños tras haber estudiado cuidadosamente a las víctimas del hambre de la comuna de Paris de 1871. Nobécourt, en una serie de artículos publicados en 1916, publicó el clásico cuadro del desnutrido. Jackson, en su libro publicado en 1923, revisó con detalle los aspectos clínicos y patológicos de los estudios sobre malnutrición y experimentales. Sin embargo, en todo este trabajo, se prestó escasa atención a la posible causa de malnutrición o a su relación con la deficiencia mental. Resulta sorprendente que las causas, efectos y tratamiento de la malnutrición—la principal causa de enfermedad, deficiencia mental y muerte en todas las edades— fuesen estudiados tan escasamente

Nutrición del cerebro en desarrollo: La placa neural aparece en el embrión humano aproximadamente 16 días después de la concepción. En el plazo de unos pocos días, la placa se curva y sus lados se juntan, formando un tubo que queda completamente sellado cuando las aberturas (neuroporos) en los extremos anterior y posterior están cerradas. El tubo neural contiene un canal: el futuro sistema ventricular, lleno de líquido, el futuro líquido cefalorraquídeo.

El tubo neural es avascular y su fuente de sustancias nutritivas es el líquido existente dentro del canal y posiblemente el líquido amniótico que lo circunda. Puesto que el tubo neural es sellado sin el beneficio de una fuente de sangre o plexo coroideo, el líquido que se encuentra dentro del canal es, bien líquido amniótico atrapado, o bien líquido secretado por alguna o la totalidad de las células ependimarias. Durante la quinta semana de vida fetal, la división craneal primaria de la arteria carótida interna empieza a enviar ramas sobre la superficie del cerebro. Su primera rama es la arteria coroidea anterior, que origina la formación del plexo coroideo abombando dentro de la pared ventricular medial. El plexo coroideo vascularizado inicia la producción de LCR (líquido cefalorraquídeo) durante la quinta semana y constituye la principal fuente de nutrición para el cerebro durante las siguientes 10 semanas.

La vascularización del cerebro es un proceso lento, que empieza con el establecimiento de un retículo superficial de vasos sanguíneos sobre la superficie del cerebro, seguida de la penetración del parénquima cerebral por ramas de la vasculatura superficial. La principal fuente de nutrición del SNC es la sangre después de que la vascularización de todo el SNC queda establecida durante el quinto mes de gestación, reemplazando al papel nutritivo del LCR, que se vuelve mucho menos importante.

Por lo tanto, la nutrición del feto depende exclusivamente de la madre —su dieta es la dieta fetal—. No existe evidencia de un sistema protector en la madre o en el feto que controle las cantidades y proporciones de hidratos de carbono, grasas y proteínas que alimentan el crecimiento fetal.

La malnutrición durante el principio de la infancia reduce, según se ha demostrado, el peso cerebral. Brown, (1965 citado por Black, 1982). Fue observado un moderado descenso en el número total de células del cerebro en un estudio efectuado en niños que murieron de marasmo infantil durante el primer año de vida en Santiago, Chile (Winick y Rosso, 1969, citados por Black, 1982). Estudios de los componentes lipídicos de la mielina en los cerebros de niños que murieron de desnutrición sugieren que el contenido lipídico puede estar reducido (Dodge, 1969, citado por Black, 1982).

Los datos sobre crecimiento celular disponibles hasta la fecha sugieren intensamente que la malnutrición en un momento crítico durante el crecimiento del cerebro retardará la división celular y desembocará en un déficit permanente en el número de células. Además, cualquier región en la que las células, independientemente de su tipo, se encuentre en rápida división resultará afectada. La mielinización resulta gravemente reducida en los cerebros de animales jóvenes expuestos a la malnutrición acumulando experiencia de que ocurre lo mismo en humanos.

La malnutrición precoz afecta el aprendizaje en las ratas (Cowley y Griesel, 1966, citados por Black, 1982). Los primates alimentados con una dieta baja en proteínas al principio de la vida jugaban considerablemente menos, mostraron un menor comportamiento sexual, menor cuidado y un comportamiento más agresivo que los animales que habían sido alimentados con una dieta rica en proteínas.

Como se puede ver, van-Welink (2000) es contundente al afirmar que diversos estudios demuestran que la desnutrición severa en etapas tempranas de la niñez, es la causa más común del DATH a nivel internacional.

E. RADIACION

En animales de experimentación (ratones), la exposición a los rayos x, en los primeros días de vida causa hipoplasia severa (atrofia), de las células granulares del hipocampo. Estos ratones, tienen grandes déficits en pruebas de aprendizaje,

basado en la memoria, y conducta "similar" a la del niño con DATH. En estos ratones, el déficit de atención se alivia con psicoestimulantes del tipo D-anfetamina, a niveles que igualan a las ratas no expuestas a la radiación. Además, se ha sugerido la lesión en células granulares del hipocampo, como una causa prenatal de DATH en humanos, y por lo tanto la lesión en ratones, es un modelo experimental que simula a ésta enfermedad. (van-Wielink, 2000)

F. PLOMO

La intoxicación por plomo, puede producir síntomas de DATH. Esta ingesta de plomo, puede ocurrir en niños que raspan y comen la pintura a base de plomo, comen en cerámica vidriada, o por la inhalación de los humos de gasolina, a base de plomo, lo cual afortunadamente, cada día es menos frecuente en las grandes ciudades como México. (van-Wielink, 2000)

La cantidad de plomo en el entorno infantil es mayor que en siglos anteriores, y principalmente es el resultado de la contaminación ambiental producido por el cambio tecnológico. No hay duda de que se trata de un tóxico que puede afectar al cerebro y causar una grave —e incluso fatal— encefalopatía. Afortunadamente estos casos son raros. Es probable que los niños restablecidos de dicha encefalopatía presenten una conducta de falta de atención e inquietud. (Taylor, 1991)

Sin embargo, la cuestión de si los niveles más bajos de exposición al plomo pueden también ser nocivos ha ocasionado una fuerte polémica, aún no resuelta. Ahora no se debate acerca de la presencia de una asociación entre una alta concentración de plomo con un CI inferior y una conducta difícil. Varios estudios en diferentes países han dejado claro que dicha asociación existe (Needham y cols., 1979; Yule y cols., 1981; Winneke, 1983, citados por Taylor, 1991). Además, la asociación existe incluso en niveles en la sangre por debajo de 35 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ que había sido considerado hasta entonces como fuera de peligro. Es una relación débil, estableciendo unos cuatro puntos de promedio en el CI y un moderado incremento en la prevalencia de problemas de conducta. La debilidad de dicha asociación refleja el indudable hecho de que otros factores son más importantes. No obstante, es bastante consistente en estudios diferentes y bien replicados.

La polémica se centra básicamente en la interpretación de lo que significa la relación entre el plomo y las variables psicológicas. ¿El plomo daña directamente la función psicológica? ¿Los niños con mayores problemas de conducta tienden a mostrar una relación más estrecha con el plomo?

Taylor (1991) concluye con respecto a la polémica del plomo en que éste no es la causa principal de hiperactividad, no es una causa esencial ni (excepto en dosis muy elevadas) suficiente, y probablemente su débil efecto contribuidor no es.

específico de este patrón de conducta. Sin embargo, esto no resta valor al hecho de reducir el plomo ambiental para salvaguardar la salud pública, pero hacen necesario buscar más allá las causas del DATH.

G. OTRAS TOXINAS

Existe suficiente evidencia científica, que prueba que, la exposición a drogas de abuso durante la gestación, tiene efectos dañinos sobre el sistema nervioso central. El problema es serio, ya que se ha estimado que de 16 a 20% de las mujeres embarazadas, fuman tabaco, 16% toman alcohol, y de 1 a 10% consumen cocaína. (van-Wielink, 2000)

El mismo autor refiere que el tabaco tiene cerca de 3,000 toxinas, entre ellas el plomo, y el monóxido de carbono, por lo que es una causa potencial de DATH, por otro lado Calderón (1990) reporta que en un estudio en niños hiperactivos con grupos de control adecuados mostraron que las madres de niños con DATH fumaban considerablemente más durante el embarazo y en otras épocas que las madres de niños control. En cambio no se observó ninguna influencia del patrón de tabaquismo de los padres en los dos grupos. Un posible factor o mecanismo que participa aquí es el aumento en la incidencia de complicaciones obstétricas asociadas con tabaquismo notable durante el embarazo, pues esto puede producir hipoxia fetal y daño cerebral.

El uso fuerte de alcohol durante el embarazo ha sido conectado al síndrome de alcohol fetal [fetal alcohol syndrome] (FAS), una condición que puede llevar a bajo peso al nacer, impedimento intelectual y ciertos defectos físicos. Muchos niños que nacen con FAS tienen la misma hiperactividad, falta de atención e impulsividad que niños con DATH. (NIMH, 1999)

La cocaína -incluso la forma que se fuma conocida como "crack"- parece afectar el desarrollo normal de receptores cerebrales. Estas partes de las células cerebrales ayudan a transmitir las señales que entran por nuestra piel, ojos y oídos y ayudan a controlar nuestras respuestas al medio ambiente. La investigación actual muestra que el abuso de drogas puede causarle daño a estos receptores. Algunos científicos creen que tal daño puede llevar al DATH. (NIMH, 1999)

H. TIROIDES

La resistencia a la hormona tiroidea (RHT), se ha asociado con el DATH, hasta en un 70% de los individuos que padecen éste trastorno endocrino. Se trata de una enfermedad de carácter hereditario, autosómica dominante, en la mayoría de los casos, ligada a un gen. La prevalencia de RHT en niños con DATH, es de 1:2,500 por lo que es extremadamente rara. (van-Wielink, 2000)

I. MEDICAMENTOS

Los medicamentos pueden producir trastornos del comportamiento, idénticos al DATH, y son agonistas B-adrenérgicos (albuterol, propanolol), que ocasionalmente se usan como preventivos en la migraña, anticonvulsivantes, especialmente el fenobarbital y medicamentos utilizados en enfermedades respiratorias como la teofilina, que se utiliza sola o en combinación como broncodilatador en el asma, y cuadros de bronquitis, que son tan frecuentes en los niños. (van-Wielink, 2000)

J. INFLUENCIA DE VARIABLES PSICOLOGICAS Y FACTORES AMBIENTALES

Díaz del Guante y Mávila (1993) han encontrado que esta manifestación del DATH ha sido explicada en términos de variables psicológicas como sensaciones internas (miedo, ansiedad) o externas, donde el niño responde repeliéndolas, para tratar de mantenerse a distancia de los eventos sumamente aversivos. Por esto, sus clases de respuestas asociadas —tales como la inquietud, impulsión, irritabilidad e inatención— deben considerarse, en último caso, como manifestaciones de ansiedad.

Palmer (1970, citado por Díaz del Guante y Mávila (1993), al describir algunas dinámicas posibles del DATH psicogénico, explica que cuando los niños se sienten molestos, se vuelven más conocedores de sus miedos internos; de esta forma su actividad motora subsecuente se constituye en un esfuerzo para vencer la ansiedad. Asimismo, considera a la hiperactividad como el medio del niño para competir con la depresión. En ambos casos la actividad motora excesiva constituye un fenómeno defensivo y de autoapoyo.

Por otro lado, Chess (1960, citado por Díaz del Guante y Mávila, 1993) atribuyó el 37% del DATH a etiología psicológica, mientras que Schmith (1974, citado por Díaz del Guante y Mávila, 1993) reportó que el 30% era de naturaleza situacional y un 9% de base psicogénica.

Ahora bien, tomando en cuenta los factores ambientales, Moreno (1995) ha estudiado diversos trabajos que abordan la influencia que en la aparición del trastorno desempeñan ciertas variables familiares y determinados factores sociales, como el nivel socioeconómico, las condiciones de vida y de trabajo de los padres, sus recursos materiales, así como los estilos educativos que los adultos adoptan. Al margen de los efectos de la familia y el medio social, se ha investigado cómo influyen otros factores, especialmente la institucionalización del niño y el medio escolar. Sin embargo, los resultados de estos estudios concluyen que posiblemente el factor determinante no sean las condiciones sociales en sí mismas, sino sus efectos psicológicos sobre la familia y en las actitudes y pautas educativas que adoptan los padres.

Taylor, (1991) ha encontrado resultados semejantes a los anteriormente expuestos. En estos, el autor reporta que los estudios en la población general infantil no indican que haya una fuerte relación entre la hiperactividad y los factores demográficos. Por ejemplo, Campbell y Redfering (1979, citados por Taylor, 1991) no hallaron una relación significativa entre las valoraciones del profesor y una amplia distribución de antecedentes que incluían el tamaño de la familia, los ingresos, la educación, la edad, el estado civil de los padres y el tipo de disciplina utilizada en casa. De modo similar, Goyette y cols. (1978, citados por Taylor, 1991) no encontraron una asociación con el nivel socioeconómico. En los estudios longitudinales de niños que tuvieron complicaciones en el nacimiento, las condiciones sociales adversas fueron relacionadas con la conducta hiperactiva, pero fue debido a las relaciones familiares inadecuadas más que a los ingresos y el nivel social en sí mismos (Neliran y cols., 1976; Nichols y Chen, 1981, citados por Taylor, 1991).

No obstante, parece ser que un nivel socioeconómico bajo está relacionado con el grupo, más pequeño y más gravemente afectado de niños permanentemente hiperactivos (Schachar y cols., 1981, citado por Taylor, 1991). Si es así, todavía tiene que dilucidarse el mecanismo de esta asociación. Es posible que reflejara la influencia de la vida familiar y la cultura sobre la atención.

También se ha discutido la influencia de otras variables, como la salud mental de los miembros de la familia y, sobre todo, de los padres en el comportamiento de los hijos; no obstante, se trata de una influencia inespecífica, pues no se vincula claramente con ningún problema infantil. En todo caso, los trastornos psiquiátricos de los padres influyen en la aparición de problemas psicológicos en los niños debido a que se alteran negativamente las interacciones entre padres e hijos. Las relaciones entre unos y otros se complican y se hacen más difíciles cuanto mayor es la gravedad y cronicidad del trastorno que padecen los padres, con independencia del diagnóstico específico que éstos hayan recibido. (Moreno, 1995)

Toone, et al, (1999) consideran que los factores psicosociales (discordia en la familia, inadecuada atención por parte de los padres en la conducta infantil, pobreza) no son la causa fundamental del DATH, pero podrían exacerbar el padecimiento.

El NIMH (1999) también ha comprobado que el DATH generalmente no es causado por:

- demasiada televisión
- alergias a comidas
- demasiada azúcar
- un hogar desagradable
- escuelas sin recursos

También es importante señalar que recientemente ha habido un renovado interés de la neuropsicología en relación con el DATH y por otro lado también se ha experimentado un aumento en el interés del diagnóstico de los Problemas de Aprendizaje (PA). Gaddes (1981, citado por Montgomery, Sabatino y Spoentgen, 1987) está en desacuerdo con la teoría de que las implicaciones neurológicas del DATH son un síntoma común dentro de la etiología de los PA, este autor exige que una detallada valoración neuropsicológica es el procedimiento más útil para llegar a un diagnóstico diferencial entre la etiología orgánica y la psicosocial tanto en el caso del DATH como en relación a los PA.

COMENTARIO

Las variables psicológicas y los factores ambientales tienen imbricaciones muy profundas sobre la forma en que el ser humano se relaciona con sus semejantes, es cierto que aún no se ha explicado en su totalidad la forma en que los aparatos sociales causan o desencadenan ciertos trastornos en la conducta o el pensamiento. Esto quiere decir que no debemos cerrar completamente la puerta a la posibilidad de que las variables psicológicas y los factores ambientales ejerzan algún tipo de influencia sobre la etiología del DATH, en este punto coincido con Toone et al, (1999) al resaltar el papel de estas variables como agentes que exacerban las manifestaciones del DATH, entonces resulta muy importante encontrar que la familia y la escuela pueden convertirse a su vez en factores terapéuticos efectivos, siempre y cuando las personas que rodean al paciente estén concientes del problema y actúen de común acuerdo en la ejecución del programa de intervención propuesto por el clínico.

K. CONDICIONES MEDICAS QUE IMITAN EL DATH

Las siguientes condiciones médicas, imitan uno o varios de los síntomas del DATH (van-Wielink, 2000):

- Alergias, asma, y otros problemas respiratorios que causan problemas en la ventilación, y pueden alterar la concentración del niño.
- Problemas a nivel sensorial; de la audición o de la vista, que causan que el niño no capte lo que ocurre en el salón de clase.
- Problemas médicos que alteren el nivel de la glucosa en sangre, como son la diabetes, o la hipoglucemia, los cuales causan problemas en la concentración, y en el nivel de actividad. Los niños que son diabéticos, no sólo pueden tener problemas por la elevación de la glucosa, sino, por una baja de glucosa, por causas diversas, como la aplicación de insulina, en cantidad mayor a la requerida.
- La anemia por cualquier causa, especialmente por baja de hierro. Se sabe que la hemoglobina (que contiene el hierro), es la molécula de los glóbulos

rojos, encargada de transportar el oxígeno a los tejidos, por lo tanto, cualquier alteración de ésta, trae un mal funcionamiento cerebral.

- Crisis convulsivas, especialmente del tipo ausencias. Estas causan que el paciente pierda la noción del tiempo y se "ausente" durante unos segundos a minutos. Al tomar conciencia nuevamente, el paciente tiene un período de amnesia y confusión, que hacen que pierda el hilo de lo que ocurre a su alrededor, por lo que su rendimiento escolar es muy bajo.
- Problemas psiquiátricos de diversa índole como depresión, ansiedad, o bien el aburrimiento (falta de motivación) o el estrés excesivos.
- Trastornos del aprendizaje como los problemas en el proceso de adquisición de la lectoescritura (p.j. dislexia), en un niño al que se le exige mucho, y que no está adecuadamente tratado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. CUADRO CLINICO

En este capítulo se revisa en detalle todo el *spectrum* sintomatológico del DATH. Sin embargo, no es frecuente en la clínica encontrarlo completo en todos los casos y los signos y síntomas que lo integran pueden asimismo, revestir mayor o menor gravedad. Se han descrito casos relativamente puros, casi monosintomáticos y casos con sintomatología múltiple, que son con mucho los más frecuentes. (Puente et al, 1979) Por lo tanto es importante aclarar que el *spectrum* es variable y depende en gran medida de la constitución individual de cada persona.

Si bien el cuadro se manifiesta por lo general cuando el niño inicia su escolaridad, hay signos que pueden evidenciarse antes, con características de indicadores. En el primer año de vida pueden manifestarse alteraciones del sueño, poca tolerancia a las frustraciones (niño que no respeta horarios), inquietud permanente, llanto fácil, exageración de la actividad normal extrapiramidal, bajo umbral de respuesta al reflejo de Moro. El lactante se presenta irritable, quejoso, hipertónico, inquieto, tenso, exigente e insatisfecho. Entre los 12 y los 24 meses, aparecen los indicadores de la torpeza motriz que puede manifestarse en la adquisición de las pautas evolutivas correspondientes a esta edad. (Tallis, 1982)

A partir de los dos años, y especialmente con el ingreso en el jardín de niños, pueden manifestarse las alteraciones de la motricidad fina y las fallas perceptuales, como también la hiperactividad. Al enfrentar la exigencia de la escolaridad, el cuadro total se manifiesta con distinta intensidad en las áreas señaladas. (Tallis, 1982)

A. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO MOTOR Y EMOCIONAL

El término comportamiento se ilustra en la definición de Lagache (1951, citado por Tallis, 1982):

"Conjunto de acciones materiales o simbólicas por las cuales un organismo en situación tiende a realizar sus posibilidades y a reducir las tensiones que amenazan su unidad poniéndolo en movimiento".

Esta relación estrecha de la conducta y el movimiento, ha llevado a Conel (1959, citado por Tallis, 1982) a expresar que toda conducta, incluyendo la moral, se refiere en último análisis al empleo del músculo. Dicho de otra forma, sólo la conducta explica al cuerpo; todo movimiento humano tiene una función determinada por la esfera de valores que le otorga significación y lo hace significar algo.

Los procesos de comportamiento, sociales en su expresión y altamente complejos en su estructura, que abarcan elaboración, almacenamiento de la información, programación y control de las acciones, no están localizados en

centros determinados del cerebro, sino que deben ser elaborados por varias estructuras cerebrales. Cada proceso conductual está basado en un plan o programa de operaciones que conducen a un objetivo definido. El sistema es autorregulado; el cerebro juzga el resultado de cada acción relacionada con el plan básico y termina su actividad cuando se llega a un final exitoso del programa.

Yakovlev (1948, citado por Tallis, 1982) describe tres niveles ontogénicos respecto del control efector de la estructura cerebral que crea la conducta:

Sistema rínico. Lo integran el bulbo y el haz olfatorios, sustancia anterior perforada, zona preóptica, cuerpo mamilar, fórnix y asta de Ammón con extensiones al hipocampo y amígdala. Es el más antiguo, su función es estrictamente privada, ya que no tiene efectores, o sea, que a través de él no hay conducta pública ni comunicación, y responde sólo a estímulos del medio interno.

Sistema límbico. Comprende la circunvolución del cíngulo, el giro del hipocampo, uncus, islote de Reil, complejo estriado-pálido y las zonas de proyección primarias motoras y sensitivas. Es el centro de la conducta instintiva; sus efectores son los músculos esqueléticos, establece la correlación neurógena y coordina la expresión externa de las sensaciones internas. La conducta emocional primaria probablemente guarde más relación con este sistema que con otros centros más altos de desarrollo posterior.

Sistema supralímbico. Incluye las zonas de asociación de la corteza cerebral y la corteza de asociación precentral. Regula el empleo elaborado de las estructuras musculoesqueléticas terminales de manos y dedos, y de los músculos bucales y respiratorios. A través de él, el hombre desarrolla una conducta para la producción o creación de objetos inanimados y comunicación con objetos animados.

Con base a lo anterior, Finley (1963) encuentra que las porciones terminales relativamente emancipadas del sistema supralímbico, con sus múltiples correlaciones sinápticas intracorticales, se desarrolla la función específicamente humana del comportamiento. El mismo autor señala que una lesión supralímbica perturba la simbolización de experiencias e incapacita al individuo para utilizar su experiencia privada en acto público, por lo cual éste carece de criterio social. Los ingresos alterados al sistema supralímbico desde los estratos inferiores, originan una actividad motriz y verbal excesiva y desequilibrada.

La disfunción de la conducta puede definirse, a partir de estos conceptos, como anormal, resultante de la ruptura de la correlación y coordinación entre los sistemas rínico, límbico y supralímbico.

Por otro lado, los síntomas del DATH que se producen en el área del comportamiento comprenden dos grupos fundamentales:

Alteraciones del Comportamiento Motor

La Hiperquinesia, Hiperactividad Motora, Hiperquinesia o Desinhibición Motriz es entendida como la incapacidad del niño para dejar de reaccionar a estímulos ambientales que provocan respuestas de movimiento. (Puente et al 1979) Es el síntoma fundamental del DATH y motivo principal de consulta de padres y maestros.

Laufer y Denhoff, (1957), han comprobado que algunos autores se basaron en esta manifestación para denominar el cuadro y la generalización posterior aún perdura bajo el nombre de "síndrome hiperquinético". Esto evidentemente induce a errores, porque el cuadro de DATH requiere de otros elementos para conformarse, y la hiperquinesia puede presentarse con una cantidad importante de otras entidades, como trastornos psicológicos, inadaptación ambiental, retardo mental, epilepsia temporal, trastornos tóxicos, metabólicos, degenerativos, etcétera.

Velasco, (1980) reconoce que la hiperactividad o hiperquinesia es el trastorno de conducta más manifiesto. No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. Como en la edad escolar el síntoma es más notorio, frecuentemente son los maestros de enseñanza primaria quienes lo detectan; con mayor razón, si se considera que los niños hiperactivos interfieren en la buena marcha del grupo dentro del salón de clase. Estos niños se levantan de su asiento, toman objetos de sus compañeros, hablan constantemente y aún pueden gritar en los momentos más inadecuados, dando la impresión de que sus actos no sirven a otros propósitos que no sean los de expresar un estímulo interior incontrolable.

Hay razones para suponer que el hambre, el dolor, la sed y otros estímulos internos tienen mayor intensidad en el niño con DATH y le exigen una satisfacción inmediata, so pena de alterar seriamente la conducta si la gratificación no ocurre. En cuanto a los estímulos externos, ofrecen al niño una gran dificultad para establecer una discriminación adecuada, provocando que prácticamente todos ellos tengan el mismo valor. Se comprende lo que esto significa como obstáculo para las tareas del aprendizaje. (Velasco, 1980)

La hiperquinesia presenta, además, una característica que conviene tener en cuenta cuando se interroga a los padres. Debido a que se origina principalmente "desde el interior" del niño, es en parte una respuesta al ambiente; y por tanto, se *manifiesta permanentemente y en todo lugar*¹⁰, es inquieto en el hogar, en la escuela y fuera de ella, aunque, por supuesto, hay situaciones que la exageran y otras que parecen ejercer una influencia benéfica. En general, los ambientes que más estimulan a los sentidos incrementan la motilidad, en tanto que los lugares

¹⁰ Las cursivas son mías.

tranquilos, sin ruidos u otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir la actividad física de éste. (Velasco, 1980)

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia. Algunos de los niños que la sufren hablan tanto y muestran tal incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso, que hacen recordar ciertos estados maniacos del adulto en los cuales existe incluso fuga de ideas. Son pues, chicos "hablantines" que llegan a irritar a otros niños y especialmente a los adultos. (Velasco, 1980)

En algunas ocasiones la hiperactividad se incrementa durante la noche de tal manera que se dificulta la iniciación del sueño, aunque es frecuente que el niño se duerma pronto y despierte unas cuantas horas después. Si esto ocurre, el niño ya despierto inicia actividades propias de su hiperquinesia: habla en voz alta, deambula por la casa, pretende ponerse a jugar, etcétera.

Existe otra forma de conducta que se deriva directamente de la hiperactividad: la destructividad. Se reconoce fácilmente en el hogar, donde con frecuencia el niño destruye objetos, valiéndose de herramientas como martillos, desarmadores, etc., o bien usando para ello las manos o los pies. Las madres suelen expresarse así: "Los juguetes no le duran ni un día..."; "todo lo rompe a pesar de los castigos..."; "...por destructor, no lo aceptan otros niños...", etcétera. (Velasco, 1980)

Alteraciones del Comportamiento Emocional

La *labilidad emocional* hace referencia a las acentuadas e imprevisibles oscilaciones del talante: alegría, tristeza o cólera exageradas. Unida a la *impulsividad* y a la *baja tolerancia a la frustración* puede dar lugar a impresionantes estallidos emocionales: los berrinches que tanto alarman y preocupan a los padres. (Puente et al 1979)

Velasco (1980) describe la *irritabilidad* como otro más de los síntomas característicos. Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo, en comparación con lo que ocurre en los niños normales. Como consecuencia de ello se presentan dos hechos que se consideran como derivativos de la irritabilidad. Por una parte, el niño muestra escaso control sobre su conducta y ésta se vuelve imprevisible a la vista de los adultos; y por otro lado, por las mismas razones exhibe una baja tolerancia a las frustraciones, las cuales suelen manifestarse en forma de rabietas y "berrinches" incontrolables. Es un hecho bien conocido que los niños con DATH pasan sorpresivamente del enojo a la risa y de ésta al llanto, además de que el no obtener lo que desean (incluso cosas sin importancia) puede provocar una verdadera "pataleta" que hace que los padres pierdan la paciencia.

la *disforia* se caracteriza por la anhedonia, la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad, la anhedonia es la incapacidad para experimentar

placer; los niños pueden mostrarse sobreexcitados, pero la cualidad misma de la vivencia no es la adecuada para la situación que se vive. La depresión se refiere más bien a que se puede comprobar, en algunos casos, la presencia de los llamados equivalentes depresivos, o bien de la depresión enmascarada. En cuanto a la autoestima, se ha visto que los niños mayores y los preadolescentes con DATH frecuentemente se consideran a sí mismos incapaces, diferentes, malos, inadecuados; todo ello se desprende de las comunicaciones con sus maestros y de los estudios de la personalidad que se les practican. (Velasco, 1980)

Aumento de la agresividad. Son coléricos y agresivos, pero no crueles. La crueldad obliga a pensar en otras entidades psiquiátricas. (Puente et al 1979)

Control imperfecto de los impulsos, por lo cual padecen accidentes con frecuencia, ya que tampoco tienen una noción correcta del peligro.

Relaciones interpersonales inadecuadas con sus compañeros, frente a los cuales no aceptan roles de grupo. Con los adultos resisten sus demandas y son rebeldes; en instancias extremas, insubordinados, negativistas y refractarios a las medidas ordinarias de disciplina.

Tallis (1982) encuentra que las características definitorias de la conducta de estos niños son irritabilidad, impulsividad, variabilidad y explosividad. Estas características ocasionan conflictos con sus compañeros, padres y maestros, y a causa del rechazo del medio social, puede desencadenarse una problemática psicológica manifiesta que requiera ayuda experimentada. Este mismo autor sostiene que estas alteraciones se van delineando desde edades tempranas. Debido a la disfunción o injuria diencefálica, el lactante tendría una sensibilidad aumentada a las urgencias usuales (hambre, frío, etc.), con un aumento en el grado de tensión ocasionado por aquéllas. Aun si la madre se conduce de manera adecuada, no logra aliviar las tensiones del niño. Posteriormente la madre, frente al fracaso de sus esfuerzos para satisfacerlo, desarrolla una hostilidad inconsciente hacia su hijo que es percibida por éste y que le ocasiona un disturbio emocional secundario.

B. ALTERACIONES DE LA ATENCION

El término atención se ilustra en la definición de Luria (1989):

"Toda actividad mental humana organizada posee un cierto grado de directividad y selectividad. De los muchos estímulos que llegan a nosotros, respondemos únicamente a aquellos que son particularmente fuertes o que nos parecen particularmente importantes y corresponden a nuestros intereses, intenciones o tareas inmediatas. Del gran número de movimientos escogemos sólo aquellos que nos permiten alcanzar nuestra meta inmediata o realizar un acto necesario; y del gran número de huellas o de sus conexiones almacenadas en nuestra memoria, sólo seleccionamos aquellos que corresponden a nuestra tarea inmediata y nos permiten realizar algunas operaciones intelectuales necesarias."

En base a esta definición, el mismo autor observa que en todos estos casos la probabilidad de que estímulos particulares alcancen nuestra conciencia, de que aparezcan movimientos particulares en nuestra conducta, o de que broten en nuestra memoria huellas particulares puede variar muy considerablemente. El círculo de probables sensaciones, movimientos o trazos de memoria se estrecha, la probabilidad de aparición de ciertas impresiones, movimientos o trazos de memoria se hace distinto y selectivo: algunos de ellos (esenciales o necesarios) comienzan a dominar, mientras que otros (innecesarios) son inhibidos.

Esto quiere decir que el proceso psicológico superior de la atención es una actividad con alto grado de *direccionalidad* y *selectividad*. Este proceso mantiene una estrecha vigilancia sobre el curso preciso y organizado de la actividad mental.

Base Material de la Atención

Toda forma compleja de atención, involuntaria o, más especialmente, voluntaria, requiere el cumplimiento de otras condiciones, principalmente la posibilidad del *reconocimiento selectivo de un estímulo particular* y la inhibición de respuestas a estímulos irrelevantes, de ninguna importancia en la situación corriente. Esta contribución a la organización de la atención se efectúa por estructuras cerebrales localizadas a nivel superior. Luria (1989) encuentra las siguientes:

Córtex límbico. El papel de las estructuras del córtex antiguo o región límbica (hipocampo, amígdala) y los sistemas conectivos del cuerpo caudado ha atraído recientemente la atención. Los estudios a nivel de una sola unidad han mostrado con claridad que las neuronas que no responden a estímulos modales específicos, sino que comparan aparentemente estímulos nuevos y viejos y que permiten que se de una respuesta a los nuevos estímulos o a sus propiedades, en tanto que las respuestas a estímulos habituales y antiguos se extinguen, ocupan un importante lugar en estas estructuras particulares. Es por esto que las estructuras del hipocampo, íntimamente relacionadas con los mecanismos de inhibición de estímulos irrelevantes y de habituación a estímulos repetidos durante largos períodos de tiempo, en una primera etapa comenzaron a considerarse como componentes esenciales del sistema inhibitor o filtrante, participando necesariamente en las respuestas selectivas ante estímulos específicos y formando una parte del sistema de reflejos orientadores innatos y de la conducta instintiva. Por esta razón, el hipocampo, y el cuerpo caudado, son considerados como estructuras esenciales para la eliminación de respuestas a estímulos irrelevantes que permitan al organismo comportarse de una manera estrictamente selectiva.

Región frontal Los lóbulos frontales juegan un importante papel en la elevación del nivel de vigilancia de un sujeto cuando realiza una tarea y participan así, sucesivamente, en las formas superiores de la atención. Los lóbulos frontales humanos participan en la activación inducida por una instrucción verbal y son una

parte del sistema cerebral directamente involucrado en los procesos asociados con las formas superiores de atención activa. El hecho de que los lóbulos frontales tengan tantas conexiones con la formación reticular proporciona una base morfológica y fisiológica para la participación de los lóbulos frontales en estas formas superiores de activación.

Tomando como base la exposición anterior de Luria (1989), es correcto afirmar que el conocimiento científico de los procesos psicológicos (no únicamente la atención) nos proveerán de certidumbres positivas al momento de explicar distintas fenomenologías de comportamiento anormal. En este caso concreto, Puente et al, (1979) señalan que una de las principales manifestaciones conductuales del DATH es la Distractibilidad, Desatención o Hiperactividad Sensorial, y como consecuencia, es responsable de que el niño reaccione a todos los estímulos ambientales, no pudiendo desentenderse de los que son innecesarios.

Las observaciones y apuntes logrados dentro del consultorio del clínico sobre esta aguda problemática las vierte Velasco (1980) en su publicación, en ella reporta que la desatención tal vez sea la principal razón para que el profesor escolar llegue a la errónea conclusión de que el niño con DATH es un deficiente mental. Debe quedar claro que el niño del que se habla ahora es un niño con inteligencia normal. Por supuesto, los síntomas que se mencionan pueden confundir a un observador inexperto, máxime cuando de hecho obstaculizan la capacidad de aprendizaje del niño. Para que el profesor aplique un criterio más adecuado, se le puede proporcionar este dato: *si bien tanto el niño que sufre retardo mental como el niño con DATH son malos estudiantes, el primero se muestra siempre deficiente, mientras que el segundo frecuentemente sorprende con su capacidad de comprensión.*¹¹

La inatención está relacionada con la *hiperactividad sensorial*. Parece como si el niño se viera forzado a reaccionar ante todos los estímulos mostrándose atraído por detalles irrelevantes. Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los perceptos y las ideas, con lo que éstos adquieren una importancia uniforme, porque el niño presta la misma atención tanto a lo esencial como a lo secundario. (Velasco, 1980)

Otro aspecto importante de resaltar es la *conducta impredecible, inconsistencia o variabilidad*, alude a las fluctuaciones que en el desempeño de una misma tarea o actividad presenta el niño de un día para otro, de una hora para otra, e incluso de un momento para otro. El maestro se sorprenderá de la fluctuación en el rendimiento del niño: una habilidad o conocimiento bien dominado un día, puede parecer desconocido al siguiente, como si se presentara por primera vez. (Puente et al, 1979)

¹¹ Las cursivas son mías

Hasta el momento hemos revisado brevemente la definición del proceso de la atención, la base material de la misma y las principales descripciones clínicas registradas en el consultorio sobre las anomalías conductuales atribuidas a una disfunción de este proceso, sin embargo, esto no es suficiente. Para obtener una visión integradora y global, es menester la inclusión de los hallazgos obtenidos por Luria (1989) sobre la relación inalienable entre las lesiones de las estructuras límbicas/frontales y su repercusión directa sobre el comportamiento humano:

Córtex límbico. Las lesiones de estas estructuras dan origen a la ruptura de la selectividad en la conducta, que es, de hecho, más una alteración de la atención selectiva que un fallo de memoria. Las teorías sobre el papel de la región límbica y, en particular, las estructuras del hipocampo en la organización de la conducta, corresponden también a los cambios en el comportamiento y en el estado de conciencia observado en pacientes con lesiones de esta región que se manifiestan bien en el cuadro clínico, o bien en los resultados de tests especiales electrofisiológicos. Clínicamente, los pacientes de este grupo, con tumores profundos en la línea media, no exhiben alteraciones de conocimientos y praxis, lenguaje o procesos formalmente lógicos. Toda la patología de su conducta concierne a una inhabilidad de respuestas selectivas, a una notable fatigabilidad, y a una rápida transición a respuestas no selectivas ante estímulos diferentes. En casos relativamente leves, esta lesión se manifiesta por una mayor distraibilidad en la rápida desaparición de la actividad orientada a un fin, la fácil aparición de asociaciones irrelevantes, y alteraciones bien definidas de la memoria, los estímulos irrelevantes son mezclados en seguida dentro de su curso de pensamiento y la estructura de su conciencia se hace completamente confusa en lugar de organizada direccional y selectiva. Tal paciente puede declarar que él no está en el hospital, sino en casa o en el trabajo (algunas veces en ambos lugares a la vez), o puede decir que está en algún lugar vago, indeterminado (por ejemplo, es una estación de ferrocarril); puede decir que sus parientes están con él, en ese lugar, o puede tomar al médico por un conocido de su trabajo; puede mostrar otros signos de serias alteraciones de la conciencia que son particularmente obvias si las zonas anteriores de la región límbica están afectadas por el proceso patológico y si su conciencia de que el curso selectivo de sus procesos mentales está dañada.

La ley de la fuerza, según la cual estímulos fuertes evocan respuestas fuertes y estímulos débiles evocan respuestas débiles, ya no se aplica; estímulos de diferentes intensidades comienzan a evocar respuestas iguales, y algunas veces un estímulo no produce depresión sino una paradójica exacerbación del ritmo alfa. El proceso de habituación a un nuevo estímulo, que se observa claramente cuando el córtex está en estado normal, también sufre profundos cambios y los componentes electrofisiológicos del reflejo orientador o bien están completamente ausentes o bien se hacen inextinguibles. Al mismo tiempo, estas investigaciones

demuestran que en este grupo de pacientes pueden aparecer distorsiones del proceso normal de excitación. Sin embargo, una característica esencial de todos estos casos es que todos estos signos de alteración primaria de la atención direccional y selectiva pueden compensarse, hasta cierto grado, en el tiempo por la introducción de una orden verbal o, en otras palabras, por la incorporación al sistema de niveles estructurales superiores de proceso intactos, generalmente, esta compensación tiene sólo carácter temporal y la selectividad de los procesos electrofisiológicos se pierde rápidamente; no obstante, esta integración potencial de las formas superiores voluntarias de atención en presencia de una alteración primaria de sus formas elementales es un signo importante que distingue a estos pacientes de los que tienen lesiones en otros lugares.

Lóbulos frontales. En contraste con los pacientes que tienen lesiones en la parte superior del tallo cerebral y la región límbica, en los pacientes con lesiones masivas de los lóbulos frontales las formas elementales de atención involuntaria o de reflejos orientadores impulsivos ante estímulos irrelevantes puede no sólo mantenerse, sino que también puede ser aumentada patológicamente, *Paralelamente, todo intento de inducir atención voluntaria estable en estos pacientes con la ayuda de instrucciones verbales es inefectivo.*¹²

La incapacidad de concentrarse en una instrucción y de inhibir respuestas a estímulos irrelevantes aparece incluso durante las primeras observaciones clínicas de pacientes con lesiones masivas en los lóbulos frontales. Esta distraibilidad incrementada en pacientes con lesiones masivas del lóbulo frontal es la causa de profundas alteraciones de su conducta orientada a un fin y de alteraciones del pensamiento. Como resultado de investigaciones psicofisiológicas llevadas a cabo durante los últimos años, podemos ya distinguir los mecanismos que yacen en la base de la alteración de estas formas superiores de atención, se ha establecido el hecho de que la expectación de un estímulo evoca potenciales lentos específicos en los lóbulos frontales humanos, que se describen con el nombre de "ondas-de expectación", y estas ondas se extienden acto seguido por otras áreas del cerebro. Al mismo tiempo, Livanov, Gavrilova y Aslanov (1967, citados por Luria, 1989) descubrieron que el stress intelectual da lugar a un marcado aumento en el número de puntos que trabajan sincronizadamente en el córtex frontal. Todos estos hechos proporcionan la explicación de algunos de los resultados fundamentales obtenidos mediante tests psicofisiológicos en pacientes con lesiones en los lóbulos frontales, descubiertos en el curso de muchos años de cuidadosa investigación (Homskaya, 1960, 1965, 1966a, 1966b, 1969, 1972; Luria y Homskaya, 1970; Artemeva, 1965; Artemeva y Homskaya, 1966; Haranovskaya y Homskaya, 1966; Baranovskaya 1968; Simernitskaya, 1970; Simernitskara y Homnskaya, 1966, citados por Luria, 1989).

¹² Las cursivas son mías

Como ya se ha mencionado, las lesiones en las partes superiores del tallo cerebral y sistema límbico pueden alterar la base primaria de la atención, la reacción orientadora, que puede ser inestable y de fácil extinción, o puede dejar de suprimirse por factores de habituación. Sin embargo, es característico que, en estos casos, la atracción de la atención por un estímulo con la ayuda de una instrucción verbal puede compensar sus defectos y fortalecer los componentes electrofisiológicos y autónomos de la atención. Con los pacientes que tienen lesiones masivas del lóbulo frontal el caso es muy distinto, ya que los reflejos orientadores elementales de estos pacientes con frecuencia están aumentados patológicamente y esto interfiere en su realización intencional y rápida de la tarea.

Por otro lado, la pérdida de activación como resultado de una instrucción verbal se ve de forma particularmente clara en pacientes con lesiones frontales masivas y bilaterales que afectan las porciones mediales de los lóbulos frontales. Esto ocurre en pacientes cuya conducta se caracteriza por rasgos de inactividad, distraibilidad y una profunda alteración de la selectividad de sus procesos mentales. Los pacientes con lesiones de las porciones laterales de los lóbulos frontales exhiben un cuadro muy distinto. La activación que aparece a través de la influencia directa de los estímulos está suficientemente marcada en estos pacientes y se extingue rápidamente; sin embargo, estos rasgos de activación pueden ser fortalecidos y estabilizados por instrucción verbal sólo tras su repetición frecuente y en estos casos la activación es muy inestable y desaparece rápidamente, haciendo necesaria una repetición mucho más frecuente de la instrucción para su reaparición.

Estas observaciones muestran que el mecanismo de las formas superiores de activación está totalmente alterado en los pacientes con lesiones frontales o bien pierde su carácter estable y generalizado y que los lóbulos frontales y especialmente sus zonas medias (que están conectadas estrechamente de forma particular con los tractos descendentes de la formación reticular y con la región límbica), ejercen un papel decisivo en este proceso de elevación del nivel general del sustrato de actividad.

En la descripción de estos cuadros patológicos presentados por Luria, (1989) es evidente la existencia de elementos clínicos y conductuales comunes con el DATH; partiendo de la base de que en éstos pacientes no siempre existe daño EVIDENTE del SNC¹³, y teniendo en cuenta que la regulación de la atención sigue la norma de la estructuración vertical de los sistemas funcionales implicados, Tallis (1982) sugiere la hipótesis de la existencia de un déficit en la regulación cortical de los estratos subcorticales ligados a esta función, que se exterioriza en una atención disminuida con exacerbación de la atención voluntaria.

¹³ Para un análisis más enfocado sobre el debate concerniente a la existencia del daño cerebral demostrable, ver el apartado LESIONES CEREBRALES ADQUIRIDAS en el CAPITULO II

C. IMPULSIVIDAD

Otro síntoma importante, que a su vez origina ciertas modalidades del comportamiento, es la *impulsividad*, entendida ésta como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos. Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas. (Velasco, 1980)

La impulsividad del niño hace que a éste se le tome por *temerario*; lo que sucede en realidad, como suele decirse, es que *no mide el peligro*. Debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede caer en la conducta antisocial. En efecto, suelen tomar para sí objetos ajenos: artículos escolares de sus condiscípulos, dinero que la madre guarda en la casa (esto la mayor parte de las veces); además de cometer los actos que se derivan de su agresividad y que casi siempre ameritan castigos tanto en la escuela como en el hogar. Son los niños eternamente castigados. Como además parecen actuar con cierto cinismo exasperante, es relativamente fácil confundirlos con verdaderos psicópatas en ciernes. (Velasco, 1980)

D. PERSEVERACION

La Perseveración es la repetición de un modelo conductual una y otra vez después de que cesó el estímulo que determinó cierta respuesta, (Puente et al, 1979). En el caso concreto del DATH, Velasco (1980) conceptualiza la perseveración como una conducta repetitiva (a veces compulsiva) estereotipada e incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra. Puede pasar inadvertida cuando no es muy notable, porque el foco de atención del observador se dirige hacia las consecuencias que sobre las relaciones interpersonales tiene la conducta del niño.

La perseveración se ve claramente en la ejecución de los dibujos de la prueba de Bender (Bender Gestalt Test). Después de dibujar los puntos de la tarjeta número 1, el niño sigue haciendo puntos en la número 2, a pesar de que aquí el estímulo se ha convertido en hileras de pequeños círculos. En cuanto a la conducta, la perseveración se manifiesta de diversas maneras: el niño repite una y otra vez la misma frase, continúa iluminando un dibujo pese a haber terminado ya el trabajo, sigue rebotando una pelota, aunque haya llegado al límite previsto, etc. Es como si la actividad motora se hubiera perpetuado.

E. TRASTORNOS PERCEPTIVO-COGNITIVOS

La incidencia de esta perturbación es muy alta. En el estudio de seguimiento de niños con DATH efectuado por Koppitz (1976), los resultados demuestran que el 77% de estos niños presentan disfunciones específicas de la percepción visomotriz.

Si bien es cierto, el acto perceptivo es un hecho funcional complejo, basado en el trabajo coordinado de todo un grupo de zonas corticales y subcorticales. Ahora bien, se sospecha que una disfunción de las áreas asociativas (zonas terciarias de interrelación perceptiva ubicadas en la encrucijada parieto-témporo-occipital) provoque dificultades en las áreas de simbolización y pensamiento abstracto. A tal efecto Tallis (1982) señala, sin concluir que el dato sea de por sí significativo para establecer una hipótesis etiológica, que dentro de la patología isquémico-anóxica del recién nacido, una de sus formas anatomopatológicas es el "infarto en napa", que tiende a localizarse en las áreas asociativas.

Es esta coordinación perturbada la que subyace en la manifestación de los trastornos perceptivos en el DATH, en donde se produce una falla en la síntesis espacial de las sensaciones y/o un disturbio de los procesos de asociación que implican el reconocimiento de objetos y símbolos. En forma esquemática, Wikler, (1970) indica las consecuencias que se desprenden de estas alteraciones perceptivas y su expresión clínica en el DATH:

- *auditivas*: perturbación de la discriminación, análisis y síntesis de los estímulos auditivos;
- *visuales*: perturbación en la discriminación, integración y formación de patrones visuales;
- *espaciales*: dificultad en el reconocimiento de la forma, tamaño, estructura, distancia, astereognosia y atopognosia;
- *cinestésicas*: disturbios en la imagen corporal;
- *audio-viso-espaciales*: dificultades en el dictado y la lectura;
- *visoespaciales*: perturbaciones en la habilidad para la aritmética, lectura en silencio y discriminación figura-fondo;
- *visomotoespaciales*: dificultad en la escritura y dibujo;
- *auditivomotoras*: trastornos del lenguaje, disfasia, tartamudez, dificultades para cantar;
- *visomotoras*: dificultades en la selección y en la habilidad manual y ocular;
- *espaciomotoras*: disturbios en la imagen corporal y sentido de las posiciones.

F. SIGNOS NEUROLOGICOS

Tallis (1982) y Puente et al, (1979) muestran los signos neurológicos mínimos, evidentes en un examen cuidadoso:

- Torpeza motriz en las tareas que requieren coordinación motriz fina.
- Movimientos coreiformes.
- Ligera disfasia.
- Movimientos involuntarios.
- Hiperreflexia discreta con reflejos asimétricos.
- Agnosia digital.
- Diadococinesia.
- Apraxia ocular y nistagmus en la mirada extrema.
- Temblor.
- Grafestesia.
- Vértigos.
- Extinción de la doble estimulación táctil simultánea.
- Asimetría pupilar.
- Fallas de lateralidad y en la discriminación izquierda-derecha. También hay confusión de conceptos tales como mucho-poco, más-menos, grande-pequeño, arriba-abajo, adelante-atrás, etc.
- Defectos unilaterales de oclusión palpebral.
- Torpeza en la marcha.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También se han mencionado asimetrías de tono muscular; hipotonía; Babinsky positivo; alteraciones de nervios con estrabismo y debilidad facial; laxitud ligamentosa, más notoria en los dedos de la mano, que lleva a una deformación de los índices denominada "dedo de bayoneta"; etcétera.

P.H. Wender (1975, citado por Tallis, 1982) indica que algunos de estos signos pueden presentarse en el 50 % de los niños con DATH, y que su denominación como "sutiles" denota tres cosas:

- 1) la presencia de ciertas alteraciones perceptivas o cognitivas, que son consecuencia de una falta de maduración;
- 2) su presentación no es constante;
- 3) no tienen correlato con una lesión neurológica clara.

Según Wender, estos signos facilitan el diagnóstico, pero su ausencia no lo invalida.

G. ANORMALIDADES ELECTROENCEFALOGRAFICAS

Se han comunicado anomalías del EEG en el 50 % de los niños con DATH (Hughes y Park, 1968; Capute y cols., 1968; Jasper y cols., 1938; Rabinovitch, 1956; etc., citados por Tallis, 1982). Los hallazgos más frecuentes son:

Anormalidades dudosas:

- Espigas positivas de 14 y de 6 ciclos por segundo.
- Ondas lentas occipitales o temporales posteriores.
- Esporádicas ondas lentas agudas no focalizadas.
- Excesiva amplitud o lentitud del trazado.
- Aumento de la amplitud durante la hiperventilación.
- Pequeña disritmia difusa.

Anormalidades definidas:

- Descargas paroxísticas de punta-onda.
- Descargas paroxísticas de complejos de polipunta.
- Focos de ondas lentas o espigas.
- Asimetrías de amplitud mayor del 50 %
- Marcada disritmia difusa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

H. OTROS SINTOMAS

A continuación se muestra el resto de síntomas encontrados en niños con DATH recopilados por Velasco (1980) y Puente et al, (1979)

La *desobediencia patológica* es la incapacidad que tienen muchos de estos niños para comprender órdenes verbales. Se sabe desde luego, que son desobedientes, pero su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por los adultos que tienen autoridad sobre ellos no es la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de acatarla. El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla y sin comprender por qué se le castiga. De hecho se muestra sorprendido cuando se le llama la atención, considerándose injustamente tratado. Cabe decir que ni siquiera es una verdadera desobediencia, ya que difícilmente se desobedece una orden que no se ha comprendido. De cualquier modo, si el entrevistador busca este dato mediante las preguntas adecuadas, se sorprenderá de la frecuencia con que lo encontrará como acompañante del DATH. Tanto es así, que su presencia junto a la hiperquinesia y la inatención, dejará pocas dudas acerca de un diagnóstico de presunción.

La *mitomanía* a veces es detectada por quienes conviven con el niño: familiares y maestros. También presentan *anomalías en el sueño*, como los

terrores nocturnos y el sueño inquieto o agitado. Puede observarse así mismo somniloquia y sonambulismo, fenómeno este último que inquieta bastante a los padres. La *enuresis* es un síntoma muy molesto y causa frecuentes problemas familiares. La *onicofagia* y la persistencia de chuparse el dedo en niños ya mayores, son motivo de quejas al médico por parte de los padres. Trastornos del habla como la tartamudez y el tartajeo, que se hacen mas aparentes cuando el niño está tenso o angustiado.

Para concluir este capítulo y a manera de resumen, se expone el siguiente cuadro sinóptico que reportan Cuervo y Pizano (1982):

A.- Indicadores de la Actuación en tests

1. Déficit intelectual errático. Pobres resultados en unas áreas y excelentes en otras.
2. Edad mental baja en tests de dibujo (hombre, casa, etc.)
3. Pobre dibujo de figuras geométricas para la edad e inteligencia.
4. Logros pobres en el diseño de bloques.
5. Pobres resultados en test de grupo (Inteligencia y Logros) y en exámenes diarios que requieran lectura.
6. Patrones subtests característicos en el WISC, incluyendo "dispersión" (scatter) en ambas escalas verbal y de ejecución, verbal alta-ejecución baja, verbal baja-ejecución alta.

B.- Trastornos de la percepción y formación de conceptos

1. Dificultad en la discriminación táctil, de tamaños, derecha-izquierda y arriba abajo, orientación en tiempo, figura-fondo y parte-todo.
2. Pobre orientación espacial.
3. Imagen corporal distorsionada.
4. Dificultad en la apreciación de distancias.
5. Frecuentes inversiones perceptuales en lectura y escritura de letras y números.
6. Pobre integración perceptual, el niño no puede fusionar impresiones sensoriales en entidades coherentes.

C.- Indicadores neurológicos específicos

1. Ninguna o pocas anomalías neurológicas gruesas.
2. Muchos hallazgos "suaves" o limítrofes.
3. Frecuente asimetría de reflejos.
4. Defectos visuales o de audición frecuentes pero discretos.
5. Estrabismo.
6. Nistagmos.
7. Alta incidencia de lateralidad no definida, mixta o izquierda.
8. Hiperquinesia.
9. Hipoquinesia.
10. Torpeza motora general.
11. Pobre coordinación viso-motora fina.

D.- Trastornos del habla y la comunicación

1. Dificultad en la discriminación de estímulos auditivos.
2. Distintos tipos de afasia.
3. Lento desarrollo del lenguaje.
4. Déficit auditivo discreto.
5. Frecuentes irregularidades del habla.

E.- Trastornos de la función motora

1. Movimiento de las manos tipo atetoide, coreiforme, tembloroso o rígido.
2. Desarrollo motor frecuentemente lento.
3. Torpeza motora general.
4. Tics y gestos frecuentes.
5. Pobre coordinación viso-motora fina y gruesa.
6. Hiperactividad.
7. Hipoactividad.

F.- Logros y adaptación académica

1. Dificultades con la lectura, escritura, deletreo, aritmética y dibujo.
2. Variabilidad en su actuación de día a día y aún de una hora a la siguiente.
3. Pobre habilidad para organizar su trabajo.
4. Lentitud para terminar su trabajo.
5. Confusión frecuente de instrucciones, pero a pesar de eso, tienen mayor éxito en las tareas verbales.

G. - Trastornos del proceso del pensamiento

1. Pobre habilidad para el razonamiento abstracto.
2. Pensamiento generalmente concreto.
3. Dificultades en la formación de conceptos.
4. Pensamiento frecuentemente desorganizado.
5. Pobre memoria a corto y largo plazo.
6. Pensamiento con tendencias autistas.
7. Perseveración del pensamiento.

H. - Características físicas

1. "Babeo" en el niño pequeño.
2. Niños pequeños con mayor tendencia a chuparse los dedos, comerse las uñas, golpearse la cabeza y rechinar los dientes.

I.- Características emocionales

1. Impulsividad.
2. Explosividad.
3. Pobre control del impulso y las emociones.
4. Baja tolerancia a la frustración.
5. Temeridad y desinhibición, impulsividad seguida de resentimiento.

J. - Características del sueño.

1. Balanceo de cuerpo o cabeza antes de dormirse.
2. En el niño pequeño patrones de sueño irregulares.
3. Movimiento excesivo durante el sueño.
4. Sueño anormalmente superficial o profundo.
5. Resistencia para dormir siesta y acostarse temprano (parecen requerir menos sueño que el niño promedio).

K. - Capacidad para relacionarse

1. Pobres relaciones de grupo con otros niños.
2. Hiperecitable durante el juego normal con otros niños.
3. Mejor relación cuando los compañeros de juego se limitan a uno o dos.
4. Pobre juicio en situaciones sociales y de relación interpersonal.
5. Socialmente atrevido y agresivo.
6. Muestras de afecto inapropiado, no selectivo y frecuentemente excesivo.
7. Fácil aceptación de otras personas, alternando con timidez o tendencia a apartarse.
8. Necesidades excesivas de tocar, abrazar o encimarse en otras personas.

L. - Variaciones en el desarrollo físico

1. Retraso frecuente en la adquisición de las distintas etapas del desarrollo (motor, lenguaje, etc.)
2. Retardo maduracional generalizado durante los primeros años escolares.
3. Físicamente inmaduro.

M. - Características de comportamiento social

1. Competencia social frecuentemente por abajo del promedio para la edad y nivel de inteligencia.
2. Conducta a menudo inapropiada para la situación y consecuencias aparentemente no previstas
3. Posiblemente negativo y agresivo con la autoridad.
4. Posible conducta antisocial.

N. - Variaciones de personalidad

1. Reacciones de coraje frecuentes y rabieta cuando se le contraría.
2. Muy sensible a terceras personas.
3. Variaciones excesivas en el estado de ánimo y en sus respuestas de día a día y aún de hora a hora.
4. Pobre capacidad para adaptarse a los cambios del medio ambiente.

O. - Trastornos de la atención y concentración

1. Tiempo de atención corto para la edad.
2. Distractibilidad aumentada para la edad.
3. Déficit en la capacidad de concentración.
4. Perseveración motora o verbal.

IV. EVALUACION Y DIAGNOSTICO

La evaluación es la piedra angular de cualquier diagnóstico en las ciencias de la salud, para llegar a buen puerto, se requiere indudablemente el criterio y la praxis que sólo proporciona la experiencia y además, se han de emplear toda clase de herramientas clínicas de gran importancia para el psicólogo (la entrevista, los tests psicológicos, las pruebas de gabinete, intervención psiquiátrica, neurológica, trabajo social, etc) si se pretende abordar eficazmente al paciente con DATH.

A. ENTREVISTA

Existe abundante literatura acerca de la técnica, usos y aplicaciones de la entrevista en el mundo de la psicología, en este caso se cita el trabajo de Kinsbourne y Caplan (1990) en donde abordan (de acuerdo a su experiencia profesional) el tipo de entrevista recomendable para los niños con DATH. Dichos autores abordan la entrevista en función del MEDICO tratante, pero no olvidemos que el PSICOLOGO CLINICO puede abordar la entrevista de igual manera siempre y cuando goce de excelente preparación en psicología infantil, psicopatología, neuropsicología y psicoterapia.

Aclarado lo anterior, prosigamos con la exposición de los autores:

Cuando un médico habla con un paciente acerca de un problema físico, el diálogo generalmente va dirigido a comunicar hechos. "*¿Hace cuánto tiempo que su brazo le ha estado doliendo?*" "*¿Dónde le duele?*" "*¿Qué cosa intensifica su dolor?*" Cuando un psicoterapeuta habla con un paciente acerca de un trastorno emocional, las sesiones pueden continuarse por años y consisten principalmente en la exploración de los sentimientos. El psicólogo, por lo general, ejerce mucho menos control sobre el contenido y forma de las contestaciones que si la queja fuera de tipo primariamente físico.

Cuando un especialista en dificultades para el aprendizaje habla con los pacientes y sus padres, la interacción suele ser una mezcla de ambos tipos. El especialista tiene una entrevista inicial y una entrevista interpretativa en la que comunica sus hallazgos a las personas implicadas. En la primera, el especialista podrá concretarse a conocer los hechos y los sentimientos; en la segunda, comunicará algunos hechos (el resultado de las pruebas) y hará algunas recomendaciones ("*Creo que convendría hacer esto*"), con la esperanza de que se acepten.

Debido a que los fracasos escolares tienen a veces causas emocionales y, por lo general, consecuencias de esa misma índole, es más probable que los padres experimenten sentimientos de culpa y enojo, y que se protejan con fantasías inapropiadas, que cuando su hijo se lastima un brazo o una pierna. Por supuesto, el especialista puede encargarse del tratamiento posterior de dichos casos, o

puede canalizarlos a un psicoterapeuta; pero las entrevistas inicial e interpretativa deben manejarse con cuidado a fin de que muchos padres escuchen y recuerden lo que se les recomienda.

Entrevistar es una ciencia y un arte. Es un arte en cuanto a que su éxito depende de que el entrevistador sepa ganarse la confianza de la gente, la escuche con atención, pero sin entrometerse, y perciba los mensajes o preocupaciones escondidos detrás de las palabras que dice el entrevistado. Es una ciencia en cuanto el entrevistador puede animar a los pacientes o a los padres a expresarse libremente, sin dar las claves acerca de lo que él aprueba o desaprueba, de lo que espera oír o espera no oír. Entre menos entrometido sea el entrevistador, más preciso será el cuadro que probablemente adquiera de las personas entrevistadas.

En el caso de un niño con problemas escolares, la entrevista es el momento de enterarse qué papel desempeñan el niño y su fracaso en la familia; qué sienten los padres y el niño, recíprocamente, acerca del fracaso, y qué aspecto del problema escolar es el que más perturba al niño y a los padres. Aun antes de que principie la entrevista, se debe observar al paciente y a sus padres. En la sala de espera, *¿Están hablando entre sí o no? ¿Están sentados juntos o separados? ¿Se ven tranquilos, preocupados, ansiosos, intimidados, asustados? ¿Parecen ser una unidad que comparte el mismo propósito y la misma preocupación, o adversarios, o amos y subalternos?* Úsense estas impresiones preliminares como hipótesis que serán posteriormente confirmadas o desechadas.

Sobre la base de estas observaciones puede uno construir un cuadro tentativo de cómo el paciente y sus padres manejan la ansiedad, porque el estar esperando a un doctor para que vea a un niño que tiene problemas escolares es típicamente una situación que provoca ansiedad. El hecho de que acudan a una consulta indica que, por lo menos, uno de los padres se ha dado cuenta o cree que existe un problema: que el niño tiene alguna imperfección, que no es completamente normal o, en todo caso, que es peculiar.

Cuando el especialista está listo para iniciar la entrevista *¿quiénes deben estar presentes: los padres, el niño, o todos?* Algunos creen que el niño no debe estar presente mientras los padres exponen su problema y sus fracasos.

Kinsbourne y Kaplan (1990) consideran hacerlos pasar juntos al consultorio, de una manera tranquila y natural, por dos razones. Una es que esta actitud demuestra al niño y a sus padres la intención del doctor de mantener toda la información abierta; sugiere que no hay nada vergonzoso en el niño que se deba ocultar, e implica que el doctor no encuentra que el problema tenga nada de ofensivo o humillante. La segunda razón es que la entrevista conjunta da al médico una oportunidad de observar —a menudo en forma espectacular— lo que el niño y los padres sienten acerca del asunto. La reacción de los padres a esta sugerencia de que el niño esté presente durante la entrevista puede revelar que han hablado con el niño acerca del problema escolar como si fuera un defecto

deshonroso o una falta de la que es culpable, o puede haber una disparidad notable entre los sentimientos reales de los padres y la forma como presentan el problema a su hijo. Por otra parte, sería quizá un punto de partida para la autoestimación del pequeño oír al médico decir, con toda calma y franqueza, "sentémonos todos a examinar el problema."

A1. Cómo Dirigir la Entrevista: qué Hacer y que Tener en Mente

En su papel de consejero familiar, un profesional a menudo se siente obligado a consolar a sus pacientes y a sus familiares tan pronto como sea posible. Si el médico está acostumbrado a hacer una historia clínica útil y bien organizada, puede parecerle difícil posponer el interrogatorio habitual; pero tratándose de problemas escolares, este aplazamiento es necesario ya que le permite observar algunos aspectos de la situación familiar que le serán útiles al hacer el diagnóstico y al explicar sus hallazgos y recomendaciones a los padres, en una forma que puedan aceptar y poner en práctica.

Se sugiere que el entrevistador empiece por mirar directamente a cada persona y preguntarle con sencillez: "¿Qué lo trae a usted por aquí?" o: "¿Puede decirme cuál es su problema?" Después de esta pregunta inicial, la entrevista debe incluir dos partes: una pasiva, como una pantalla en blanco, y otra activa, en la que el entrevistador hace más preguntas. La primera parte sigue una práctica común en psicoterapia: impide que, en este punto, la personalidad del terapeuta, su manera de pensar y sus sentimientos se entrometan en la entrevista, y esto, a su vez, proporciona las máximas probabilidades de que el paciente y sus padres digan lo que está en sus mentes y no lo que perciben que el entrevistador desea o no desea oír.

El silencio y falta de intromisión del médico durante la primera parte de la entrevista llena un propósito adicional. A medida que la entrevista progresa, el médico naturalmente empieza a formarse opiniones acerca de la naturaleza del problema. A diferencia de muchas quejas de carácter físico, no existen un examen o una prueba seguros y definitivos que comprueben las sospechas del entrevistador acerca de si el padre se siente "culpable" o es "extrapunitivo" Por lo tanto, el entrevistador después de oír todo lo que le dice el paciente considera concienzudamente todas las interpretaciones posibles de lo que escucha, y observa cómo se ajustan al cuadro general que está emergiendo a medida que la persona habla. Lo que los padres y el niño dicen durante la entrevista son los datos descarnados que el entrevistador utiliza para formular hipótesis acerca de la naturaleza de la interacción familiar, las áreas donde la familia posiblemente tiene problemas y el efecto que todo esto ejerce sobre el niño.

Lo que fácilmente interfiere con el intento de un investigador incauto de entender a fondo la situación son sus propios estándares, prejuicios y experiencias pasadas. Por lo tanto, Kinsbourne y Kaplan (1990) advierten que el clínico debe estar alerta a cualquier suposición que pueda hacer mientras que los padres están hablando. Debemos, entonces, preguntarnos honestamente: "¿En qué se basó mi suposición?" "¿Fue acaso lo que el interlocutor dijo, o la forma como lo dijo, o la cara que puso el niño cuando uno de sus padres hizo la observación?" Igualmente importante es preguntarse si la suposición fue en cierto grado resultado de la necesidad del investigador de llegar a una conclusión, de su miedo a fracasar, de un prejuicio o de experiencias de su niñez.

A2. Lo que Revela la Primera Parte de la Entrevista

En primer lugar pueden observarse signos no verbales, por ejemplo, el de que el interlocutor nos mire a los ojos y no lo haga puede ser importante. Cuando los padres a quienes se está entrevistando evitan mirar de frente, es posible que se sientan intimidados ante el médico o avergonzados de su hijo. Si estos sentimientos son muy intensos, pueden impedir que expresen lo que piensan y comprendan lo que uno tiene que decirles. Permanecerán sumergidos en su timidez o vergüenza a menos que podamos hacer la entrevista menos formal e indicarles que por ejemplo los problemas en la escuela no son infamantes ni producto de una disciplina parental inadecuada.

¿Dónde se sientan los padres y el niño? ¿Quién se sienta al lado de quién? ¿Alguno de ellos dispone cómo deben sentarse? Esto puede reflejar las alianzas familiares: ya sea que los padres estén aliados entre sí y rechacen al niño, o uno de los padres esté "de parte" del niño, o padres e hijos actúen como una unidad. Pueden también revelar sus actitudes hacia el médico. Si les preocupa que el doctor apruebe el lugar donde se sientan, se podría infundirles confianza antes de que empiece la entrevista interpretativa. De otra manera, sus esfuerzos por agradar u "obedecer" pueden impedir que escuchen lo que se dice acerca de su hijo.

Otros padres son lo contrario. Llegan enojados y se sientan en actitud desafiante. Han acudido al médico por desesperación o porque la maestra del niño insistió en ello, pero están seguros de que el doctor no puede hacer nada por ayudarlos -lo probable es que trate de culparlos por los trastornos del niño y de sacarles dinero-. Con gente como ésta, conviene esclarecer la situación: "Todos estamos aquí con un objetivo: encontrar la mejor manera de auxiliar a su hijo. Las preguntas y las pruebas que hacemos no tienen otro propósito. No nos importa mucho saber cómo surgió el problema, porque lo que ante todo buscamos es qué se debe hacer ahora a favor del niño." Una aclaración de este tipo ayuda a calmar el temor de los padres de que se les culpe de ser quienes originaron el problema, y define su relación con el médico: todos forman parte del mismo equipo; la meta no es demostrar qué tan buenos, trabajadores, estrictos,

consentidores o morales por los padres, sino recabar los datos que permitan al médico encontrar un remedio al trastorno del niño.

¿Creen los padres conocer ya cuál es la solución al problema de su hijo? Aun los mejores padres detestan darse por vencidos. Si se les permite que se exhiban exponiendo su solución (ya sea en esta primera entrevista, o en la sesión interpretativa), pueden a tal grado querer demostrar que tienen razón y que el doctor está equivocado y que no pongan en práctica las recomendaciones de este. Por lo tanto, si se adelantan a exponer su solución antes de que se establezca que el propósito de la visita es encontrar lo que se debe de hacer, conviene dar un sesgo a la conversación. Sería inapropiado decir simplemente: "Nos encontramos aquí para esclarecer el problema." En respuesta a tal comentario los padres podrían guardar silencio y su energía reprimida transformarse en enojo contra el niño o contra el médico, o en rechazo a oír sugerencias. Para dar un uso alternativo a dicha energía podría comentarse: "Se ve que ustedes se han preocupado mucho por ayudar a su hijo. Para padres tan empeñosos es especialmente frustrante que el problema del niño persista. Su gran deseo de ayudar será muy importante más adelante, cuando ustedes y yo podamos analizar lo que las pruebas nos revelen acerca de cómo ayudar al niño."

Respecto al patrón general de la respuesta de los padres a la pregunta inicial: *¿Cuál creen ustedes que es el problema?* dos características de esta respuesta han sido particularmente importantes:

1. *¿Hablan los padres más acerca de la experiencia de su hijo o acerca de sus propias reacciones al fracaso del niño?* Los padres que están preocupados por cómo deben reaccionar al fracaso del niño quizá respondan bien a la declaración del médico de que los padres no pueden (ni deben) exigir que un niño con dificultades para el aprendizaje obtenga buenas calificaciones. Sí después de aclarar a los padres que ni ellos ni el niño tienen la culpa de lo que pasa, no se logra tranquilizarlos, es posible que necesiten psicoterapia posterior a fin de superar esa identificación demasiado estrecha y destructiva con el fracaso de su hijo.
2. *¿Hasta qué grado la relación entre los padres y el hijo se ve afectada por el problema escolar del niño y sus consecuencias?* Aun en las familias más cariñosas y mejor ajustadas, la presencia de un problema afecta el tiempo y las energías de sus miembros. Para las familias con menos inquietudes, quizá baste ponerlas en guardia contra este peligro y explicarles que la relación de padres e hijos debe trascender los problemas de lectura y escritura, los cuales, además, tienen remedio. Es un punto importante fortalecer los otros aspectos de la relación: el tiempo que se dedica a actividades puramente recreativas, el intercambio de cariño y el manejo de los otros problemas diarios a los que todos los niños se enfrentan. Si

persiste una preocupación exagerada por el problema escolar, la psicoterapia estará indicada, como en cualquier otro caso de desequilibrio en la relación familiar.

Hacia el final de la primera parte de la entrevista, o sea la parte pasiva, conviene preguntar: *"¿Qué desearía usted que hiciéramos? ¿Qué información quisiera usted recibir de nosotros?"* Las respuestas a estas preguntas pueden proporcionar una rápida visión de esperanzas no realistas, que pueden ir de:

"Enseñarle a leer como a los otros niños de su edad" o: *"Enviar a su maestra una nota que diga que el niño, después de todo, es inteligente,"* hasta *"Hacer que nuestro matrimonio sea más feliz."* En cualquier caso, las respuestas darán una idea de cómo empezar la sesión interpretativa, y ante qué fantasías de los padres el entrevistador debe declarar su incapacidad de satisfacerlos.

La toma de la historia clínica se hace mejor, durante la entrevista, en ausencia del niño. El ideal sería que el niño no tuviera que esperar todo este tiempo ocioso y tenso en otro cuarto, sino que estuviera ocupado en algo, como en alguna prueba psicológica. Sin embargo, al final de la entrevista conviene llamarlo. El médico le explicará el propósito de lo hablado con los padres y resumirá para el niño los problemas principales que parecen presentarse, a un nivel que el niño pueda comprender. El niño debe tener entonces la oportunidad de ampliar, corregir, o negar algunas de las cosas que se han dicho. La sensación de sinceridad que se genera mediante este paso será de utilidad en etapas posteriores cuando se interpreta la información al niño. Después de haber entrevistado juntos a los padres y al niño, es conveniente hablar con cada uno separadamente antes de iniciar las pruebas. El entrevistador dirá a los padres que se va pedir a su hijo que haga diversas cosas que permitirán una comprensión más detallada de la mejor manera de ayudarlo a que se le faciliten sus estudios. Es posible que se pida a los padres que llenen un cuestionario y se les avisará aproximadamente a qué hora terminarán las pruebas. Si los padres tienen alguna información o temores que ocultan delante del niño, éste es el momento en que suelen explayarse.

Al niño se le dirá lo mismo que a los padres acerca de las pruebas —que estas se hacen a fin de encontrar la mejor manera de ayudarlo. *"No queremos que te preocupes mucho por contestar las preguntas bien o mal, pero si lo haces lo mejor que puedes, sabremos algo de cómo ayudarte."* En este momento hay que asegurarse de que el niño entiende el propósito de la visita. Una pregunta sencilla para que explique, con sus propias palabras, lo que piensa acerca de cuál es la razón de la consulta y lo que cree que va a suceder, generalmente revela los malentendidos o temores ocultos. A los niños pequeños es bueno decirles que no se les va a inyectar. Algunos niños pueden necesitar que se les tranquilice diciéndoles que no están ahí como castigo por haber cometido alguna falta o por ser traviosos.

A3. La Toma de la Historia

Aunque una entrevista de "pantalla en blanco" no estructurada puede proporcionar información importante, pronto deja de producir resultados apreciables (a menudo después de 15 o de 20 minutos), y entonces es el momento de empezar a tomar una historia sistemática.

Un esquema que indique los puntos que generalmente se incluyen al tomar la historia clínica en un caso de problema escolar es muy importante, el ejemplo que exponen Kinsbourne y Caplan (1990) se puede visualizar en el Anexo 3.

El problema que se presenta la mayoría de las veces se relaciona con el aprendizaje de materias escolares. Para documentar la queja, se interroga a los padres y al niño y también se reúnen, antes de la consulta, los datos necesarios que pueda proporcionar la escuela. Además, se debe estar informado acerca de la conducta del niño en el salón de clases y acerca de las relaciones con sus compañeros. El comportamiento en el salón de clases puede dar un indicio acerca de las razones del fracaso en el aprendizaje. Si el tiempo que el niño necesita para aprender difiere mucho del de su grupo, es posible que la manera como se le instruye no sea la que le conviene; o bien, el niño puede padecer de angustia y timidez o está anticipando un posible fracaso que le acarrearía la desaprobación del profesor y los compañeros. Se necesita esta información para poder aconsejar al maestro y a los padres acerca de la mejor manera de reaccionar a la dificultad del niño, y a fin de justificar su cambio a otro ambiente, si esto fuera necesario.

Algunos detalles acerca de los patrones de sueño y alimentación, a partir del nacimiento, pueden revelar un rasgo de personalidad impulsiva, así como alergias causantes de irritabilidad. Esta línea de preguntas es también una buena manera de empezar a oír lo que los padres quieren decir acerca de sus hijos y qué actitudes revelan sus palabras. El estilo interpersonal del niño es un indicador importante de la presencia de desviaciones temperamentales, tales como extremos impulsivos o compulsivos. De nuevo, la respuesta de los padres al estilo del niño es en si misma algo importante que debe conocer el clínico.

Se necesita recabar detalles acerca de las interrelaciones familiares para aconsejar a los padres sobre las actitudes más sanas que deben adoptar ante el niño y sus problemas. *Esto es relevante.* Cuando la dinámica familiar está seriamente perturbada, quizá convenga turnar el caso a un consejero especializado. Sin embargo, en muchos casos, una, dos o tres entrevistas con el personal de la clínica de aprendizaje bastarán para permitir a los miembros de la familia obtener la perspectiva adecuada.

Los detalles acerca de la situación del niño en el salón de clases son importantes porque pueden sugerir alternativas útiles. ¿Con qué recursos cuenta

la escuela? Las recomendaciones que pueden llevarse a cabo; dentro de la propia escuela son preferibles a aquellas que necesitan de un cambio de ambiente educacional. No está justificado mudar al niño de escuela a menos de comprobar que en el plantel al que asiste no se pueden obtener los recursos necesarios.

Se necesita cierta información acerca de valoraciones y consejos anteriores, no tanto para utilizarlos (porque probablemente, de haber servido, el niño no habría sido llevado de nuevo a consulta), sino más bien para entender qué es lo que ha fallado y qué actitudes han asumido los padres y el niño respecto a dichos fracasos. *El clínico nunca debe expresar juicios valorativos acerca de los contactos previos de sus clientes con otros profesionales*¹⁴, pero debe tomar nota de la manera como los padres describen la interacción. Si la descripción es desfavorable, el clínico debe tener cuidado de no dar lugar, en la situación presente, a ser igualmente estigmatizado. Es más, si los padres expresan disgusto por alguna categoría particular de profesionales, es importante saberlo, no porque el clínico deba descartar la posibilidad de recomendar el mismo tipo de profesional, si esto parece aconsejable, sino más bien porque este conocimiento es una advertencia de que cualquier intento de recurrir de nuevo a esta clase de profesional debe hacerse con circunspección y mediante una explicación especialmente detallada.

Es necesario saber quién recomendó la visita y por qué se recomendó en ese momento; de esta manera, la información puede ser enviada a los individuos apropiados. Además, el momento de hacer la consulta a menudo se relaciona menos con la situación escolar del niño que con otros eventos familiares importantes que quizá no se manifiesten espontáneamente. Por último, se debe preguntar a los padres en forma específica qué tipo de ayuda quieren y para qué decisiones desearían consejo. El clínico debe anotar esto, y posteriormente usar dicha información para recordarla a los padres durante la entrevista interpretativa, al final de la valoración.

En el curso de la toma de la historia clínica, el médico debe ser un oyente activo, que interactúe de una manera animada y atenta con los padres, reaccionando a sus respuestas de modo que sientan su apoyo y no su enjuiciamiento. La atención activa del médico mientras los padres narran la historia señala un interés vivo y humano en su predicamento. Es indispensable, sin embargo, que el clínico no anticipe sus opiniones en esta etapa de la entrevista, aun si, como sucede con frecuencia, los padres estén ansiosos de conocerlas. El saltar a conclusiones prematuras hace que pierda sentido el resto de la evaluación.

¹⁴ Las cursivas son mías

B. PRUEBAS PSICOLOGICAS

Kinsbourne y Caplan (1990) recomiendan que nunca es aconsejable diagnosticar un trastorno sin documentarse mediante pruebas psicológicas. Aun la entrevista más cuidadosa, no es una base adecuada para el diagnóstico. Sin embargo, para van-Wielink (2000), el binomio médico/psicólogo, es insoslayable si se pretende diagnosticar y tratar adecuadamente, a los pacientes con DATH.

Las siguientes situaciones que plantean Kinsbourne y Caplan (1990) ayudarán a ilustrar algunas de las razones por las que las pruebas psicológicas son necesarias:

- 1) Un padre y una madre dijeron que su hijo de 9 años había sido reprobado en lectura al nivel de cuarto grado. "¿Cómo le va en matemáticas?" se le preguntó. Los padres contestaron: "Maravillosamente," y mostraron la lista de calificaciones de la escuela. "Aquí se puede ver todo," continuaron, "el niño no puede leer pero en matemáticas está en realidad por encima de lo normal." Al practicarse las pruebas, los resultados fueron: "Aprovechamiento en lectura: grado 2.8 (casi a nivel de tercer año). Aprovechamiento en matemáticas: grado 1.5 (a nivel de primer y medio año)."
- 2) Los maestros y los padres de una chica de 10 años, en quinto de primaria, la turnaron para tratamiento de lo que ellos llamaban su fracaso para aprender al nivel de su año. Sus calificaciones en la escuela estaban bastante por debajo del nivel aprobado. En las pruebas de ejecución, sin embargo, obtuvo resultados a nivel de quinto año. En pláticas posteriores con los padres y maestros, el psicólogo se enteró de que el CI habitual de los niños en esa escuela estaba por encima del promedio nacional.
- 3) Un muchacho de 10 años fue llevado a consulta por su madre, quien dijo que no estaba aprendiendo las materias del quinto año que cursaba. Las pruebas revelaron que su aprovechamiento correspondía, en realidad, al nivel de quinto año, aunque su CI era inferior al promedio. Era un muchacho nervioso, tímido y lloroso, hasta en las situaciones más tranquilas. A sus bien educados padres les avergonzaba y enojaba que su hijo no fuera brillante, y era sólo bajo tremenda presión que este niño retardado había logrado mantenerse a la altura de sus compañeros de clase.

Ante estas situaciones, queda claro que es un error pensar que un niño se está quedando atrás en su trabajo escolar, si no se le han practicado individualmente pruebas estandarizadas que lo comprueben. Tales pruebas permiten saber aproximadamente qué tanto *podría* el niño aprender en el mejor de los casos (en sentido general), y aproximadamente qué tanto ha aprendido, en realidad, hasta el momento de la prueba. El confiarse en los informes de los padres o de los

maestros acerca del fracaso del niño hace que muchos factores extraños interfieran con el intento de contestar la pregunta crucial: *¿Es éste, en realidad, un caso de fracaso escolar?* (Kinsbourne y Caplan, 1990)

A continuación se hará un breve recuento de las principales pruebas psicológicas que se han empleado con regularidad, así como de nuevos instrumentos de evaluación y diversos cuestionarios que son llenados por los padres o maestros. (van-Wielink, 2000) Un ejemplo de esto es el cuestionario validado en lengua española de San Buenaventura. (ver ANEXO 1)

B1. Pruebas de Inteligencia

El coeficiente intelectual (CI), es un parámetro necesario, para validar el diagnóstico del DATH, ya que esta condición no existe, si el CI es muy bajo. Es además, un factor importante de pronóstico del padecimiento, ya que entre mayor sea el CI, es mejor el pronóstico del niño, y viceversa. Si se conoce el CI, se puede anticipar el desarrollo escolar esperado del niño. (van-Wielink, 2000)

Cualquiera que sea la prueba de CI que se use, debe siempre administrarse en forma absolutamente individual. Las pruebas en grupo, impartidas a todos los niños de un salón de clases al mismo tiempo, o aquellas cuyas respuestas el niño sólo anota, proporcionan muy poca información acerca de un niño en particular. La observación del comportamiento del niño durante el período de prueba y su manera de enfocar los problemas proporcionan al psicólogo una información muy valiosa e irremplazable. (Kinsbourne y Caplan, 1990) Debido a la importancia y uso extensivo de las escalas de inteligencia de Wechsler, es menester hacer algunos comentarios al respecto:

La prueba WISC-R proporciona la comparación entre los CI verbales y de ejecución, puede sugerir cuáles son los tipos generales de problemas de aprendizaje que padecen algunos niños. Los niños con problemas de lectura que registran anotaciones sustancialmente más altas en la escala verbal tienen dificultades para leer por razones diferentes a las de los niños cuyas anotaciones en la escala de ejecución son sustancialmente más altas. Las diferencias menores entre los CI verbales y de ejecución son comunes y sin importancia; pero una diferencia de más de 25 puntos generalmente se debe a una deficiencia selectiva, ya sea en las habilidades mentales, verbales o visuoespaciales. Cualquier clase de déficit podría conducir a un impedimento para la lectura y, por lo tanto, dicha discrepancia entre los resultados verbales y de ejecución merece mayor exploración. (Kinsbourne y Caplan, 1990)

Para ambos autores es indispensable insistir en que la prueba de CI se haga individualmente y no en grupo. Cuando la meta es entender la naturaleza cognoscitiva y los componentes emocionales de un problema de aprendizaje, nada sustituye el examen individual hecho por un buen observador. El examinador podrá decir si los resultados de las pruebas del niño representan una ejecución

óptima o si el niño estaba tan angustiado que las anotaciones probablemente son menores a las que corresponden a sus habilidades. El examinador podrá decir en qué subpruebas o en qué preguntas el niño se sintió particularmente frustrado, turbado o angustiado. Algunas veces, un comentario del niño, a la pasada, puede ser revelador de su funcionamiento cognoscitivo ("Necesito contar con mis dedos," o "No puedo recordar los números cuando tengo también que leer el problema") o de sus problemas emocionales, como cuando un niño menciona experiencias personales para definir palabras de vocabulario como "apartar" o "molestar."

Velasco (1980) refiere que los protocolos mas frecuentes, obtenidos de la aplicación del WISC son los siguientes:

- a) un protocolo que exhibe dispersión significativa de los datos (es el patrón más frecuente en el caso de disfunción cerebral);
- b) una escala verbal notablemente más alta que los puntajes de la ejecución (sigue en frecuencia);
- c) por el contrario, resultados considerablemente más altos en la escala de ejecución (se ha dicho que éste es un protocolo típico de los niños con dislexia).

La tabla que se muestra a continuación resume las principales pruebas de inteligencia recomendadas preferentemente para estos niños. (Velasco, 1980)

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	CARACTERISTICAS DEL INSTRUMENTO
Test de Matrices Progresivas de Raven	Este instrumento está destinado a abarcar toda la gama del desarrollo intelectual desde la niñez a la adolescencia, está compuesto por cinco series.
Test de Goodenough	Esta sencilla prueba está diseñada para aportar un perfil madurativo del niño, tomando como base el dibujo de la figura humana en el cual se puede apreciar la forma en la que el niño conceptualiza gran parte de la realidad concreta, que en este caso se trata del concepto global de la representación humana.
WISC (Weschler Intelligence Scale for Children)	Compuesto por dos escalas principales (Verbal y Ejecución), este instrumento aporta datos relativos a la inteligencia, actualmente ha tenido un nuevo auge debido a su aplicación dentro de la evaluación neuropsicológica.
Dibujo de una persona de Machover	Además de los datos relativos a la inteligencia, este Test puede aportar elementos que permiten deducir si el niño tiene una imagen corporal confusa y deformada

B2. Escalas para Evaluar los Problemas de Aprendizaje

Una vez que se sabe por las pruebas de inteligencia que un niño posee habilidades intelectuales básicas y que por lo tanto no está ahí su dificultad para el aprendizaje, debe uno asegurarse de que existe, en efecto, un problema de

aprendizaje. Algunos padres y maestros diagnostican equivocadamente este tipo de problema. Hay niños que debido a timidez, negativismo o un déficit de comunicación de origen cerebral, parecen no estar aprendiendo aunque en realidad sí están aprovechando. Otros niños pueden estar aprendiendo a la misma velocidad que los niños normales de su edad, pero ser alumnos de una escuela poblada de niños extraordinariamente brillantes. En tal ambiente, el niño promedio puede parecer tener problemas de aprendizaje cuando, en verdad, su problema es la excesiva presión que sufre debido a quienes lo rodean. (Kinsbourne y Caplan, 1990)

Sin embargo, van-Wielink (2000) encuentra que en un 35% de los pacientes con DATH tienen problemas de aprendizaje, ésta es un área que se debe evaluar. Los problemas de aprendizaje, pueden ser además del DATH, consecuencia de diversos déficits, en la percepción visual, auditiva o a problemas de memoria, entre otros. En los niños con DATH, son comunes los problemas de expresión del lenguaje oral y escrito. Hay que recordar que los problemas de escritura, se pueden deber tanto a problemas de la coordinación visomotriz, como a la impulsividad (impaciencia y prisa) al escribir.

Las pruebas de aprovechamiento son por lo general rápidas y sencillas de administrarse, y los resultados son de interpretación fácil. ¿Puede leer este niño, o hacer su aritmética, como un niño promedio de la misma edad?" Las pruebas miden la habilidad del niño para estudiar a varios niveles de escolaridad (por ejemplo, leer y entender párrafos de dificultad variable, resolver problemas aritméticos de dificultad graduada, etc). Además, muchas pruebas de aprovechamiento llenan la función importante de medir lo que el niño ha aprendido en lectura, escritura y aritmética.

Existe una amplia variedad de pruebas de aprovechamiento que han recopiladas por Kinsbourne y Caplan, (1990)

INSTRUMENTO	CARACTERISTICAS DEL INSTRUMENTO
Prueba de Aprovechamiento Aritmético Metropolitano	Evalúa la computación aritmética y la solución de problemas.
la prueba Spache	Evalúa la comprensión de la lectura (principalmente para niños que ya cursaron segundo año)
Prueba de Aprovechamiento de Amplio Alcance	Esta prueba requiere que el niño lea las palabras en voz alta, en vez de marcar la palabra correcta entre una selección de cuatro, mientras el examinador hace la lectura. Se administra individualmente.
Diagnóstico para la Lectura de Gates-McKillop	Se ocupa de los aspectos auditivos del proceso de la lectura, así como sondear la habilidad para mezclar sonidos de letras.
Prueba de Habilidades para el Aprendizaje de Detroit	Valora la memoria auditiva que está implicada en la escritura del dictado. Sondea la habilidad para recordar frases y para seguir direcciones verbales, examina el lenguaje expresivo en

	términos de asociaciones libres y opuestos verbales, valora las habilidades visuales básicas por medio de la copia de dibujos y la capacidad para recordar dibujos, estampas y letras.
Vocabulario Pictórico de Peabody	Valora el dominio del vocabulario.
Series Básicas de Gates	Mide la comprensión de la lectura.
Prueba de Historia de Estampas	Valora las capacidades de escritura.
Prueba de Deletreo de Gates-Russell.	Valora la capacidad del niño para el deletreo oral de palabras y silabas a partir de un dictado.
Prueba de Gates-McKillop	Pone a prueba en varios niveles de detalle la respuesta verbal a la información visual de la lectura. Incluye el reconocimiento de palabras sin sentido, de letras iniciales, de letras finales, de sonidos de vocales, la silabación y combinación de partes de palabras.
Prueba de Aprovechamiento de Amplio Alcance	Mide el desempeño de la lectura oral.

B3. Escalas de Evaluación para Niños Preescolares y Escolares
van-Wielink, (2000) propone las siguientes escalas:

Sistema Multidimensional para Evaluación de la Conducta (Behavior Assessment System for Children)	Es un sistema práctico que realizan los padres para evaluar a sus hijos, ha demostrado ser útil y confiable para diagnosticar el DATH, y sus diversas condiciones acompañantes. Este instrumento de evaluación, tiene dos escalas estandarizadas, multidimensionales, una para ser llenada por los maestros y otra por los padres. Se divide a los niños en 3 grupos de edad; 4 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 18 años. Esta prueba tiene el inconveniente de que los cuestionarios son muy extensos, y que los padres con un nivel cultural bajo, requieren que la prueba se aplique por encuesta. Tiene dos escalas: Escala clínica que agrupa a los comportamientos, que pueden considerarse anormales. Escala adaptativa, que agrupa los comportamientos que pueden considerarse como positivos y deseables en los niños y adolescentes. Actualmente, existen versiones autorizadas y validadas en idioma español.
Escalas de Brown (Brown Attention Decicit Disorder Scales) Pruebas para la Atención Diaria para Niños (TEA-Ch, Tests of everyday attention for children),	Ambas escalas son muy semejantes y se complementan, valoran diferentes parámetros de la atención; (a) habilidad para atención selectiva, (b) atención sostenida, (c) dividir la atención entre dos diferentes pruebas, (d) cambiar la atención de una cosa a otra, (e) inhibir las respuestas verbales y motoras.
Prueba de Variables de la Atención (Test of Variables of Attention)	Es una prueba específica para el diagnóstico diferencial del DATH con otras condiciones psicológicas, es de gran utilidad, ya que distingue entre niños con DATH y otras patologías del aprendizaje.

B4. Evaluación de Facultades Específicas

Velasco (1980) y Kinsbourne y Caplan (1990) describen los test más usados en este tipo de evaluación:

Test viso-motor de Bender	Ayuda a descubrir dificultades visomotoras. Cuando se aplica correctamente y demuestra que hay dificultades viso-motoras ostensibles, es cuando proporciona un buen elemento para el diagnóstico siempre que estos datos se agreguen y valoren a los de carácter clínico. La distribución caótica de los dibujos, la perseveración, la fragmentación y las rotaciones, son los elementos que con mayor frecuencia se encuentran en los protocolos de los niños que sufren el síndrome.
Test del desarrollo de la percepción visual de Marianne Frostig	Aporta datos de gran importancia para diagnosticar las dificultades de aprendizaje, se descubren con esta interesante prueba los siguientes datos: a) pobre coordinación mano-ojo que, como se sabe, se relaciona fundamentalmente con la habilidad para escribir; b) disturbios en la capacidad para la discriminación fondo-figura; c) severos problemas para analizar las relaciones espaciales.
Prueba de Rastreo del Desarrollo de Denver	Esta prueba enfatiza sobre las etapas del desarrollo alcanzadas antes de la entrada a la escuela, las cuales deben precisarse lo más posible como un proceso de rastreo preliminar para diferenciar el retardo mental general de los problemas selectivos cognoscitivos. Los detalles de desarrollo motor podrán arrojar luz sobre la causa de la torpeza cuando esta existe.

B5. Escalas de Evaluación para Adolescentes

Estas escalas mencionadas por van-Wielink (2000) se aplican por grupos de edad, y deben ser calificadas por psicólogos con experiencia en el DATH y familiarizados con éstas escalas. (ver ANEXO II)

Escala de Conners	Se compone de dos elementos: a) Para padres; está revisada para incluir 48 reactivos, que describen los diferentes comportamientos del niño. Diez de estos reactivos se valoran en una escala de cero a tres, siendo tres el puntaje más anormal, por lo que 30 es el peor puntaje posible. Está estandarizado para edad y género.
-------------------	---

	b) Para maestros; incluye 38 reactivos, diez de éstos con escala de cero a tres. También está estandarizado para género y edad.
Cuestionario de Barkley para situaciones del hogar (Barkley home situations)	Se llena por los padres y tiene 18 diferentes situaciones como "en las comidas", "con otros niños", y deben contestar si tal situación es, o no, un problema. Si la respuesta es sí, se hace una escala de severidad 1 a 9. Si más del 50% de las situaciones es positiva se considera como "anormal".
Cuestionario para situaciones en la escuela (School Situations)	Incluye doce reactivos como, "al llegar a la escuela", y "durante una prueba individual", sólo se puede usar hasta el sexto año.

B6. Evaluaciones Complementarias

El proceso de la evaluación no termina aquí, en el caso del DATH, las aportaciones de otros profesionales de las ciencias de la salud es indiscutiblemente necesario, ahora bien, debemos recordar que el cuadro del DATH no se presenta exactamente igual en todos los casos, eso quiere decir que depende de un criterio clínico muy amplio así como el empleo de algunas o todas las evaluaciones complementarias. Cuervo y Pizano (1982) recomiendan las siguientes:

- 1.- Evaluación pediátrica de salud general.
- 2.- Evaluación neurológica del desarrollo y maduración del SNC, incluyendo sus desviaciones.
- 3.- Estudio Electroencefalográfico¹⁵.
- 4.- Evaluación neuro-oftalmológica:
 - Agudeza visual.— Prueba del H.O.T.V., prueba de la "E".
 - Retinoscopia.
 - Investigación de: Ambliopía, exanópsis, alineación ocular, dominancia ocular, campos visuales centrales y periféricos, visión cromática, reflejos pupilares y fondoscopia.
- 5.- Estudio Audiométrico sobre todo en niños que no han desarrollado normalmente el lenguaje oral:
 - Audiometría tonal (aérea y ósea).
 - Logoaudiometría.
 - Audiometría de campo libre.
 - Impedanciometría
- 6.- Evaluación neuropsicológica del aprendizaje

¹⁵ Importante no sólo en la evaluación sino también en el tratamiento, ya que la presencia de descargas convulsivas, aún en ausencia de manifestaciones clínicas, indica la necesidad de emplear anticonvulsivantes, así como aumentar las precauciones, si se requiere además el empleo de fármacos estimulantes del SNC.

Se han reportado anomalías mínimas y no específicas (ondas lentas transitorias y excesos de actividad teta) en el 60% de niños con DATH, anomalías moderadas en el 19% y severas en el 7% con susceptibilidad a descargas convulsivas (brotes de actividad lenta y ondas-agudas; complejos espiga—onda lenta o brotes de ondas agudas y espigas).

C. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

En este apartado se exponen y comentan los principales criterios diagnósticos de mayor empleo en la actualidad referentes al DATH, se incluyen los criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1999) en su edición del DSM-IV para la lengua española, también se incorporan los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999) con su edición de la CIE-10.

C1. DSM-IV

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Características diagnósticas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B). Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo) (Criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D). El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E).

Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectados por este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos (Criterio A1a). El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla (Criterio A1b). A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo (Criterio A1c). Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes (Criterio A1d). Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas sólo debe

tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones (p. ej., incapacidad para comprender instrucciones). Estos sujetos suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades (Criterio A1e). Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, estos sujetos evitan o experimentan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenidos o que implican exigencias organizativas o una notable concentración (p. ej., tareas domésticas o tareas de papel y lápiz) (Criterio A1f). Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea acostumbran a estar dispersos perdidos o tratados sin cuidado y deteriorados (Criterio A1g). Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás (p. ej., el ruido de un automóvil, una conversación lejana) (Criterio A1h). Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas (p. ej., olvidan citas, olvidan llevarse el bocadillo) (Criterio A1i). En situaciones sociales, los déficits de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades.

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento (Criterio A2a), no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así (Criterio A2b), por un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo (Criterio A2c), experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (Criterio A2d), aparentando estar a menudo «en marcha» o como si «tuviera un motor» (Criterio A2e), o hablando excesivamente (Criterio A2f). La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas (Criterio A2g), dificultad para esperar un turno (Criterio A2h), e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales (Criterio A2i).

Las manifestaciones comportamentales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones (Criterio C). Es muy poco frecuente que un sujeto despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas). Los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva,

dedicada a actividades especialmente interesantes, en una situación de relación personal de uno a uno (p. ej., en el despacho del clínico) o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (p. ej., en grupos de juego, clases o ambientes laborales). Por consiguiente, el clínico debe investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación.

Subtipos

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01). Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de este trastorno.

F98.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00). Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad).

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01). Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).

Procedimiento de tipificación

Algunos sujetos que en un primer estadio del trastorno presentaban el tipo con predominio de déficit de atención o el tipo con predominio hiperactivo-impulsivo pueden llegar a desarrollar el tipo combinado y viceversa. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse a partir del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses. Si se mantienen síntomas clínicamente significativos, pero ya no se cumplen los criterios de ninguno de los subtipos, el diagnóstico apropiado es el de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. Cuando los síntomas de un sujeto no cumplen actualmente todos los criterios del trastorno y no queda claro si tales criterios se cumplían con anterioridad, debe diagnosticarse un trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

A (1) o (2):

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor, a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01): si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00): si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01): si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en «remisión parcial».

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.9)

Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

C2. CIE-10

F90 Trastornos hiperkinéticos

Nota: El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de niveles anómalos de déficit de atención, hiperactividad e inquietud, que deben ser generalizadas a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y no deben ser causadas por otros trastornos tales como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. *Déficit de atención.* Al menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten por al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo e inadecuado al nivel de desarrollo del niño:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 1) Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles: junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- 2) Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- 3) A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- 4) Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
- 5) Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- 6) A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- 7) A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
- 8) Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
- 9) Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inadecuado al nivel de desarrollo del niño.

- 1) Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
- 2) Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- 3) A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse solamente por sentimientos de inquietud).
- 4) Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- 5) Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inadecuado al nivel del desarrollo del niño.

- 1) Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.

- 2) A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
- 3) A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (por ejemplo, irrumpe en las conversaciones o en los juegos de los demás).
- 4) Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años de edad.

G5. *Carácter generalizado.* Los criterios deben cumplirse para más de una sola situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y en otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, usualmente, la información suministrada por varias fuentes. Las informaciones de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es de ordinario suficiente).

G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).

Deben satisfacerse todos los criterios del trastorno hiperactivo (F90) pero no los de los trastornos de comportamiento disociales (F91).

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial

Deben satisfacerse todos los criterios del trastorno hiperactivo (F90) y de los trastornos disociales (F91).

F90.8 Otros trastornos hiperactivos

F90.9 Trastorno hiperactivo, no especificado

Esta categoría residual no es recomendada y debe utilizarse solamente cuando haya una falta de diferenciación entre F90.0 y F90.1, pero cumpliéndose los criterios generales de F90.

COMENTARIO.

Los cambios que presenta el DSM-IV en relación al DSM-III-R son muy interesantes, para empezar, los criterios diagnósticos se dividen en dos ejes principales: desatención e hiperactividad-impulsividad. Estos cambios proporcionan una gran ventaja al clínico, el cual ya no tiene que lamentar las grandes diferencias que hasta entonces existían entre el DSM-III-R y la CIE-10. Un ejemplo de lo anterior es que en el DSM-IV se antepone el código de la CIE-10 al

tipo de síndrome y, hasta el final se le agrega el código del manual norteamericano, quedando así:

F90.0 DATH tipo combinado (314.01)

F90.8 DATH tipo con predominio del déficit de atención (314.00)

F90.0 DATH tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)

Sin embargo, a continuación se refieren textualmente del DSM-IV (pp. 87-88) las diferencias diagnósticas entre los dos manuales:

"Los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno son casi idénticos a los Criterios de Investigación de la CIE-10, pero no así los códigos diagnósticos, ya que la CIE-10 define unas características más estrictas. Mientras que el Diagnóstico del DSM-IV requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. En vez de subtipificar el trastorno sobre la base del tipo predominante, la CIE-10 subespecifica esta unidad en función del posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial. En la CIE-10, este trastorno se denomina trastorno de la actividad y la inatención, y viene recogido dentro del grupo de trastornos hipercinéticos."

Pero aun así, el acercamiento entre los dos principales manuales diagnósticos es un hecho, esperamos que en el futuro se siga en esta línea.

En otro orden de ideas, cabe señalar que en el DSM-IV se evidencia completamente y sin lugar a dudas que el DATH involucra tanto a niños como a adolescentes y adultos. El DATH ha dejado de ser visto como un síndrome exclusivamente de orden infantil. Tradicionalmente en psicología clínica se consideraba que algunas conductas anómalas que presentan muchos adultos, y que se visualizaban como "rasgos específicos del carácter", "defectos de la personalidad" o incluso "reacciones neuróticas" tenían un trasfondo estrictamente psicógeno. Ahora podemos señalar bajo la luz de estos nuevos conocimientos que el DATH tiene mucho que ver en dichas conductas, en conclusión, la psicología clínica se encuentra ante un panorama inmenso y lleno de posibilidades aún inexploradas.

D. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

De acuerdo con lo dicho hasta ahora, Velasco (1980) comprende que el diagnóstico es fácil cuando es posible comprobar la existencia de los síntomas principales. Un cuadro caracterizado por hiperquinesia verdadera, inatención, hiperreactividad y desobediencia patológica, debe ofrecer pocas dudas al respecto. Otras veces, en cambio, la levedad de los síntomas y signos, o bien la presencia de otros datos de dudosa clasificación ("neuróticos o incluso "psicóticos"), y también el concepto de "inmadurez", en el que muy a menudo se

agregan más calificativos: inmadurez emocional, visomotora, psicomotriz, electroencefalográfica, social, afectiva, etc., que colocan al clínico en una posición más difícil.

Ante esta posible confusión, Pineda y Rosselli (1997) insisten en que debido al amplio rango de enfermedades y síndromes involucrados en el diagnóstico diferencial y por la complejidad del tratamiento, el estudio de los niños con DATH exige un equipo multidisciplinario que incluye profesionales en pediatría, neurología del comportamiento, psiquiatría, neuropsicología, psicología y trabajo social.

La vehemencia de los autores se justifica por las siguientes razones:

Las principales dificultades diagnósticas se relacionan con trastornos neuropsicológicos, neuropsiquiátricos y neurológicos del desarrollo que en muchos casos se asocian con el DATH, pero que en ocasiones pueden aparecer en forma aislada. En primer lugar hay que hacer el diagnóstico diferencial de problemas cognitivos como el retardo mental leve y moderado y los trastornos neuropsicológicos específicos —disfasia leve del desarrollo, dispraxia, trastorno gnóstico visoespacial— que pudieran producir hiperactividad y dificultades en el aprendizaje escolar.

También hay que diferenciar el déficit atencional con hiperactividad de algunos trastornos psicológicos y psiquiátricos como son los desórdenes de conducta inducidos por ambientes caóticos y mala crianza, los trastornos afectivos, la ansiedad y las fobias. Hay que descartar patologías neurológicas específicas como las encefalopatías crónicas, el síndrome de Tourette, la epilepsia, las deficiencias sensoriales leves o moderadas (sordera o deficiencia visual), las enfermedades neurodegenerativas de la infancia (leucodistrofias) y los trastornos del sueño.

Además hay que distinguir el déficit atencional con hiperactividad de la inquietud y la irritabilidad producidas por drogas, especialmente los simpaticomiméticos utilizados frecuentemente como broncodilatadores en el asma infantil, y los antialérgicos. Aunque son algo infrecuentes, es necesario descartar las enfermedades hormonales como el hiper y el hipotiroidismo, especialmente en los niños con alteraciones obvias en la talla y en el peso.

También es importante distinguir entre conductas hiperactivas y agresivas de una forma clara y que no deje lugar a dudas. En algunas ocasiones parece difícil determinar cuál es la diferencia entre una conducta descontrolada, producto de la hiperactividad, y una conducta agresiva. A continuación se presenta una lista de conductas consideradas hiperactivas y agresivas (Orjales, 1999).

DIFERENCIAS ENTRE CONDUCTAS AGRESIVAS E HIPERACTIVAS

CONDUCTAS HIPERACTIVAS	CONDUCTAS AGRESIVAS
<ul style="list-style-type: none"> * Se tropieza con el de delante de la fila del comedor, le pisa varias veces sin darse cuenta, se levanta de su asiento varias veces durante la clase. * Habla cuando no le corresponde. * Hace tonterías para atraer la atención del adulto que está con otro niño. * Corre por la habitación en lugar de trabajar. * No presta sus cosas. * No termina las tareas. * Pierde las cosas. * Se ríe tontamente cuando nadie lo hace. * Desordena el armario al coger algo, se le caen las cosas. * Repite las preguntas una y otra vez, emite sonidos cuando debería callar. * Se olvida de lo que debe hacer. 	<ul style="list-style-type: none"> * Empuja, pega y da codazos para ponerse el primero. * Discute enfadado. * Le quita algo a otro niño. * Se niega a trabajar y se muestra desafiante. * Quita y destruye las cosas de los demás. * Se niega a hacer nada. * Se niega a compartirlas. * Fuerza a otro chico a realizar algo que no quiere. * Tira las cosas y las destroza. * Insulta. * Pega y da patadas a los adultos.

Por otro lado, Kinsbourne y Caplan (1990) exponen una manera complementaria sobre el diagnóstico diferencial, en este caso emplean la contrastación entre las principales características del DATH junto con otras manifestaciones conductuales que pudieran confundirse con este síndrome:

HIPERMOTILIDAD

No todos los niños que se mueven mucho son hiperactivos. Algunos niños están dotados genéticamente con un alto grado de actividad; sus movimientos difieren de la de los niños hiperactivos en que son adaptativos, están dirigidos a una meta y generalmente logran sus propósitos. Otros niños se retuercen, culebrean, se agitan y sacuden debido a su ansiedad. Estas manifestaciones motoras difieren de las impulsivas en que son muy específicas de una situación (el salón de clases, el consultorio del doctor y otras situaciones fastidiosas). Tienen también una calidad diferente: mientras que los reacomodos motores del comportamiento impulsivo tienen constantemente patrones variables e impredecibles (y de gran amplitud), los movimientos excesivos producidos por la ansiedad son una inquietud repetitiva de baja amplitud, restringida en algunas partes del cuerpo; los movimientos ansiosos son típicos de cada individuo y de naturaleza muy estereotipada. Asimismo, los movimientos ansiosos aumentan en situaciones de tensión, mientras que los movimientos impulsivos a menudo

decrecen. Así, aunque a primera vista podrían confundirse estos tres patrones de hipermotilidad, la observación detallada deberá diferenciarlos.

Los movimientos superfluos pueden también ocurrir en el salón de clases si los niños están intelectualmente desplazados y no pueden seguir la materia que se les está enseñando. Esta inquietud es una expresión de aburrimiento y molestia. Por el contrario, un niño cuyas aptitudes están bastante por encima del nivel de lo que está exponiendo el maestro puede mostrarse bullicioso y emprender actividades extrañas debido al aburrimiento de escuchar cosas que ya conoce. Estos, por supuesto, no son problemas del niño sino de la interacción maestro-estudiante.

IMPULSIVIDAD

La impulsividad es una manifestación biológica (un rasgo del carácter) que debe distinguirse del comportamiento impulsivo de la gente que está movida por emociones intensas. Este último difiere en que va dirigido a metas identificables, mientras que la impulsividad del hiperactivo se manifiesta en todas las situaciones de la vida. Asimismo, algunas personas, generalmente pertenecientes a grupos económica y culturalmente pobres, actúan en forma impulsiva porque ésta es su norma social, y carecen de la experiencia que proporciona un modelo reflexivo.

DISTRACTIBILIDAD Y CORTA CAPACIDAD DE ATENCION

La atención puede disminuir o divagarse. Su actividad puede decaer en personas pasivas y faltas de motivación, llegando a la inconsciencia en casos de epilepsia menor. Puede distraerse hacia el ambiente general, no sólo en personas hiperactivas, sino también en individuos que están aburridos porque encuentran su tarea demasiado fácil, o demasiado difícil o por alguna razón, inaceptable, y puede concentrarse en pensamientos o sentimientos internos, cuando la persona está angustiada, obsesionada o confusa de mente.

BERRINCHES

El berrinche del niño impulsivo frustrado debe distinguirse de la agresión antisocial de un chico mal educado, del enojo de una personalidad paranoide, y de los raros accesos de rabia de un epiléptico del lóbulo temporal.

COMPORTAMIENTO MANIPULATIVO Y QUE BUSCA LLAMAR LA ATENCION

Se debe hacer una distinción entre el comportamiento debido a hiperactividad y el que proviene de mala educación, del tipo llamado "permisivo," en la que los padres se pliegan a los caprichos del niño porque es el camino más fácil. Los niños educados así aprenden a dominar las situaciones por manipulación, y en este aspecto son como los sujetos constitucionalmente impulsivos. En el salón de clases, los niños hiperactivos se caracterizan por estar continuamente molestando al maestro para que les preste atención personal. Esto también sucede con otras dos clases de niños: aquellos que provienen de hogares rotos o despersonalizados

y que han estado privados de atención, y aquellos que experimentan intensa angustia acerca de sus capacidades y situaciones en la escuela y sienten una necesidad constante de que el maestro los reconforte y les asegure que se están portando en forma satisfactoria.

COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO Y CAOTICO

Producto de reflexión insuficiente, este estilo de comportamiento puede ser resultado de la falta de un modelo organizado, así como de la preocupación originada por pensamientos angustiosos o psicóticos. En raras ocasiones, padecimientos epilépticos y degenerativos pueden manifestarse de esta manera. Por último, la desorganización puede representar un intento pasivo-agresivo en contra de la figura autoritaria nominal —una especie de negativismo inerte.

COMPORTAMIENTO AUTODESTRUCTIVO

La tendencia del individuo hiperactivo a lesionarse, que va de lo trivial a lo catastrófico, debe diferenciarse de la autodestrucción deliberada del individuo deprimido, de la propensión a accidentes de niños desatendidos, y de las lesiones que sufren los niños maltratados.

INEPTITUD SOCIAL

El niño hiperactivo se enfrenta torpemente a las situaciones sociales por falta de una preparación adecuada y de empatía hacia los sentimientos de los demás. Esta ineptitud inconsciente contrasta mucho con la timidez cautelosa del niño superenfocado. Otros niños se sienten socialmente incómodos debido a una inadecuada guía parental y a la carencia de un buen modelo que imitar. Los compañeros pueden evadir la compañía de niños que actúan de maneras extrañas debido al desorden de su pensamiento.

SUPERFICIALIDAD EMOCIONAL

Los niños hiperactivos rara vez actúan como si estuvieran en contacto con sus propios sentimientos o pudieran empatizar con los de los demás. Este patrón debe distinguirse del desapego e indiferencia afectiva del esquizofrénico, así como de la actividad defensiva del niño que sufre profundos trastornos emocionales.

V. INTERVENCION

A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Una vez terminado el proceso de evaluación y se ha llegado a un diagnóstico positivo de DATH, se procederá a instrumentar un programa de intervención. Dicho programa requiere un manejo integral, o sea, multidisciplinario, Calderón (1990) menciona que el objetivo primordial consiste en obtener la mejor integración psicosocial posible de parte del niño a través de estrategias que incluyen enfoques en el aspecto familiar, educacional, de relaciones interpersonales y farmacológico. Aunado a lo anterior, autores como van-Wielink (2000) y Tallis (1982) entienden que según sea el caso se requieren técnicas especializadas de modificación de la conducta, psicofármacos, educación especializada y terapia emocional. El personal adecuado para semejante labor está compuesto por psiquiatras infantiles, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, kinesiólogos, pediatras y neuropediatras. La argumentación de los tres autores se basa en la experiencia y práctica profesional llevada a cabo mediante rigurosas evaluaciones, seguimientos y evoluciones clínicas de pacientes con DATH¹⁶

El siguiente cuadro está diseñado para que se pueda visualizar el espectro de acción de los principales profesionales que intervienen en el tratamiento del DATH (NIMH, 1999):

ESPECIALIDAD	PUEDE DIAGNOSTICAR EL DATH	PUEDE RECETAR MEDICACION SI ES NECESARIO	PROVEE EVALUACION O CAPACITACION
Psiquiatras	Sí	Sí	Sí
Psicólogos	Sí	no	Sí
Pediatras o médicos de familia	Sí	Sí	no
Neurólogos	Sí	Sí	no

Una vez teniendo claro lo anterior, vamos a enfocarnos a un aspecto de suma importancia que debe abordarse antes de iniciar el programa de intervención, lo cual consiste en sensibilizar a los padres. Puente et al, (1979) recomienda que debe realizarse una reunión preliminar entre padres y especialistas a fin de discutir

¹⁶ Se recomienda una lectura completa de las obras de los tres autores para consolidar la idea del tratamiento integral, que por motivo de espacio y síntesis no ha sido referida en su completa extensión.

y valorar el problema en su justa dimensión, esto permitirá aclarar dudas, disipar temores y asegurarse de su eficaz colaboración.

La situación que se acaba de plantear es de vital importancia y merece ser tratada con más profundidad. Velasco (1980) entiende la angustia de los padres ante la situación de su hijo(a), lo cual les lleva a hacer preguntas en relación con las causas del trastorno, el uso de medicamentos, el pronóstico, la conducta que deben adoptar, etc. No solamente porque desde el punto de vista ético tienen derecho a las respuestas correctas, sino porque el hecho de proporcionárselas sirve a un fin terapéutico útil.

El autor subraya en su obra la responsabilidad que recae sobre el médico al explicar de manera accesible pero completa, toda la información necesaria a los padres, esto es lícito, sin embargo, en la actualidad, el psicólogo se enfrenta cada vez más a asumir esta misma responsabilidad ante los padres, de ahí que para el correcto ejercicio del psicólogo en su labor terapéutica (y orientadora), esté bien preparado y capacitado en todo lo relacionado con el DATH. Las consecuencias directas de esta labor son la retroalimentación positiva de todo el equipo multidisciplinario.

Ahora bien, siguiendo el discurso de Velasco (1980) durante el proceso de sensibilización a los padres, resulta común observar como éstos se responsabilizan de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse. Razonablemente se puede decir que la mejor manera de hacerlo consiste en proporcionar una explicación acerca de las causas del trastorno, declarando con seguridad que el mal radica en un problema de funcionamiento del sistema nervioso del niño. Si esto es comprendido cabalmente por los padres, entonces se habrá ejercido una influencia positiva de liberarlos de un sentimiento de culpabilidad.

Otro aspecto de las indicaciones que se debe hacer a los padres es el que se refiere a ciertas actitudes que conviene adoptar frente al niño, puede ayudarse a los padres a reconocer los sentimientos del niño y aceptarlos. Estarán así en mejor posibilidad de, a su vez, enseñar a su hijo que una cosa son los sentimientos, siempre aceptables, y otra distinta las acciones, que pueden no serlo. Es natural que el niño se autoculpe menos, si sabe que sus pensamientos no lo convierten en un niño "malo" a los ojos de los demás, en especial ante sus padres; pero dentro del tratamiento psicológico, cobra mayor importancia si se recuerda que debido a la sintomatología tan peculiar, su vida gira alrededor de la falta, la angustia, el castigo y la culpa.

Como en el caso de otras terapias destinadas al manejo de diversos problemas de carácter primordialmente emocional, siempre es útil conocer con cierta profundidad la situación real de las relaciones interpersonales dentro del hogar del niño. Sin embargo, no tiene mucho sentido hacerlo sólo para tener un mejor conocimiento del caso; la intención es que el terapeuta influya para que se

efectúen cambios favorables donde sea posible, en beneficio de las relaciones familiares.

Tomando como referencia lo anterior, esto no significa forzosamente someter al niño a un trabajo reeducativo agotador, sino que de la evaluación que realice el equipo, surgirán las áreas que deben atenderse con prioridad. Los padres deben participar en esta tarea recuperatoria y estar permanentemente asesorados, y los maestros deben tener información sobre las características del niño con DATH, para que con su comprensión y ayuda puedan facilitar su recuperación. (Tallis, 1982)

A continuación se revisarán brevemente las principales estrategias de intervención que involucran la actividad directa e indirecta del psicólogo, como son el trabajo psicosocial, terapia emocional y manejo psicofarmacológico respectivamente.

B. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B1. Modificación de la Conducta

Calderón (1990) advierte que las técnicas de modificación de la conducta se pueden dividir básicamente en dos categorías de procedimientos:

- a) Los métodos conductuales como método único en el manejo del paciente.
- b) Los métodos conductuales como una función complementaria en el contexto del manejo total del paciente.

En el caso concreto del DATH, basta decir que el inciso (b) es la categoría de procedimiento que debe ser elegida. Esta decisión se sustenta en los argumentos vertidos en el apartado anterior.

El manejo conductual ha sido vituperado por largos años debido a su incapacidad para explicar satisfactoriamente la llamada "caja negra", sin embargo, van-Wielink (2000) recalca que la modificación de la conducta para tratar el DATH tiene fundamento científico si consideramos la teoría que indica como causa del DATH:

- a) una falla en la inhibición del comportamiento inadecuado que además impide que las funciones mentales ejecutivas sean privadas (internas);
- b) la imposibilidad de que las funciones ejecutivas se realicen en forma adecuada.

Por lo tanto, van-Wielink (2000) sostiene que la modificación de la conducta es posible ya que el cerebro es altamente maleable (educable) y se puede entonces "transplantar" al sujeto con DATH pensamientos y conductas correctos que lo ayuden a subsanar sus deficiencias.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

B2. Técnicas Operantes

López y García (1997) consideran que estas técnicas consisten en ofrecer al niño una consecuencia —positiva o negativa— cuando lleva a cabo una conducta. Si el objetivo es que dicha conducta se produzca con mayor frecuencia, entonces se habla de *reforzar* dicha conducta. Existen muchos tipos de reforzadores. Desde el punto de vista las autoras, se ha de tener en cuenta que no todos los niños precisan del mismo tipo de reforzador; mientras que para unos los reforzadores materiales son más importantes, otros niños prefieren los reforzadores sociales. Por ello se debe saber identificar qué reforzadores pueden ser más útiles para desarrollar la conducta deseada. Ahora bien, si el objetivo es hacer que disminuya la frecuencia de cierta conducta, entonces lo que se debe hacer es *castigarla*. Sin embargo, *el castigo físico no está recomendado en los niños con déficits atencionales y mucho menos en los hiperactivos*¹⁷. Parece más eficaz castigar suprimiendo o retrasando algún tipo de refuerzo que es importante para el niño. Por ejemplo, no poder ir al cine hasta que no consiga atender en clase a lo que dice el profesor. Por su parte, es aconsejable que las reprimendas o riñas verbales se hagan con voz tranquila y firme. A partir de estos momentos, se llamarán *conductas objetivo* a aquellas que se desean modificar.

Orjales (1999) encuentra que la mayoría de las técnicas comportamentales en niños con DATH están dirigidas a: mantener al niño trabajando en la tarea, controlar la impulsividad, terminar las tareas, obedecer e incrementar sus habilidades sociales al mismo tiempo que tratan de reducir la hiperactividad motriz, disminuir el tiempo en que el niño está fuera de la tarea que le corresponde, etc.

Las técnicas comportamentales son muy variadas y pueden ser adaptables a múltiples ámbitos. Como ya se ha mencionado, la más utilizada para aumentar conductas positivas es el refuerzo positivo y para reducir las negativas, el castigo relacionado con la conducta, el tiempo fuera de refuerzo positivo y la práctica positiva. En los siguientes párrafos Orjales (1999) recoge una síntesis de cada una de ellas, síntesis que ha sido catalizada por su experiencia directa con niños que presentan DATH.

Para aumentar conductas positivas: el refuerzo positivo

El refuerzo positivo es todo objeto o experiencia que seguida a una conducta hace que aumente la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro.

Dar puntos por buen comportamiento

Un tipo de refuerzo positivo muy utilizado en el ámbito familiar y escolar es llamado *economía de fichas o puntos*. Esta técnica consiste en entregar al niño un punto cada vez que el profesor o los padres consideren que ha cumplido con el

¹⁷ Las cursivas son mías

objetivo planteado (por ejemplo: trabajar sentado 5 minutos o terminar un trabajo en clase). Las fichas pueden fabricarse en cualquier material y tener cualquier forma o color y se utilizan a modo de «moneda de cambio». Los padres o el profesor elaboran una lista de premios en la que figure el número de puntos que costará conseguir cada premio. Finalizado un cierto período de tiempo (un día o una semana, según el niño) el niño podrá canjear los puntos conseguidos por los premios de la lista o, bien, decidir ahorrarlos para conseguir un premio mayor.

La ventaja del sistema de fichas o puntos es de que el niño recibe algo que, aunque no es el premio, es una «parte del mismo», algo que puede ver y tocar, y lo recibe de forma inmediata a su buena conducta, aunque el premio real se demore algunos días.

Ejemplo: *Por cada vez que Sara se lave los dientes sin que mamá tenga que recordárselo ganará un punto. El domingo por la mañana, podrá canjear los puntos que ha conseguido esta semana por los premios que le apetezcan de la siguiente lista:*

Lista de premios

UN CHICLE.....	2 PUNTOS
UN PAQUETE DE CROMOS.....	3 PUNTOS
GOMA DE BORRAR NUEVA.....	4 PUNTOS
JUGAR 10 MINUTOS CON LA VIDEOCONSOLA.....	4 PUNTOS
DONUTS DE CHOCOLATE.....	4 PUNTOS
VER UNA PELICULA DE VIDEO.....	10 PUNTOS
IR AL CINE.....	15 PUNTOS
TRAER UN AMIGO PARA JUGAR.....	18 PUNTOS

Organizar un sistema como éste (con su lista de premios) para toda una clase o para una casa en la que haya varios hermanos resulta bastante complicado, por ese motivo Orjales (1999) recomienda otra modalidad de refuerzo algo más simple. Consiste en asignar a cada conducta que se quiere mejorar un premio específico. Para conseguir ese premio el niño debe conseguir un número determinado de puntos. Veamos el ejemplo anterior, la madre de Sara trata de que su hija adquiera el hábito de lavarse los dientes:

«Sara, cada día que te acuerdes de lavarte los dientes antes de ir a dormir tendrás un punto (refuerzo positivo) que podrás anotar en esta casilla (se muestra un total de cinco casillas). Si no te acuerdas y mamá tiene que hacerte levantar para ir al baño, no tendrás punto (la ausencia de refuerzo se vive como un castigo) y deberás estar más tiempo lavándotelos para practicar (hipercorrección). Cuando consigas cinco puntos mamá te comprará la pasta de dientes de 'La Bella y la Bestia'».

En la primera modalidad, con lista de premios, Sara no canjearía sus puntos hasta pasada una semana. Esto quiere decir que, por ejemplo, puede hacerlo bien los tres primeros días y conseguir puntos y no hacerlo bien los cuatro restantes, pero hasta el domingo, no podrá canjear los premios. En la segunda modalidad, un premio en concreto que se canjea por un número de puntos concreto, Sara necesitará cinco puntos para conseguir el premio, si los reúne en tres días, lo recibirá al tercer día, si tarda diez días, lo recibirá a los diez días. Una vez conseguido este premio de cinco puntos, la madre de Sara elaborará un nuevo cartel con diez casillas para que la niña anote esta vez, diez puntos. Sara necesitará diez puntos para obtener un nuevo premio, por ejemplo, un cepillo de dientes nuevo. El tercer premio valdrá quince puntos y el cuarto premio veinte puntos. Llegará un momento en que Sara tendrá que estar lavándose los dientes casi un mes para obtener un premio de valor similar al que consiguió en su día por solo cinco puntos. En ese momento, se puede plantear que la conducta ya está «afianzada», es decir, aunque no es de su agrado, lavarse los dientes ya se ha convertido en una rutina que no le cuesta tanto recordar. Una vez conseguida y afianzada la conducta objetivo se procede a la extinción del premio. La madre de Sara propondrá, entonces, un cambio:

«La verdad es que lo de lavarte los dientes ya lo tienes superado. Podríamos hacer una cosa, ya que no tiene sentido que recibas puntos por esta conducta que ya no te cuesta esfuerzo, busquemos otra conducta que te requiera un esfuerzo mayor y repitamos el procedimiento. Por ejemplo, a partir de ahora recibirás un punto por cada día que dejes el baño recogido después de ducharte. Eso incluye: 1) colgar la toalla, 2) colocar la alfombrilla y 3) llevar la ropa a lavar. Comenzaremos como la vez anterior (necesitas acostumbrarte) cuando tengas cinco puntos, recibes un premio, después cuando obtengas ocho puntos y el tercer premio cuando obtengas quince ¿Te parece bien? Bueno, ahora debemos pensar algo para que no se te olvide lavarte los dientes. ¿Qué hacemos si un día se te olvida? Bien, pensemos, debe ser algo desagradable (un pequeño castigo para que la conducta no se deteriore), por ejemplo, si te has acostado sin lavarte los dientes, yo te lo recordaré, te levantarás de la cama y estarás lavándote los dientes tres minutos más de lo que lo haces habitualmente. En caso de que “el despiste vaya a más” te quedarás sin postre al día siguiente (uno no puede comer dulces si no se lava los dientes porque los acabaría perdiendo). ¿Estás de acuerdo?»

Como hemos visto en el ejemplo de Orjales (1999), el sistema de puntos ayuda a que los niños sean capaces de mantener el esfuerzo y esperar un tiempo a recibir el premio sin que la frustración que supone la demora les desanime en la consecución de sus objetivos. Los puntos, por lo tanto, no se entregan para reforzar todas las conductas correctas del niño, sino aquellas conductas correctas que le requieren un gran esfuerzo. A medida que el niño practica, el esfuerzo que necesita realizar es menor, por lo que se le pedirán más puntos para obtener un premio parecido.

La autora recomienda que para evitar que el sistema de puntos se convierta en un chantaje por parte del niño o de los propios padres se deben tomar en cuenta algunos aspectos:

1. Los puntos se plantean como algo temporal, como un reconocimiento al esfuerzo realizado. No son algo definitivo (uno no va a pasarse la vida lavándose los dientes por un premio final, lo definitivo es la satisfacción de haber logrado ser autónomo en una conducta o haber conseguido controlar otra).
2. Los puntos se otorgan por conductas que cuestan un esfuerzo. Si a un niño no le cuesta especialmente obedecer e irse a la cama por la noche, no le daremos punto por ello, buscaremos otra conducta que le cueste realizar.
3. Las conductas por las que se entregan los puntos son individuales para cada niño. Un hermano puede ganarse puntos por cenar bien y otro por recoger el cuarto. Esto transmite más claramente a los niños que a cada uno se le reconocen sus propios méritos.
4. Hay que evitar que entre hermanos se planteen los puntos por la misma conducta como una competencia. Lo importante es competir con uno mismo: «ayer yo no sabía hacer esto, pero hoy sí».
5. Los puntos no se canjean por premios que supongan un gasto extra. Se deben cambiar por actividades u objetos que son parte ya de la vida del niño: el cine, la revista del fin de semana, grabar una cinta de música, invitar a un amigo a merendar, una comida especial, una merienda a capricho, caramelos, leer antes de dormir, etc. No deben suponer más privilegios de los que ya tienen los niños hoy en día y su valor económico debe ser muy reducido.
6. Tenemos que tener muy claro que el apoyo de una conducta con puntos debe llegar a extinguirse, es decir, debe llegar un momento en el que el niño tenga que realizar esa conducta, porque sí, porque es su deber y ya no le cuesta tanto realizarlo. Los premios deben extinguirse de forma paulatina tal y como vimos en el ejemplo anterior. La extinción del refuerzo podemos hacerlo de dos formas: a) aumentando el número de puntos a conseguir para obtener el mismo premio, o b) manteniendo el número de puntos, pero aumentando la exigencia de la conducta requerida para obtener cada punto. *Por la noche Sara debe recoger el cuarto, cada vez que mamá compruebe que no hay ropa en el suelo y que los juguetes están en el armario recibe un punto. Cuando reúna cinco mamá le regalará un paquete de chicles. Pasan los días y Sara se va acostumbrando a recoger el cuarto, ya no se le olvida, ya le resulta hasta fácil.* Podemos optar por proceder de dos formas: a) Mantenemos la misma exigencia, pero conseguir el premio le costará más puntos. Es decir, si guarda los juguetes en el armario y no

hay ropa en el suelo recibe un punto, pero esta vez para conseguir el premio no valdrá con que reúna cinco puntos como antes, sino que deberá reunir diez puntos. b) Aumentamos la exigencia y mantenemos el mismo número de puntos para el premio. Como antes, Sara conseguirá el premio cuando obtenga cinco puntos, pero esta vez para conseguir cada punto deberá poner la ropa doblada en la silla, guardar los juguetes y tener la mesa de estudiar despejada.

7. Los puntos ganados por una buena conducta no pueden nunca quitarse por una mala conducta. Es decir, si Sara consigue tres puntos por lavarse los dientes, mamá no debe quitarle ningún punto porque haya pegado a su hermano, esa conducta debe tener un castigo independiente de la de lavarse los dientes, de otro modo Sara tendrá la sensación de que su esfuerzo no sirve para nada.

El reconocimiento social

Las alabanzas sociales como premio han demostrado ser, también, muy eficaces en mejorar el rendimiento de los niños hiperactivos. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la dependencia emocional que estos niños tienen de la aprobación de sus mayores hace que, en la mayoría de los casos, respondan mejor si las alabanzas se producen cada vez que el niño consigue un objetivo, que si sólo se les felicita de vez en cuando (Douglas y Parry, 1983, citados por Orjales, 1999).

Dado que los padres y profesores no pueden estar constantemente encima del niño felicitándole por sus logros, es importante entrenar a los niños para que sean ellos mismos quienes apunten en un gráfico sencillo cada vez que han logrado un objetivo (autorregistro). De esta forma, ellos sienten que su esfuerzo queda plasmado de algún modo en algún lugar y que, posteriormente, será visto por los compañeros o por el profesor.

La atención de los mayores

Uno de los castigos más duros para un niño con DATH es la retirada de atención de los mayores. Ignorar cuando se porta mal y atenderle, escucharle, jugar con él cuando se porta bien es uno de los principios básicos para cambiar su comportamiento.

Para reducir conductas negativas: «el castigo»

Algunos ejemplos de castigos pueden ser las reprimendas tranquilas en privado (si se riñe a un niño en público es posible que con la atención que se le presta en lugar del efecto de un castigo se consiga el efecto de un premio), quedarse después de clase, recoger lo manchado, trabajo escolar extra, etc. También tiene el efecto de un castigo privar al niño de una experiencia agradable (de un refuerzo negativo) como no hacerle caso, retirarle la atención, quitarle puntos, dejarle sin ver la televisión, sin el helado prometido, etc.

Todas estas experiencias desagradables, cuando son asociadas a una conducta negativa, suelen hacer que, con el tiempo, disminuya la aparición de esa conducta y contribuyen a que el niño mejore su comportamiento. Cuando se desee modificar una conducta utilizando un castigo se deberá tener en cuenta que el castigo sólo produce cambios sobre la conducta a la que va dirigida. Por ejemplo, Worland (1976, citado por Orjales, 1999) comprobó que los niños que recibían una regañina cuando dejaban de trabajar, permanecían más tiempo en la tarea encomendada, pero la regañina no hacía que en su trabajo cometieran menos errores. Si castigamos a un niño por no estar trabajando en una tarea, el niño no se distraerá, pero su rendimiento no será superior. Sin embargo, si premiamos a un niño por los resultados en la tarea, es probable que, además de no distraerse, su rendimiento mejore.

Tiempo fuera de refuerzo positivo

Es una técnica para reducir la aparición de conductas negativas, es decir, para que el niño deje de portarse mal. Es muy eficaz cuando el niño se porta mal buscando la atención de las personas que están con él y consiste en la retirada del niño a un lugar cercano lejos de estímulos gratificantes como personas o juguetes. Poner cara a la pared es una técnica que podría incluirse en este apartado porque retira al niño toda percepción visual mientras se le pide que piense en cómo puede comportarse la próxima vez. Cuando la llamada de atención se produce ante muchas personas (en la clase o en casa con visitas) o cuando el niño tiene una historia pasada de rabietas espectaculares, es más productivo retirar al niño al cuarto de baño o a otra habitación lejos de nosotros que somos la fuente de estímulo para quien él actúa. Sin espectadores, las rabietas no tienen sentido. Si permitimos que el niño permanezca en la habitación y tratamos de ignorarle, es probable que la duración de la rabieta se prolongue. El niño tiene la sensación de que tarde o temprano no podremos resistir su llanto y que conseguirá que le concedamos lo que pide o que le regañemos y le prestemos la atención que tanto demanda. Alejarnos nosotros o retirarle a otra habitación reduce las expectativas y mejora el comportamiento más rápidamente.

Antiguamente se utilizaba un cuarto oscuro en donde se encerraba a los niños por un período de tiempo más o menos largo. El cuarto oscuro, sin embargo, es un castigo (una experiencia desagradable seguida a una mala conducta) y no una técnica de tiempo fuera de refuerzo positivo porque normalmente se atemorizaba al niño para que el estímulo resultara aversivo. En el tiempo fuera, lo que se persigue no es asociar una experiencia desagradable a un mal comportamiento, si no retirar al niño del lugar que parecía estar premiando su conducta (la atención que mamá me presta al regañarme me anima a volverme a portar mal). El castigo en forma de experiencia que induce temor y miedo no es adecuada.

Las reprimendas

Orjales (1999) tampoco recomienda utilizar reprimendas con niños hiperactivos porque suelen traducirse en la práctica a momentos en los que se presta mucha atención al niño y no suelen ser muy efectivos. Aun así, la autora expone algunos consejos extraídos de otras experiencias. Con los niños hiperactivos las reprimendas son eficaces si:

1. Son reprimendas breves porque las prolongadas resultan reforzadoras por la atención exclusiva que los padres o profesores les están dedicando mientras le riñen (recordemos que para el niño hiperactivo llamar la atención por un mal comportamiento es mucho más fácil que llamar la atención por hacer algo bien).
2. Deben producirse cada vez que el niño abandona la tarea o comete la conducta que deseamos eliminar.
3. Deben producirse de forma inmediata a la aparición de la conducta negativa que deseemos eliminar.
4. Deben ser aisladas. Es decir, se debe hacer «borrón y cuenta nueva». Si un niño comete una mala conducta, recibe su reprimenda y no se le vuelve a recordar al cabo del día lo mal que se ha portado. Los castigos son hechos aislados: «cada vez que hagas A encontrarás B», después somos tan amigos, y cuando llegue papá sólo hablaremos de lo positivo.
5. Deben ir acompañadas de palabras de aliento o refuerzo positivo social cuando el niño se esté comportando bien.
6. Deben tener siempre la misma intensidad. Por lo general, los padres y profesores regañan a un niño por no estar trabajando, si el niño vuelve a dejar de trabajar, lo interpretan como desobediencia y le regañan con una intensidad que es cada vez mayor. Con los niños hiperactivos está demostrado que aumentar progresivamente la intensidad de las regañinas no resulta eficaz. Esto puede ser debido a que los niños hiperactivos quebrantan las normas más por olvido que por un deseo expreso, consciente y premeditado de desobedecer. La intensidad de la regañina implica que el niño sea consciente de que se dieron avisos repetidos sobre la misma falta («es la séptima vez que te digo que te sientes»). Este pensamiento planificador y este grado de conciencia no es propio de los niños hiperactivos. Ellos carecen de esta perspectiva, por lo tanto es muy probable que la séptima regañina sea vivida como si fuera la primera.
7. A la regañina debe seguir un refuerzo por el primer buen comportamiento que se observe en el niño inmediatamente después de la conducta que se le castigó. Si regañamos a Javier por no estar trabajando, volverá a su tarea y es en ese momento, cuando debemos reforzar positivamente su comportamiento. Las regañinas comienzan a servir para premiar el mal

comportamiento de un niño cuando suponen la única fuente de contacto entre la madre y el niño. El niño preferirá ser castigado a ser ignorado.

Práctica positiva

Consiste en pedir al niño que realice la conducta correcta una y otra vez o de forma exagerada. Veamos algunos ejemplos:

CONDUCTA	PRÁCTICA POSITIVA
Pillamos a Javi corriendo y deslizándose por los pasillos (no debe hacerlo).	«Como no sabes controlarte y corres por el pasillo debes entrenarte. Vuelve a la clase y recorre el pasillo andando despacio cinco veces.»
Dejamos a César trabajando en su mesa de trabajo cuando volvemos no ha hecho nada y se ha dedicado a pintar de bolígrafo la mesa.	En ese momento no vamos aplicar la práctica positiva. Primero le diremos que no se habrá ganado el punto tal como habíamos acordado. Haremos que reemprenda la tarea y cuando termine los deberes, le diremos: «La mesa no puede quedarse así, ven a la cocina que te doy algo para limpiarla». Aplicaremos esta medida al terminar los deberes cuando le toque ver la TV y le exigiremos limpiar bien la mesa, la silla, los cristales de la ventana y el flexo.
Estamos hablando por teléfono y, a pesar de que conoce la norma «si mamá está hablando por teléfono tenemos que esperar a que termine», no la respeta y chilla y tira del brazo de mamá para que le haga caso.	Continuaremos con la conversación de la forma que podamos (ignorándole). Si es posible cortamos la conversación discretamente (de modo que el niño no sospeche que ha sido por su culpa) y le decimos: «Veo que no sabes esperar y te pones nervioso, deberás entrenarte. Siéntate en esa silla, en la esquina de la cocina y espera a que te avise».

Para resumir, los niños con DATH aumentan sus conductas positivas si:

- Se les exige en la medida de sus posibilidades.
- Se les premia por el esfuerzo realizado.
- Pueden observar de alguna forma visible que han mejorado.
- Los niños hiperactivos disminuyen sus conductas negativas:

Ante una conducta que aparece esporádicamente, se les castiga de forma inmediata a su mal comportamiento sin mucho público y con un castigo lo más relacionado posible con la infracción cometida.

Ante una conducta que aparece con mucha frecuencia, se ignoran la mayoría de sus conductas inadecuadas (o se les retira a otro cuarto solo unos minutos) y se les refuerzan inmediatamente aquellas conductas incompatibles con la que deseamos eliminar.

B3. El Autocontrol

El autocontrol como técnica de modificación de la conducta, consiste en que el niño se propone pequeñas metas relacionadas con su trabajo o su forma de actuar en determinadas circunstancias, permaneciendo atento a su conducta para poder evaluarla al final de cada día y estableciendo expectativas para el siguiente. De esta forma, el niño refuerza constantemente su fuerza de voluntad y su nivel de aspiración cada vez que ejecuta correctamente las pautas que se ha propuesto. (López y García, 1997)

van-Wielink (2000) aporta las siguientes estrategias de autocontrol para el manejo de niños y jóvenes:

A) Hacer que el niño perciba su situación positivamente gracias a un buen manejo de la información sobre el DATH que sea científicamente válida y adecuada a su edad.

¿Cómo se le explica su problema a un niño pequeño?

Ejemplo: Hay muchas cosas especiales en ti; tienes mucha energía y te encanta hacer cosas excitantes eres simpático y te gusta hacer reír a la gente eres inteligente y tienes facilidad para distraerte a lo que se le llama DATH.

¿Cómo se le explica su problema a un niño mayor o adolescente?

Ejemplo: El DATH se caracteriza porque tienes más trabajo en concentrarte, poner atención y controlar tu comportamiento. En ocasiones es difícil que te controles, especialmente cuando tu cuerpo se quiere mover continuamente y esto te ocurre con mayor intensidad que a los demás niños. Hay muchas cosas especiales en ti que puedes ver como ventajas sobre los demás, como es la energía extra que tienes, pero debes someterte a tratamiento si quieres sacar lo mejor de esto.

B) Diversos consejos que se dan al niño con DATH:

¿Cómo vas a mejorar tu situación?

En la casa:

1. Antes de acostarte para ir a la escuela ten tu ropa lista, la tarea hecha y tu mochila con todo el material que necesitaras al día siguiente incluyendo la tarea que ya hiciste!
2. Ve a acostarte temprano y ten suficientes horas de sueño, como mínimo 8.
3. Al levantarte sigue una rutina ya establecida como; vestirse, peinarte, tomar tu desayuno (así tendrás energía y mejorarás tu desempeño en la escuela), lavarte los dientes y salir aseado y con tu mochila.

El regreso a casa

1. Come a la misma hora y con las reglas apropiadas de tu casa.

2. Toma tu medicina a tiempo.
3. Haz tu tarea a una misma hora diariamente
4. Juega mucho y si es posible haz actividades adecuadas para ti (niños; fútbol, karate o natación; niñas; danza, judo, natación). (Además todos en casa te hacen sentir el éxito de tu esfuerzo).

Consejos para el manejo de los adolescentes:

A) Aclarar a los adolescentes los hechos sobre el DATH

1. Qué es el DATH y que uno debe entrenarse para pensar antes de actuar y para concentrarse.
2. El DATH dura toda la vida pero cambia según creces.
3. No estás loco si tienes DATH
4. El DATH puede afectar todas las áreas de tu vida y no sólo la escuela.
5. El DATH no es culpa de nadie, es físico, usualmente de causa hereditaria y es un desbalance químico en el cerebro.
6. El DATH es un reto para triunfar y no una excusa para fracasar.
7. No podemos curarlo pero lo podemos controlar de 3 maneras; medicinas, modificación del comportamiento y terapia educativa.

B) Es importante que el adolescente sepa que sus opiniones y sentimientos han sido entendidos y tomados en cuenta. La entrevista debe ser activa, no-directiva con empatía y soporte.

C) Aclarar los malos entendidos sobre el DATH como: (mal entendido = pensamiento correcto)

1. DATH es una sentencia de por vida = Es un estilo de vida y no una sentencia.
2. Soy tonto y lento = El DATH no tiene nada que ver con el coeficiente intelectual.
3. Voy a perder todos mis amigos porque van a pensar que soy un "nerd" = Tus amigos sólo lo sabrán si tú se los dices y ellos te quieren por lo que tú eres.
4. El DATH es sólo otra forma en que mis padres me controlan = En realidad tus padres no te controlan para nada, el objetivo del tratamiento es que te controles a ti mismo y no seas una víctima de tu biología.
5. Me voy a pasar toda la vida entre médicos, loqueros y maestros = No va a ser así ya que de todas maneras tus padres no van a pagar por esto toda la vida. Tu debes ver al medico 3 a 4 veces al año durante 30 minutos,

además tendrás que ver a un terapeuta pero comparado con el tiempo que pasas viendo la televisión (o en Internet) este tiempo no significa nada.

D) ¿Cómo mejorar el desempeño académico?

(Detectar y corregir los siguientes problemas):

1. Las tareas; ¿Falla para acabarlas o entregarlas?
2. ¿Hay problemas por el manejo de la organización-tiempo?
3. En los exámenes ¿Hay preparación deficiente? o ¿mal entrenamiento para resolverlos?
4. La atención en clase, ¿Hay problemas por la toma de notas?
5. ¿Está bien manejado para resolver los problemas de aprendizaje?
6. ¿Cómo participa en la clase y que conducta tiene?

E) Cómo mejorar el desempeño de las tareas en casa:

1. Conocer las materias escolares y traer a casa los materiales adecuados (la famosa libreta de tareas).
2. Un horario específico para las tareas (v.g. domingo a jueves 6 a 8 PM)
3. Plan diario para organizar la tarea.
4. Horario regular de medicación.
5. Vigilancia por los maestros que reportan cuando no cumple sus tareas.
6. Recompensas: Premios por hacer bien la tarea.
7. Los padres vigilan la tarea (¿Están los padres en casa?)
8. Educarlo a que la tarea no es un castigo.

F) ¿Porqué fallan en los exámenes los sujetos con DATH? Detectar el problema y corregirlo.

1. No entienden el material que se les presenta.
2. El tiempo de estudio es insuficiente.
3. No sabe cómo estudiar para los diferentes tipos de pruebas.
4. Malas técnicas de memorización.
5. Deficiencias en la lectura-escritura.
6. Dificultad para mantener la atención durante la prueba.
7. Hace la prueba aprisa con urgencia impulsiva por lo que no lee adecuadamente las instrucciones.
8. Ansiedad por los exámenes.

C. TECNICAS COGNITIVAS

C1. Entrenamiento en Autoinstrucciones

En los años setenta, Meichembaun y Goodman (1971, citados por Moreno, 1995) propusieron un método para enseñar a los niños con DATH estrategias cognitivas que les permitieran hacer frente con éxito a las tareas escolares y a aquellas situaciones en las que se les exige control de los comportamientos.

Este método supone básicamente que los niños con DATH tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se requieren para ejecutar satisfactoriamente las tareas escolares. Por tanto, se considera que sus perturbaciones y comportamientos alterados son secundarios a las deficiencias cognitivas que les caracterizan. Por lo tanto, la persona que lleve a cabo una intervención de tipo cognitivo ha de enseñar tanto los ejercicios específicos para aumentar la concentración y mejorar el recuerdo como instrucciones adicionales de tipo metacognitivo. Pensamientos o verbalizaciones del tipo «a ver, ¿que estoy haciendo?», «¿que me toca hacer ahora?», o bien «lo estoy haciendo bien», «cuando acabe esto me tomo un bombón» son muy útiles para focalizar la atención y mantenerla. (López y García, 1997)

El *Entrenamiento en Autoinstrucciones* consiste en modificar las verbalizaciones internas que un sujeto emplea cuando realiza cualquier tarea y sustituirlas por verbalizaciones que son apropiadas para lograr su éxito. Se trata, por tanto, de modificar las instrucciones encubiertas con el objetivo de alterar positivamente el comportamiento manifiesto. (Moreno, 1995)

La autora entiende que con este procedimiento, el terapeuta enseña al niño una estrategia general, que si bien al principio está centrada en la realización de tareas escolares, una vez aprendida el niño puede emplearla para resolver otros problemas y hacer frente a sus fracasos en la vida diaria; de este modo, el individuo puede controlar su conducta en diferentes situaciones y contextos.

Según Meichembaun y Goodman (1971, citados por Moreno, 1995) el objetivo de la técnica no es enseñar al niño qué tiene que pensar, sino cómo ha de hacerlo. Así pues, el método consiste en aprender un modo apropiado, una estrategia para resolver los fracasos y hacer frente a nuevas demandas ambientales.

Los antecedentes de este procedimiento se basan en las estrategias cognitivas que intervienen en las conductas de autocontrol manifestadas por los niños en tareas que requieren retraso de las recompensas, demora de las gratificaciones y resistencia a la tentación, estos fundamentos conceptuales proceden de las aportaciones de los psicólogos soviéticos que destacaron la importancia de las verbalizaciones internas en el control del comportamiento motor de los niños.

Así, Luria (1989) separa las tres fases a través de las cuales el comportamiento es regulado por el lenguaje interno. En la primera fase, las instrucciones y órdenes de los adultos dirigen y controlan, es decir, inician e inhiben la conducta infantil. En la segunda fase, el comportamiento del niño está regulado por las instrucciones que él mismo se da en voz alta. Por último, en la tercera fase, el propio lenguaje interno encubierto del niño guía su actuación.

El *Entrenamiento en Autoinstrucciones* se desarrolla en cinco fases o pasos. Moreno (1995) menciona los siguientes:

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 internas, privadas (*Autoinstrucción Encubierta*).

Este procedimiento se ha aplicado a los niños hiperactivos cuando han de resolver tareas sensoriomotoras de complejidad diversa y habituales en el ámbito escolar, como, por ejemplo, copiar dibujos y colorear figuras. El entrenamiento comienza con la actuación del terapeuta, que se dice a sí mismo lo siguiente:

«Bien. ¿Qué es lo que tengo que hacer? Tengo que copiar el dibujo con sus diferentes líneas. Tengo que hacerlo despacio y con cuidado. Bien, trazar una línea hacia abajo, bueno; y luego a la derecha, eso es; ahora hacia abajo un poco más y hacia la izquierda, lo estoy haciendo bastante bien. Recuerda: he de ir despacio. Ahora hacia arriba otra vez. No, creí que debía bajar. Bueno, no pasa nada, sólo tengo que borrar la línea con cuidado.... Aunque cometa un error puedo seguir haciéndolo despacio y con cuidado. Ahora tengo que bajar... Acabé. ¡Lo hice!» (Meichenbaun y Goodman, 1971, página 177, citados por Moreno, 1995).

Así pues, a partir de este texto podemos comprobar que las habilidades que el terapeuta enseña al niño cuando ejecuta la tarea incluyen, además de estrategias para resolver el problema, habilidades de autocorrección de errores y de autorreforzamiento, veamos el siguiente cuadro:

*Entrenamiento en Autoinstrucciones:
Fases y habilidades a enseñar.
(Moreno, 1995)*

FASES DEL ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES	HABILIDADES MODELADAS POR EL TERAPEUTA
Modelado cognitivo.	Definición del problema (¿Qué es lo que tengo que hacer?)
Guía externa manifiesta.	Guía de la respuesta (¿Cómo tengo que hacerlo?... Con cuidado, dibuja la línea hacia abajo...)
Autoinstrucción manifiesta.	Autorrefuerzo (Lo estoy haciendo bastante bien.)
Autoinstrucción manifiesta atenuada.	Autoevaluación y autocorrección (Esto va bien... Incluso si cometo un error puedo continuar...)
Autoinstrucción encubierta.	

Desde los primeros trabajos, el *Entrenamiento en Autoinstrucciones* se aplica con éxito en distintos problemas infantiles. Como resultado de tales aplicaciones se han delimitado algunos aspectos que facilitan y contribuyen a incrementar su eficacia. Son los siguientes:

1. Adaptar el procedimiento a las características de los pacientes. Cuando se trata de niños es conveniente aprovechar las circunstancias de los juegos infantiles para enseñar y modelar el hablarse a sí mismo.
2. Enseñar la técnica mediante modelado, aunque también se han empleado cómics y manuales de entrenamiento.
3. Plantear el entrenamiento en tareas que tengan atractivo y motiven al niño.
4. Adecuar el ritmo del programa a la evolución del niño, teniendo en cuenta que las instrucciones deben ajustarse a su lenguaje habitual. Esto significa que el terapeuta ha de ser flexible en el tipo de verbalizaciones que emplee.
5. Fomentar la práctica del entrenamiento en imaginación.
6. Estimular el uso de autoverbalizaciones para controlar el propio comportamiento en situaciones variadas y distintas con el objetivo de favorecer la generalización del aprendizaje.
7. Apoyar el entrenamiento en métodos operantes, reforzamiento, coste de respuesta, etc.
8. Asegurar la implicación del niño en el aprendizaje. En relación con este aspecto, algunos autores señalan que el éxito del entrenamiento depende del nivel cultural del paciente y de características personales como motivación y expectativas de autoeficacia, etc.

9. El entrenamiento debe realizarse en diferentes contextos y con distintas tareas de dificultad creciente. Es aconsejable entrenar a los padres y maestros para que pongan en práctica el método en el ambiente natural.
10. Además de las cuestiones anteriores, también se han mostrado relevantes, de cara a la efectividad del método, los aspectos cuantitativos implicados en el mismo, especialmente frecuencia, duración y secuencia de las sesiones de tratamiento.

En cuanto a la eficacia del procedimiento, Moreno (1995) indica que los distintos trabajos publicados sobre tratamiento de niños impulsivos e hiperactivos han demostrado que el *Entrenamiento en Autoinstrucciones* es eficaz para modificar las estrategias cognitivas, al menos en tareas sensoriomotoras. Sin embargo, los resultados no son concluyentes cuando se ha evaluado el rendimiento académico. Al parecer, este método no modifica significativamente las conductas sociales alteradas y existen serias dudas acerca de que la estrategia aprendida se generalice y emplee para resolver tareas de la vida real.

C2. Control del Aprendizaje Corporal

Otro aspecto muy importante en el programa de intervención es el aprendizaje corporal. Díaz del Guante y Mávila, (1993) recopilan las investigaciones que se han desarrollado al respecto, ambos autores explican que los niños con DATH carecen del conocimiento de sus propias acciones corporales. No es raro que al instruir al niño a formarse en línea recta continúe balanceando sus pies hacia adelante y hacia atrás, mientras ejecuta la orden. La advertencia del maestro "¡párate bien!" por lo regular es ignorada por el sujeto quien de hecho desconoce lo que está haciendo en forma motora. Esto nos lleva a plantear la administración de un programa destinado a incrementar el conocimiento de su conducta motora.

Entre los procedimientos usados para lograr tal fin se encuentra el entrenamiento en relajación, la biofeedback, el control de la respiración y el aumento del conocimiento corporal (Fine, 1977, citado por Díaz del Guante y Mávila, 1993).

Simpson y Nelson (1974, citados por Díaz del Guante y Mávila, 1993) al ayudar a un grupo de niños hiperactivos para desarrollar el autocontrol de conductas motoras y mantener la atención en algunas tareas de aprendizaje, los entrenaron mediante la biofeedback en patrones de respiración, hasta que llegaron a conocer la forma como se estaban respirando.

Por otro lado, los procedimientos de biofeedback han sido limitados y reportan resultados confusos. Braud y cols. (1975, citados por Díaz del Guante y Mávila, 1993) al observar un niño hiperactivo de 6 años reportaron cambios positivos en la reducción y la tensión muscular, así como las estimaciones conductuales de los padres y maestros y del aprovechamiento académico resultante de administrar el entrenamiento electromiográfico.

El Dr. Dobbins de la Universidad de Houston (1979 citado por Díaz del Guante y Mávil, 1993) observó el efecto del entrenamiento de retroalimentación (EMG) sobre un grupo de niños hiperactivos y otros sujetos normales. Los primeros mostraron un electromiograma frontal de voltaje más elevado sobre la condición preprueba (3.37 Mv para los niños experimentales y 2.44 Mv para los controles $p = .01$) y también puntajes elevados sobre una escala de estimación evaluada por los padres. Durante el periodo experimental los niños hiperactivos redujeron el nivel EMG frontal, pues se alcanzó un valor de 1.06 Mv que fue diferente—a la condición pre-entrenamiento, $p = .01$; sin embargo el entrenamiento fracasó para mejorar sus promedios en la escala de estimación; sobre la prueba de Bender y en la de los dígitos apareados.

En este estudio los registros electroencefalográficos mostraron cambios significativos en la condición post-entrenamiento EMG, ya que la sincronía interhemisférica se incrementó en la corteza occipital y frontal, y pareció relacionarse a la mejora de la hiperactividad. Sin embargo cabe hacer mención que el Dr. Dobbins fue incapaz de encontrar diferencias entre la bioalimentación EMG más la relajación y la relajación sola, lo que hace suponer que otros factores extraños al procedimiento causaron los cambios electroencefalográficos que se relacionaron al comportamiento mejorado de estos niños. (Díaz del Guante y Mávil, 1993)

D. MANEJO POR PARTE DE LA FAMILIA

Días del Guante y Mávil, (1993) consideran que es vital que toda la familia conozca o esté enterada acerca de los problemas que crea un niño con DATH, para que contribuya con el tratamiento de manejo necesario. El terapeuta debe exponer y delinear en presencia de la familia incluyendo al niño los planes y hallazgos para la intervención conductual y asumir una posición de apoyo para que la familia se convenza de que él:

- No culpa a nadie.
- Informa que el tratamiento será prolongado.
- Que la medicación colaborará a resolver el problema.
- Que el niño no presenta el DATH porque él lo desee, sino que posee un sistema nervioso más activo.
- Se espera que el niño con DATH comprenda las consecuencias de su comportamiento y aprenda a ganarse sus privilegios.
- La familia está en mejor posición que el médico para prevenir situaciones dañinas y localizar sustitutos favorables.
- Propone explotar los recursos de que se dispone para sobreponerse a una deficiencia.

- Se desea la colaboración de todos.
- Afirma continuará siendo el terapeuta del niño dispuesto a toda consulta y verlo en periodos regulares.

Como ayuda complementaria, Puente et al, (1979) recomiendan el empleo de terapia familiar, sobre todo en aquellos casos en que existe problemática importante entre sus parientes. La formación de grupos de padres con problemas afines, es recomendable. Bajo la supervisión y guía del psiquiatra o del psicólogo puede hacerse discusión de casos con intercambio de experiencias que hayan demostrado en la práctica su eficacia.

Un ejemplo de la influencia de la dinámica familiar en la conducta que el niño presenta en el salón de clases nos lo proporciona Margalit y Almougy (1991, citados por Beltrán y Torres, 1999) quienes intentaron identificar los diferentes tipos de dificultades del aprendizaje que presentan los niños con DATH, a través de la observación de su conducta en el salón de clases y de su relación con el clima familiar en 4 grupos de estudiantes cuyas edades fluctuaban entre los 7 y los 10 años, en los resultados encontraron que: 22 sujetos presentaban dificultades en el aprendizaje con DATH; 22 eran no DATH pero que sí tenían dificultades en el aprendizaje; 20 no tenían problemas de aprendizaje pero sí DATH y, 20 no presentaban ninguna clase de problemas. Se aplicó un inventario de conducta en el salón de clases y una escala que midió el ambiente familiar. Se observó una alta distractibilidad y hostilidad en los alumnos con DATH en comparación con los grupos con dificultades en el aprendizaje. Las familias de los niños con DATH mostraron ser menos pacientes y tolerantes y tener menos control sobre ellos. Ambos grupos con dificultades en el aprendizaje mostraron tener relaciones interpersonales más dependientes y más conflictos intrafamiliares.

Los resultados de esta investigación nos advierte sobre ciertas dinámicas familiares que es preciso extirparlas lo antes posible. Por lo tanto, es menester que los padres comprendan cabalmente la problemática del niño, una vez concretado este paso tan importante, ha llegado entonces el momento de implementar un programa de instrucción a los padres, los objetivos principales se exponen brevemente en la obra de van-Wielink (2000), dicho autor expone la importancia de mantener una supervisión y estructura adecuadas en el hogar, a pesar de ser una actividad que requiere una energía extra de los padres. De igual manera, deben existir reglas, que el niño debe obedecer "fuera de la casa", y se le debe explicar cómo comportarse en la comunidad.

Cuando el niño esté fuera de la casa los padres deben preguntarse: ¿Con quién está su hijo?, ¿Que está haciendo?, ¿A qué horas regresará a casa? Es necesario predecir las situaciones conflictivas y evitarlas. Por ejemplo si se sabe de antemano que el adolescente no llegará a la hora indicada de una fiesta se le explican con anticipación las consecuencias: "no sales el sábado si llegas de la fiesta más tarde de las 2:00 AM".

Los padres deben establecer las reglas y los requisitos mínimos indispensables de comportamiento en la casa, y reforzarlos constantemente. En otras palabras, esto implica que los niños se deben someter a disciplina en el hogar. Se debe establecer cuáles temas están abiertos a discusión y cuales no lo están. Los temas que se deben analizar incluyen a las drogas de abuso, alcohol, sexualidad, religión, urbanidad, hábitos higiénicos, malas palabras entre otros.

Los padres pueden negociar todas las reglas que no son requisitos mínimos de comportamiento. Es una medida inteligente involucrar a los adolescentes en la creación de las reglas que se van a establecer ya que las siguen con más facilidad si ellos han ayudado a crearlas. Se puede aprovechar esto para enseñarlos a resolver problemas por sí mismos. Un ejemplo sería, "te toca recoger tu cuarto diariamente pero yo lo puedo hacer tal día y tú a cambio que haces?" o bien "¿qué propones?"

Se deben usar las consecuencias de sus acciones y los castigos con sabiduría:

1. Dar al niño una retroalimentación y un castigo inmediato a su acción. Los castigos o recompensas dados mucho después de la acción equivocada o acertada no son efectivas.
2. Dar al niño una retroalimentación más frecuente. Hay que indicarles de preferencia las acciones positivas (no las negativas) y reforzarlas.
3. Usar los incentivos antes que los castigos y no cansarse antes que ellos de ejercer la disciplina.
4. Actúa y no te quejes. No quejarse de lo que los niños no hacen o de lo que hacen mal, por el contrario buscar una solución positiva a este comportamiento.
5. Mantén buena comunicación con tu niño / adolescente, (Personaliza sus problemas y practica el perdón).

Hay que acostumbrarse a enfocar lo positivo y hacerlo fuerte. Los padres deben ser los principales "porristas" del niño. Deben animar al niño a que construya su carácter sobre sus fortalezas y no sobre sus debilidades. Se deben identificar los deportes, hobbies o actividades que les gustan y que les son adecuadas y fomentarlas.

Velasco (1980) retoma la obra de Careth Ellingson: *Tite Shadow Children* en donde señala una serie de recomendaciones para los padres, es importante citar este trabajo ya que la rutina, la consistencia y la forma de dar las órdenes son procesos muy difíciles de lograr dentro de la dinámica familiar, y aunque ya han sido mencionados, es necesario profundizar más sobre estas tres cuestiones, así pues, el autor indica lo siguiente:

1. La *rutina* es indispensable para sentar las bases de un cambio favorable en la conducta del niño. Una vida de orden y calma es conveniente; sólo en casos excepcionales se deben alterar los horarios establecidos para la hora de levantarse, las comidas, la tarea escolar, el juego, ver la televisión y para irse a dormir. El niño cumplirá con todas estas actividades a horas debidamente establecidas, según las necesidades del hogar, sin posibilidades de regateo o transgresiones de su parte. El consejo de establecer una rutina también es válido para otros aspectos como el de la constancia ambiental. Así, no se deben hacer cambios físicos (de distribución de muebles u otros enseres, por ejemplo) a menos que sea indispensable, y en este caso se hará participar al niño en esas tareas. El cambio frecuente y caprichoso de las normas que regulan la vida hogareña del pequeño contribuye, en gran parte, a la intensificación de toda la sintomatología.
2. la *consistencia* es recomendable como medida positiva. Dos aspectos a saber son: a) el que se refiere al apego a un orden previamente establecido, sin cambios de actitud por parte de los adultos según sus estados de ánimo, y b) el que alude a una "consistencia congruente" entre las disposiciones que establecen tanto el padre como la madre. Resulta tan malo cambiar de una prohibición a un permiso según el "humor" momentáneo de quien ejerce la autoridad (desorientando aún más al niño), como una discrepancia entre lo que ha de prohibirse y permitirse cuando intervienen dos o más autoridades. El frecuente error de que uno castiga lo que el otro permite y aun estimula, tiene mayor gravedad en el caso que nos ocupa; además, debe establecerse una jerarquización de las faltas a las reglas fijadas en el hogar. Muchos padres, en el exceso de la confusión provocada por la conducta impredecible del niño, fallan al calificar lo que es trivial e intrascendente y lo que es grave y debe castigarse con severidad.
3. Las órdenes e instrucciones *deben darse una sola vez y en forma directa*. Con niños comunes, una disposición tan simple como la de lavarse las manos, será exitosa dándose del siguiente modo: "Hijito, ve a lavarte tus manitas porque ya es hora de comer... te he preparado tu platillo favorito y tu papá está por llegar... etc." En cambio, en el caso del niño con DATH lo más operante sería decir algo como esto: "¡A lavarse las manos!", sin que, por supuesto, tenga que emplearse un tono agresivo, ni haya que adoptarse una actitud dictatorial. Lo que debe quedar claro es que al niño no le debe quedar más opción que la de obedecer la orden, con el mínimo de tensión, sobre todo cuando se trata de una disposición cuyo cumplimiento no le resulta agradable. No importa qué juguete escoja para divertirse, ni si prefiere colorear un dibujo; sin embargo, no podrá escoger entre bañarse o no bañarse

cuando su madre ordene hacerlo. Los padres ayudarán al niño si de cuando en cuando, procuran darle ciertas órdenes y hacerle encargos sobre acciones que él puede cumplir con éxito. Un reemplazo de sus fallos académicos por éxitos estimulantes en otras áreas del comportamiento, puede significar el alcance de un sentimiento de unión con los demás y la certeza de que puede participar en tareas específicas, sobre todo si éstas se refieren a su participación responsable en acciones colectivas. Por lo demás, no resulta difícil a los padres comprobar cuáles son las tareas que mejor realiza el niño, a fin de estimularlas y procurar su repetición. Esto no quiere decir que sólo estas órdenes se darán, pero resulta muy conveniente intercalarlas con las que representan para el niño un éxito menos probable.

E. MANEJO EN LA ESCUELA

van-Wielink (2000) advierte que en una muestra normal de 20 niños existe un alumno con DATH de manera que todo maestro debe estar preparado para conocer el padecimiento y su manejo. Es en la escuela donde el niño puede pasar los peores o los mejores momentos de su DATH y la responsabilidad de esto cae sobre el maestro. De modo que no hay cabida a la ignorancia del problema por el magisterio.

Los psicólogos tenemos que estar conscientes y sensibilizados sobre la situación antes expuesta ya que el tratamiento integral abarca ineludiblemente a la escuela Primaria y Secundaria. Por estas razones es importante incluir dentro de los objetivos de este informe de Servicio Social un catálogo de sugerencias terapéuticas que el profesor puede implementar dentro del aula.

Puente et al, (1979) sugieren las siguientes estrategias para facilitar el manejo del niño en el ambiente escolar, éstas son:

- 1.- Desde la etapa preescolar se puede iniciar el entrenamiento de estos niños en los llamados Grupos de Maduración, donde recibirán estimulación motora, perceptual, del lenguaje, etc., capacitándolos para iniciar en condiciones de igualdad o por lo menos sin una desventaja manifiesta, el ciclo primario.
- 2.- Existen 2 corrientes en relación a las estrategias de enseñanza. Una propone que se enfoque la educación a la superación de las anomalías subyacentes a los trastornos de aprendizaje: deficiencias perceptuales, motoras, del lenguaje, de las capacidades de planeación, abstracción, conceptualización, etc. La otra dirige sus esfuerzos educativos a la superación de fallas específicas en lectura, escritura, cálculo, etc. Cualquiera que sea el camino que se seleccione, los mejores logros se obtendrán mientras más temprano se inicie el entrenamiento.
- 3.- Si el niño no tiene oportunidad de recibir una educación especial, su aprovechamiento en una escuela común puede mejorarse con algunas de las siguientes recomendaciones:

- Siempre que sea posible el niño debe asistir a grupos pequeños.
- En el salón de clases debe haber pocos estímulos, para que el niño no se distraiga.
- Da buenos resultados que el niño se siente en las primeras filas y un poco separado del resto de sus compañeros.
- Deben evitarse correcciones y castigos humillantes frente a sus compañeros y no permitirles a estos que se burlen o abusen del niño.
- También debe procurarse un mejor entendimiento con sus compañeros y que se integre a trabajos de equipo.

Finalmente, Hallowell y Ratey, (1992) afirman que el tratamiento para el DATH sigue siendo una tarea de mucho trabajo y mucha devoción. Sobre todo no hay una solución fácil para el manejo del DATH en el salón de clases, o en la casa. Después de todo, la efectividad de cualquier tratamiento para este trastorno en la escuela depende del conocimiento y la persistencia del maestro. Las siguientes sugerencias están dirigidas a maestros que enseñan niños de cualquier edad. Algunas serán obviamente más apropiadas para niños más pequeños, otras para mayores, pero los temas sobre estructura, educación y motivación se refieren a todos.

50 recomendaciones:

- 1) Ante todo, asegúrese de que lo que está enfrentando es realmente DATH. Definitivamente, no le toca a los maestros hacer el diagnóstico del DATH, pero usted puede y debe hacerse preguntas. Específicamente, de que alguien haya examinado la visión y la audición del niño recientemente, y asegúrese de que otros problemas médicos hayan sido descartados. Asegúrese de que una buena evaluación haya sido hecha. Manténgase cuestionando hasta que esté convencido. La responsabilidad de velar por todo esto es de los padres, no del maestro, pero éste puede enriquecer el proceso.
- 2) Edifique su apoyo. Ser maestro en un salón de clases donde hay dos o tres niños con DATH puede ser extremadamente agotador. Asegúrese de tener el apoyo de la escuela y de los padres. Asegúrese de que haya una persona conocedora del tema con quien pueda consultar cuando tenga un problema de este tipo (especialista en aprendizaje, psicopedagogo, psiquiatra infantil, trabajador social, psicólogo escolar, pediatra) el título de esa persona no es realmente lo que interesa. Lo que interesa es que sepa mucho del DATH, que haya visto muchos niños con DATH, sepa mucho acerca del manejo en el salón y pueda hablar con propiedad. Asegúrese de que los padres estén trabajando con usted. Asegúrese de que sus colegas puedan ayudarle.
- 3) Conozca sus limitaciones. No tema pedir ayuda. Usted, como maestro, no puede pretender ser un experto en DATH. Debe sentirse bien al solicitar ayuda cuando siente que la necesita.

- 4) Pregúntele al niño cómo puede ayudarlo. Estos niños son a menudo muy intuitivos. Ellos pueden decirle a usted cómo pueden aprender mejor si usted se lo pregunta. Frecuentemente, ellos se sienten demasiado comprometidos para dar esta información espontáneamente, porque esto les puede parecer más bien excéntrico. Pero trate de sentarse con el niño individualmente y pregúntele cómo aprende mejor. Lejos de ser "el experto" quien diga cómo el niño aprende, es el propio niño quien lo sabe. Es sorprendente cómo a menudo sus opiniones son ignoradas. Además, especialmente con los niños mayores, asegúrese de que ellos entienden lo que es el DATH. Esto les ayudará mucho a ambos.
- 5) Recuerde que los niños con DATH necesitan estructura. Su ambiente debe estructurar lo que ellos no pueden estructurar internamente por sí mismos. Haga listas. Los niños con DATH se benefician grandemente de tener una lista o tabla como referencia cuando se pierden en lo que deberían hacer. Ellos necesitan "recordatorios". Necesitan previsiones. Necesitan límites.
- 6) Recuerde la parte emocional del aprendizaje. Estos niños necesitan ayuda especial para buscar una diversión en la clase. Control, en vez de una actitud frustrante; excitación, en vez de aburrimiento o terror. Es esencial poner atención a las emociones involucradas en el proceso de aprendizaje.
- 7) Después de las reglas: haga que ellos las escriban y las entiendan. Estos niños establecen su confianza en la medida en que saben qué se espera de ellos.
- 8) Repita instrucciones. Escriba instrucciones. Diga instrucciones. Repita instrucciones. La gente con DATH necesita oír las cosas más de una vez.
- 9) Haga contacto visual frecuentemente. Una mirada puede recuperar a un niño cuando está soñando despierto o puede darle permiso para hacer preguntas o tan sólo darle la confianza del silencio.
- 10) Siente al niño con DATH cerca de su escritorio o en cualquier parte donde usted esté la mayor parte del tiempo. Esto le ayuda a alejarlo de la corriente que tanto atormenta a estos niños.
- 11) Establezca límites. Esto es una forma de contener y soltar sin castigar. Hágalo de forma consistente, predecible, oportuna y planificada. No entre en discusiones o justificaciones complicadas como los abogados. Tome el control.
- 12) Haga un calendario de actividades tan predecible como sea posible. Colóquelo en el pizarrón o en el pupitre del niño. Refiérase a él frecuentemente. Si usted va a hacerle alguna modificación, dé una gran cantidad de advertencias y preparaciones. Las transiciones y los cambios inadvertidos son muy difíciles para estos niños; se tornan confusos y alterados. Tenga especial cuidado en preparar las transiciones en la medida en que se aproximan.
- 13) Trate de ayudar a los niños a hacer sus propios calendarios de actividades para después de la escuela, en un esfuerzo por evitar uno de los marcadores más importantes del DATH: postergar, dejar para después.

- 14) Elimine o reduzca la frecuencia de las pruebas o evaluaciones con límites de tiempo. No hay un gran valor educativo en estas pruebas, y ellas definitivamente no permiten que muchos niños con DATH demuestren lo que realmente saben.
- 15) Permita válvulas de escape tales como salirse de clase por un momento. Si esto puede acoplarse a las reglas del salón, permita al niño salir del salón en vez de huir del salón, y así dejarlo aprender una nueva herramienta tan importante como es la auto-observación y auto modulación.
- 16) Vaya por la calidad de las tareas más que por la cantidad. Los niños con DATH frecuentemente necesitan una carga reducida. A medida que ellos van aprendiendo los conceptos esto se les debería permitir. Ellos invertirán la misma cantidad de tiempo de estudio, sólo se trata de no abrumarlos con más de lo que ellos pueden manejar.
- 17) Monitoree los progresos frecuentemente. Los niños con DATH se benefician enormemente de "feed-back" frecuentes. Los mantiene en el camino, déjelos saber qué se espera de ellos y si ellos están alcanzando sus metas, puede ser muy alentador.
- 18) Divida las actividades largas en varias actividades cortas. Esta es una de las técnicas cruciales entre todas las técnicas de enseñanza para niños con DATH, las actividades largas rápidamente agotan al niño y él regresará al tipo de respuesta emocional anterior: "yo nunca seré capaz de hacer esto". Dividiendo el trabajo en partes más manejables, cada componente luce suficientemente pequeño para ser realizado, el niño puede dejar de lado la sensación de estar agotado. En general, estos niños, pueden hacer más de lo que ellos mismos piensan. Dividiendo los trabajos, el maestro puede dejar al niño que pruebe esto por sí mismo. Con los niños pequeños esto puede ser extremadamente importante para evitar "el nacimiento de las rabietas" que son las primeras bases de la frustración anticipada. Y con niños mayores puede ayudarlos a evitar las actitudes de derrota, que se presentan tan frecuentemente en su camino. Esto también sirve de ayuda para muchas otras cosas.
- 19) Sea juguetón, haga bromas, no sea convencional, sea llamativo. Introduzca innovaciones diarias. La gente con DATH ama las innovaciones. Ellos aman jugar. Y por encima de todo ellos odian estar aburridos. Gran parte de su tratamiento involucra cosas aburridas, como estructura, calendarios, listas y normas. Usted debe mostrarles que esas cosas no tienen que ir de la mano con ser una persona aburrida, o una clase aburrida.
- 20) Sin embargo, cuide de no sobreestimar. Los niños con DATH pueden hervir. Usted tiene que ser capaz de reducir el calor en un instante. La mejor manera de lidiar con el caos en un salón de clases es, en primer lugar, prevenirlo.
- 21) Busque y subraye el éxito tanto como sea posible. Estos niños viven con tantas fallas que ellos necesitan todo el empuje positivo. Estos niños necesitan y se benefician de los elogios y la premiación. Frecuentemente el aspecto más devastador de estos niños no es el DATH en sí, sino el daño secundario hecho a la autoestima.

- 22) La memoria es frecuentemente un problema en estos niños. Enséñeles pequeños trucos, como mnemotecnias, flashcards, etc. Ellos frecuentemente tienen problemas con lo que Mel Levine llamó "memoria de trabajo activa", que podríamos decir es el espacio disponible en el escritorio de tu mente. Cualquier truco que puedas divisar - claves, ritmos, códigos y similares- pueden ayudar enormemente a aumentar la memoria.
- 23) Use esquemas. Enseñe a esquematizar, enseñe a subrayar. Esta técnicas no son fáciles para los niños con DATH, pero una vez que ellos las aprenden, pueden ayudarlos enormemente a estructurar y darle forma a lo que está siendo aprendido. Estas ayudas le dan al niño la sensación de dominio durante el proceso de aprendizaje.
- 24) Anuncie lo que va a decir antes de decirlo. Dígalo. Luego diga lo que usted ha dicho. Ya que muchos niños con DATH aprenden mejor visualmente que por medio de la voz, si puede escribir lo que va a decir así como lo que está diciendo, puede ser de mayor utilidad. Esta forma de estructurar sirve como una pega que pone las ideas en su sitio.
- 25) Simplifique las instrucciones. Simplifique las posibilidades de elecciones. Simplifique mediante uso de calendarios. Cuanto más simple sea el lenguaje, mayor la posibilidad de ser comprendido. Pero diga las cosas de manera que llamen la atención y explíquelas de varias maneras diferentes.
- 26) Use el "feedback" que ayude a los niños a hacerse auto-observadores. Ellos no tienen idea de cómo se encuentran o cómo se han estado comportando. Trate de darle esta información de forma constructiva. Haga preguntas como: ¿sabes lo que acabas de hacer? ¿cómo crees tú que pudieras haber dicho eso en forma diferente? ¿por qué crees que aquella niña se ve triste cuando tú dices lo que estás diciendo?
- 27) Exprésese en forma clara y determinante.
- 28) Un sistema de bonificación con puntos es una posibilidad como parte de una modificación conductual o un sistema de recompensa para los más pequeños. Los niños con DATH responden bien a recompensas e incentivos. Muchos de ellos son poco emprendedores.
- 29) Si el niño tiene problemas para descifrar las pistas sociales (lenguaje corporal, tono de la voz, etc) trate discretamente de ofrecerle advertencias claras y específicas como una especie de "coach social". Por ejemplo, decir: "antes de que cuentes tu historia pídele a otra persona que cuente la suya primero" o "mira a las personas cuando están hablando". Muchos niños con DATH son vistos como indiferentes y egoístas, cuando en realidad no han aprendido cómo interactuar. Estas habilidades no las adquieren todos estos niños, pero unos podrán aprenderlas y otros captarán las señas del "coach social".
- 30) Enseñe destrezas para resolver exámenes.
- 31) Haga juegos de las cosas. La motivación mejora el DATH.

- 32) Separe parejas y tríos, incluso grupos completos, que no funcionan bien juntos. Usted debe intentar muchos cambios.
- 33) Ponga atención a los vínculos. Estos muchachos necesitan sentirse unidos, conectados. A medida que ellos sienten ese vínculo, se sentirán motivados, conectados y menos desentendidos.
- 34) En lo posible, dele responsabilidades a los niños.
- 35) Intente tener un cuaderno de comunicación hogar-escuela-hogar. Esto realmente puede ayudar con la comunicación cotidiana entre maestros y padres y puede evitar la crisis de las reuniones. También contribuye con el "feedback" que estos niños necesitan.
- 36) Intente usar reportes diarios sobre los progresos.
- 37) Incentive para crear una estructura para el auto-reporte, auto-monitoreo. Unos breves intercambios al final de la clase pueden ayudar con esto. También considere el uso de cronómetros, timbres, etc.
- 38) Estos niños necesitan saber por adelantado lo que está por venir, de tal manera que ellos puedan prepararse internamente.
- 39) Premie, apruebe, estimule, alimente.
- 40) Respecto a los niños mayores, hágalos escribir notas para ellos mismos para que recuerden sus preguntas. En esencia, ellos no sólo están tomando notas de lo que se les está diciendo, sino que también están pensando. Esto los ayudará a oír y comprender mejor.
- 41) La escritura a mano es difícil para muchos de estos niños. Considere el desarrollo de alternativas. Aprenda y enseñe a usar un teclado. Haga dictados. Administre pruebas orales.
- 42) Sea como el director de una sinfonía. Atrape la atención de la orquesta antes de comenzar (puede usar el silencio, o los golpecitos de tu batuta para hacer esto). Mantenga la clase atenta señalando a diferentes partes del salón cuando necesite su ayuda.
- 43) Siempre que sea posible, trate de que cada niño tenga un compañero en cada proyecto, con teléfono.
- 44) Explique y dele la connotación de normalidad al tratamiento que el niño recibe, para evitar estigmas.
- 45) Reúnase con los padres a menudo. Evite el patrón de reunirse únicamente en momentos de problemas o crisis.
- 46) Promueva la lectura en voz alta en la casa. En clases, lea en voz alta tanto como sea posible. Lea cuentos. Ayude al niño a adquirir la capacidad de permanecer en un tópico.
- 47) Repita, repita, repita.

- 48) Ejercicio. Uno de los mejores tratamientos para DATH, tanto en niños como en adultos, es el ejercicio, preferiblemente vigoroso. El ejercicio ayuda a gastar el exceso de energía, ayuda a enfocar la atención, estimula ciertas hormonas y neurotransmisores que son beneficiosos en estos casos, y es divertido. Asegúrese de que sea divertido, así el niño lo seguirá haciendo el resto de su vida.
- 49) Con los niños mayores, haga hincapié en la preparación previa al comienzo de las clases. Cuanto mejor sea la idea de lo que se va a discutir en clase, mayor será la posibilidad de que el niño maneje en clase el material con seguridad.
- 50) Siempre esté en la búsqueda de momentos de brillantez. Estos niños son más talentosos y dotados de lo que generalmente parecen. Ellos están llenos de creatividad, juegos, espontaneidad y buen humor. Ellos tienden a ser de espíritu generoso, y agradecen que los ayuden. Estos niños generalmente tienen "algo especial" que los hace destacar donde quiera que se encuentren.

F. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

F1. Objetivo de la Terapia Farmacológica.

El objetivo fundamental es proporcionar al niño las condiciones adecuadas para su pronta reeducación e inserción satisfactoria a todas las esferas sociales en las que se desempeña el mismo. La administración del medicamento impacta directamente en los sistemas neurofuncionales regulados por neurotransmisores específicos. La variedad de medicamentos es profusa y por ende, la prescripción del medicamento específico es responsabilidad del psiquiatra, este especialista debe tener experiencia y conocimiento en el manejo de los psicofármacos, sobre todo en la dosificación y los efectos colaterales.

Por otro lado, Tallis, (1982) advierte que el comprimido no es "milagroso", esto quiere decir, que si bien se puede considerar al tratamiento farmacológico como la base del tratamiento integral, no se debe dejar de lado el tratamiento psicológico. Esto se señala por que algunos padres suponen que con la administración del medicamento el niño "cambiará" completa e inmediatamente (se portará bien, sacará las mejores notas escolares, será obediente, no dirá groserías, etc.), y al ver que no se generan estos cambios con la prontitud esperada, tienden a relajar la disciplina en cuanto a los horarios de las tomas o peor aún, suspenden la medicación. Evitar estas actitudes son parte fundamental del trabajo de sensibilización a los padres que ya ha sido mencionado, pero no está de más recordarlo en este apartado.

Fejerman, (1975 citado por Tallis, 1982) menciona que no existe una medicación "ideal", ya que no hay medicamentos que "hacen aprender". Las que se pueden administrar a estos niños, al disminuir la dispersión y la hiperactividad y mejorar la concentración, les "permite aprender" en mejores condiciones.

F2. Fármacos Empleados

Los fármacos utilizados con más frecuencia son: estimulantes (anfetaminas, metilfenidato, dimetilaminoetanol, pemolina Mg, fenozolona), mientras que los compuestos ansiolíticos y antipsicóticos (clordiazepóxico, thioridazina, clorpromazina y reserpina) y otros inhibidores (GABOB) constituyen recursos de segunda instancia, y los antidepresivos (imipramina, nialamida) y anticonvulsivantes (hidantoína, primidona, carbamazepina), de tercera instancia. (Tallis, 1982).

A continuación se describirán brevemente las principales categorías y tipos de medicamentos disponibles:

Estimulantes del SNC:

- a) *Anfetaminas*. Bradley, hace más de 40 años, descubrió su paradójico efecto calmante en los niños con conducta hiperactiva. Tallis (1982) encuentra que la información publicada sobre 610 pacientes tratados con dextroanfetamina refleja una mejoría en el 60% de los pacientes, empeoramiento en el 11 % y efectos tóxicos en el 12% de los casos. Estos efectos tóxicos pueden ser menores, como anorexia, irritabilidad, insomnio y gastralgias; pero la posibilidad del desarrollo de psicosis anfetamínicas y de cuadros de dependencia han limitado su uso.
- b) *Metilfenidato*. Para los autores norteamericanos es el medicamento de elección. El *metilfenidato* posee una vida media corta, por lo que conviene administrarlo en dos tomas (principio de la mañana y medio día). También se ha observado mejoría adicional en la conducta y en el rendimiento escolar. Tras varios decenios de utilización en miles de niños, no ha sido comunicado, ningún caso de adicción infanto-juvenil al metilfenidato, ni tampoco se ha comprobado alteración del crecimiento. En niños que sufren DATH más epilepsia, la toma de metilfenidato no altera la evolución de ésta, siempre que las crisis estén correctamente controladas con fármacos anticonvulsivos; en caso de que persistan episodios críticos a pesar del tratamiento específico, al añadir metilfenidato las crisis pueden aumentar su frecuencia, ya que dicho fármaco baja el dintel convulsivo; esto sería una contraindicación del metilfenidato y haría aconsejable ensayar la pemolina o los tricíclicos. Si coexisten tics, éstos pueden agravarse con el metilfenidato (por aumento de la actividad dopaminérgica) y en estos casos deberán usarse preferentemente los compuestos tricíclicos. En una revisión reportada por Tallis (1982) de 367 pacientes, se cita una mejoría en el 83%, efectos negativos en el 5% y toxicidad en el 14%. Los efectos secundarios son similares a los de las anfetaminas, aunque de menor intensidad; Calderón, (1990) menciona que dichos efectos secundarios son: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad. dolor

abdominal, cefalea, somnolencia, tristeza, ansiedad, estar muy lloroso, letargia y psicosis. Finalmente, se debe reconocer que el metilfenidato no resuelve los eventuales trastornos de aprendizaje asociados, pero el comportamiento más sosegado y atento del niño permite su adecuada cooperación con las terapias de reeducación y con las técnicas conductual-cognitivas; asimismo, los índices de autoconcepto y las capacidades de interacción social del sujeto mejoran significativamente.

- c) *Pemolina magnésica*. La *pemolina*, menos universalmente usada, produce unos efectos sobre la atención y la hipercinesia similares a los del metilfenidato, pero su vida media es más larga, aproximadamente de 12 horas. Page y cols, (1974, citados por Tallis, 1982) obtienen resultados beneficiosos en el tratamiento de 238 niños, observándose mejoría de la conducta y del rendimiento en tests psicológicos. Los efectos tóxicos incluyen insomnio, anorexia, dolores abdominales, inquietud y palpitaciones. También se ha observado que al igual que el metilfenidato, en raros casos puede desencadenar discinesias y, más frecuentemente, agravar los tics si se asocia el síndrome de Tourette.
- d) *Dimetilaminoetanol (Deaner)*. Se ha sugerido que su efecto de mejorar la atención se debería a un incremento en la liberación de la acetilcolina a nivel de las sinapsis centrales. En la revisión de Tallis (1982) se citan 239 pacientes, con una mejoría en el 47% y toxicidad en el 7% de la serie.

Tallis (1982) comenta que el uso de estimulantes es una terapia aceptada en el DATH, pero esto no implica que haya dejado de despertar recelos. Las objeciones fundamentales se refieren a sus efectos tóxicos y a la dependencia que respecto de la administración de la medicación se desarrolla en los padres y los niños. El medicamento debe prescribirse con indicación firme de necesidad; su administración debe ser cuidadosamente supervisada y deben tomarse las debidas precauciones para reconocer y controlar su toxicidad.

Tranquilizantes:

Tallis, (1982) cita los resultados sobre el uso de los tranquilizantes:

- a) *Clordiazepóxido (Librium)*. De 237 niños tratados mejoraron el 67%; se observaron efectos indeseables en el 18%.
- b) *Thioridazina (Meleril)*. De 308 niños tratados, mejoraron el 57%; se advirtieron efectos secundarios en el 20%.

Los tranquilizantes tienen un papel limitado en el manejo del niño con DATH. La tioridazina aparentemente es la más útil de las fenotiazinas, además es la menos tóxica de estos agentes. Los síntomas extrapiramidales son efectos secundarios adversos ocasionales. Existe evidencia de que el uso prolongado de las fenotiazinas tiene un efecto deletéreo sobre la función cognitiva. (Calderón, 1990)

Antidepresivos:

Los antidepresores tricíclicos tienen un efecto benéfico sobre la conducta de niños hiperactivos. La imipramina puede ser considerada como el fármaco de elección después de los agentes estimulantes. (Calderón, 1990) La imipramina (Tofranil) ha sido utilizada por Huessey y Wrigth (1970, citados por Tallis, 1982) en 52 niños; administraron dosis diarias de 12,5 mg a los pacientes de 3 a 5 años, y de 25 mg a los de más de 5 años. Observaron un 67% de mejorías, y suponen un mecanismo de acción, similar al de la anfetamina, sobre la norepinefrina central. Informan un 19% de efectos tóxicos, entre los cuales los más comunes son hipertensión, eczemas, trombocitopenia, irritabilidad y constipación.

Anticonvulsivantes:

En los Estados Unidos aproximadamente 750,000 niños reciben psicoestimulantes para el tratamiento del DATH; sin embargo, el 25% no responde a este tratamiento. En base a estos hechos Silva, Muñoz y Alpert (1996) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era evaluar los informes en la literatura internacional acerca de la eficacia de la carbamazepina (CBZ) en los niños con DATH por medio del meta-análisis. Una revisión de la literatura mundial llevada a cabo por los autores localizó 29 informes que trataron los problemas de conducta y nivel de actividad junto con la CBZ en los niños. De éstos, sólo 10 informes aportaron información suficiente o pertinente para el meta-análisis, de éstos, se encontraron en siete estudios resultados terapéuticos significativos (yendo de $p = .05$ a $.0001$). El Meta-análisis reveló una correlación positiva significativa ($r = .88$; $p < .02$) entre la duración de tratamiento y el resultado positivo.

Por otro lado, en tres estudios de doble persiana-placebo, se encontró una superioridad de la CBZ sobre el placebo de $p = .07$ a $.0001$. Un meta-análisis de estos tres estudios reveló que la CBZ era significativamente ($p = .018$) más eficaz que el placebo al controlar los síntomas. Por lo tanto, a pesar de la falta general de atención que la CBZ ha recibido para el tratamiento del DATH, hay evidencia preliminar que la CBZ puede ser un tratamiento eficaz en estos pacientes.

G. MANEJO DIETETICO

La evidencia de que algunos componentes de la dieta producen hiperactividad no es satisfactoria. En la mayoría de los estudios el efecto de la dieta en los resultados es realmente mínimo, ocasional, inconsistente o ausente. En general no se ha demostrado en forma concluyente la utilidad de la eliminación de salicilatos, preservativos, colorantes artificiales etc., de los alimentos, por lo cual no se justifica el empleo clínico de este tipo de dietas; sin embargo, no prescribirla nunca significa la posibilidad de quitar una oportunidad real, de ayudar a pocos niños. Calderón, (1990) recalca que en su práctica diaria no prescribe dieta alguna. Pero no antagoniza a los padres que por sí mismos han decidido utilizarla, orientando a aquellos que al obsesionarse en una dieta caen en

realidad en un círculo vicioso efectuando restricciones cada vez más complicadas y dejando de utilizar además otras fuentes de ayuda más reconocidas. Bajo estas circunstancias el niño mismo puede sentir que está sufriendo un castigo prolongado. No es útil que el médico y los padres entren en una disputa acerca de las dietas, pues la familia puede retirarse de los tratamientos ortodoxos en perjuicio del niño. En estos casos lo mejor es mostrar un interés adecuado por la dieta para tranquilizar a los padres, pero al mismo tiempo utilizar tratamientos de efectividad comprobada.

H. LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

La puntual y correcta intervención mejorarán en grado sumo el pronóstico. ¿Recuerdan a Marcos, a Lisa y a Enrique...?, bueno, pues e aquí de manera resumida los resultados obtenidos en el caso de estas tres personas gracias a la acción combinada de los diferentes modos de intervención (NIMH, 1999):

Marcos

En tercer grado, la maestra de Marcos se entregó y dijo "¡Basta!" En una mañana, Marcos había saltado de la silla para sacarle punta al lápiz seis veces, cada vez chocándose accidentalmente con los bancos de los demás niños y tirando libros y papeles. Finalmente fue a la oficina del director cuando empezó a patear un banco que había dado vuelta. Su maestra llamó a los padres a una reunión con la psicóloga de la escuela. Pero aún después de desarrollar un plan para manejar el comportamiento de Marcos en la clase, Marcos mostró poca mejoría. Finalmente, luego de una evaluación extensa, encontraron que Marcos tenía un trastorno de atención que incluía hiperactividad. Le dieron un medicamento llamado Ritalina para controlar la hiperactividad durante el horario escolar. A pesar de que la Ritalina no funcionó, la Dexedrina sí ayudó. Con la ayuda de una psicóloga, sus padres aprendieron a premiar el buen comportamiento y tomar una pausa cuando Marcos se ponía demasiado destructivo. Pronto Marcos fue capaz de sentarse quieto y concentrarse en aprender.

Lisa

Debido a que Lisa no era destructiva en la clase, llevó un tiempo largo para que los maestros observaran que tenía un problema. Lisa primero fue referida a un equipo de evaluación de la escuela cuando su maestra se dio cuenta de que era una chica inteligente con malas notas. El equipo descartó una dificultad de aprendizaje pero determinó que tenía un déficit de atención sin hiperactividad. La psicóloga de la escuela reconoció que Lisa también estaba enfrentando depresión. Los maestros de Lisa y la psicóloga de la escuela desarrollaron un plan de tratamiento que incluyó participación en un programa para aumentar su duración de atención y desarrollar sus habilidades sociales. También recomendaron que Lisa recibiera ayuda psicológica para ayudarla a reconocer sus fuerzas y a sobrellevar su depresión.

Enrique

Cuando el hijo de Enrique entró al jardín de infancia, era claro que iba a tener problemas sentándose quieto y concentrándose. Después de varios incidentes de distracción, la escuela llamó y sugirió que su hijo fuera evaluado para ver si tenía DATH. Mientras evaluaban al niño, Enrique se dio cuenta de que él se había criado con los mismos síntomas que los especialistas estaban ahora encontrando en su hijo. Afortunadamente, la psicóloga sabía que el DATH puede persistir en la gente adulta. Sugirió que Enrique fuera evaluado por un profesional que trabajaba con adultos. Por primera vez, Enrique fue diagnosticado correctamente y le recetaron Ritalina para ayudar con su concentración. Qué alivio. Todos los años que habían pasado sin que él pudiera concentrarse eran debidos a un trastorno que pudo ser identificado y, principalmente, tratado.

VI. EL ADULTO CON DATH

Cuando era niña le gustaba subir a los árboles endeble simplemente por la prisa de la adrenalina. Su apodo era "Boohoo" porque las cosas más pequeñas siempre se las ponían fuera de su alcance. En la escuela, sus maestros la acusaban constantemente de no prestar atención o aplicarse.

Actualmente, Beth Dodge, de 30 años, como otros tantos adultos con DATH no fue diagnosticada hasta la madurez, después de años de sufrimiento, Dodge, quién constantemente exigía de gran excitación, también parecía terminar siempre en problemas durante su juventud. Aunque ella alcanzó un CI de 132 en una prueba de inteligencia, ella no pudo aplicar su alto CI al trabajo de la escuela y tenía dificultades para las tareas. Después tuvo serios problemas en la escuela secundaria (llegando alcoholizada a su iglesia y haciendo travesuras llamando por teléfono a la policía), Dodge tuvo que realizar un gran giro a su vida. Interesantemente, ella se ha desempeñado mucho mejor en el mundo laboral que en el de la escuela. Ella ha trabajado durante 10 años atendiendo emergencias en el servicio telefónico 911, algo que ciertamente satisface su apetito de excitación.

Dodge empezó a aprender sobre el DATH en 1991 mientras manejaba un boletín de información en la computadora. Posteriormente, platicando en un "chatroom" con un joven que tenía DATH y buscando la información que entonces aparecía sobre el DATH, ella comenta *"encontré a centenares de personas que conocían sobre lo que yo estaba hablando"*. En 1994, ella vio a un psiquiatra que le diagnosticó el DATH. Dodge está ahora muy contenta de saber que hay un nombre para lo que ella ha sentido durante toda su vida.

*"Me siento más en contacto con la vida; la pared se ha ido," --dice Dodge--
"Yo soy ahora parte de lo que está pasando en lugar de ser un espectador."*

La historia de Dodge no es rara. Babbitt (1997) nos muestra esta breve historia de vida para advertir que los profesionales están empezando a comprender que simplemente muchos adultos con DATH aún no han sido diagnosticados, especialmente las mujeres, además de que nunca se les practicó una evaluación en la niñez.

A. PREDOMINIO DEL DATH EN EL ADULTO

Toone, et al, (1999) reconocen que el DATH ha sido un diagnóstico muy bien establecido en niños, sin embargo, hasta hace poco tiempo se pensaba que este trastorno no duraba más allá de la adolescencia, pero los resultados de estudios prospectivos a largo plazo recopilados por Bellak y Black, (1992) indican que entre el 30% y 70% de los niños con DATH presentan algunos síntomas en la

edad adulta. Esto quiere decir que si el predominio del DATH entre los niños escolares puede estar en el 3% o más, el predominio entre los adultos puede ser del 1 o 2%.

van-Wielink (2000) coincide con Toone, et al, (1999) cuando menciona que durante mucho tiempo se pensó que la mayoría de niños con DATH se "normalizaban" al llegar a la edad adulta. Esta idea errónea posiblemente se dedujo del hecho, de que los niños con DATH, van suavizando su hiperactividad conforme van creciendo. van-Wielink (2000) concluye que la mayoría de niños que presentaron DATH como niños, continuarán con síntomas como adultos, y sostiene que el Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad en el adulto es una entidad clínica en la medicina y psicología que se encuentra en pleno desarrollo y su existencia es desconocida para la mayoría de las personas.

Como consecuencia directa de las aseveraciones anteriores, es de esperar que el proceso de identificación de los adultos con DATH entrañe ciertos problemas, por ejemplo, ya se ha mencionado con anterioridad que la falta de atención, la impulsividad e hiperactividad son la tríada de síntomas clásicos del DATH, sin embargo, Feifel, (1996) encuentra que a los adultos les falta a menudo el cuadro completo, sobre todo la hiperactividad. El autor también describe que la fluctuación en el estado de ánimo (por ejemplo, la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad, etc.) está a menudo presente.

Por otro lado, Wender (1996) ha encontrado que muchos de los adultos que han tenido DATH en toda su vida, a menudo no informan sobre sus síntomas o no informan sobre su severidad. Desde un punto de vista práctico, el autor recomienda como una necesidad incluir a las parejas u otras personas allegadas al paciente para intentar una valoración inicial y determinar la respuesta al tratamiento. Basándose sólo en los informes de los pacientes, es probable que la información pueda infravalorar el verdadero predominio del DATH. Reuniendo el predominio y los datos de la historia naturales, Wender (1996) reporta que entre el 1 y el 6 por ciento de la población general continúa manifestando síntomas apreciables del DATH en la vida adulta. Finalmente, van-Wielink (2000) considera que otro factor que hace que el DATH se diagnostique con poca frecuencia, es que usualmente los médicos que tratan niños con DATH no los siguen en la edad adulta, y se "pierden". Es por esto que en las clínicas psiquiátricas de adultos no lo suelen diagnosticar.

En el Capítulo dedicado a la etiología se enfatizó sobre las bases genéticas del DATH y sobre las lesiones cerebrales que causan diversos cambios estructurales y funcionales del SNC en la mayoría de niños diagnosticados con DATH, es importante recordar esto porque van-Wielink (2000) encuentra que estas variables obviamente persisten hasta la edad adulta, por lo que el DATH en adultos no es una entidad clínica en duda.

B. ¿PORQUE ES IMPORTANTE COMPRENDER AL ADULTO CON DATH?

- Porque la persistencia de los síntomas del DATH en la vida adulta se ha relacionado con fracasos académicos y ocupacionales y altos índices de comorbilidad psiquiátrica (Toone, et al, 1999)
- Porque ciertas condiciones asociadas con el DATH en los adultos incluyen limitaciones de aprendizaje (o su secuela), desorden de ansiedad general, abuso de droga y alcohol. Se han encontrado correlaciones fuertes entre el DATH y oposición desafiante y desórdenes de la conducta en los niños y un riesgo aumentado para los desórdenes antisociales en los adultos. (Bellak y Black, 1992)
- Porque la niñez con DATH predice los desórdenes psiquiátricos adultos específicos, a saber: desórdenes antisociales y abuso de droga, encontrándose que estas perturbaciones son dependientes en la continuación de síntomas del DATH. (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy y LaPadula, 1993)
- Porque la revisión de los artículos que cubren el DATH (1985-1991) identificados a través del Índice Medicus se ha encontrado que el 25% de los adultos diagnosticados con DATH en la infancia desarrollaron características del trastorno de personalidad antisocial y 30% siguen padeciendo un DATH lleno. La conclusión es que el DATH no es un típico desorden psiquiátrico de la niñez. Por lo tanto deben cambiarse su lugar y el criterio de diagnóstico en el DSM y la CIE para facilitar el diagnóstico del DATH en los adultos. (Compernelle y Postmes, 1995)
- Porque en un estudio controlado se encontró que la mayoría de adolescentes que tenían DATH en la niñez continuó teniendo dificultades en la madurez. (Hechtman, 1989)

En resumen:

El DATH se reconoce cada vez más como una categoría de diagnóstico adulta legítima. Todavía la naturaleza y los deterioros asociados con el DATH adulto han recibido una pequeña investigación científica. Por consiguiente, un estudio comparó a 172 adultos diagnosticados con DATH con 30 adultos referidos a la misma clínica de DATH adulta y que no fueron diagnosticados así. El grupo de DATH mostró un predominio significativamente mayor de conducta opositora y el uso de las sustancias ilegales fue mayor que los adultos del grupo control. Es más, los adultos con DATH desplegaron un desequilibrio psicológico como cambios más frecuentes en el empleo. Significativamente más adultos con DATH habían experimentado una suspensión de su licencia de manejo, habían hecho de forma mediocre, habían dejado o fueron despedidos de su empleo, y tenían una historia de desempeño escolar más pobre. Los matrimonios múltiples eran más probables también en el grupo del DATH. Los resultados sugieren que el DATH en

los adultos está asociado con los riesgos relativamente específicos para los desórdenes de conducta, problemas de desempeño en la escuela, en el trabajo y al manejar vehículos automotores. (Murphy y Barkley, 1996)

Estas son las razones que hacen posible tener certidumbre sobre la existencia del DATH en los adultos, por lo tanto, no se debe hacer a un lado o minimizar estos "defectos del carácter" atribuyéndolos a presuntos mecanismos neuróticos. Es por esto que se incluye este apartado en el presente informe.

Por otro lado, es menester recordar que la vida es sumamente adaptable, las razones que se expusieron más arriba parecen devastadoras y uno se pregunta ¿Cómo es posible que una persona con estas problemáticas pueda vivir normalmente? La respuesta es: Adaptación. Durante años se desconoció o se estudió escasamente el DATH en el adulto. Sin embargo, los innumerables casos de niños con DATH estudiados en los años sesentas (que dieron cuerpo a todo el cúmulo de conocimientos que tenemos en la actualidad) hoy son adultos, la mayoría de los cuales han tenido que luchar por superar sus dificultades, unos lo han logrado, otros han fracasado.

Aquellos que lo han logrado es porque han podido desarrollar sus talentos y habilidades naturales con los que pueden contar para crear buenas vidas y carreras para sí mismos. De hecho, muchas personas con DATH hasta sienten que sus esquemas de comportamiento les dan ventajas únicas y a veces no reconocidas. Las personas con DATH tienden a ser extrovertidas y preparadas para actuar. Debido a su impulso para buscar momentos de emoción, muchos tienen éxito en negocios, deportes, construcción y oración pública. Debido a su habilidad para pensar en muchas cosas a la vez, muchos han ganado aclamación como artistas e inventores. Muchos eligen un trabajo que les proporcione libertad para moverse y liberar excesos de energía. Pero también muchos encuentran maneras de ser efectivos en carreras más tranquilas y sedentarias. (NIMH, 1999).

Un ejemplo de lo antes expuesto nos lo proporciona el Dr. Umesh Jain (citado por Swift, 1999) en su práctica llevada a cabo en el Instituto de Psiquiatría Clarke de Toronto, Canadá. el Dr. Jain ve a muchos pacientes con esta condición:

"Aproximadamente el 15% de estos pacientes trabajan en los medios de comunicación, son actores y directores. Trabajan todo el día en los canales de televisión que transmiten música, esta actividad es muy activa y exigente."-dice el Dr. Jain- Estas personas crecen en la intensidad, la energía y la espontaneidad estimulante del negocio de los espectáculos. "Sin embargo, ellos todavía no pueden concentrarse lo suficiente cuando por ejemplo manejan exclusivamente sus libretas de cheques"-

El Dr. Jain ha observado también que los adultos con DATH también gravitan hacia los trabajos orientados a las computadoras:

"No se inclinan al trabajo metódico de la programación, pero sí para realizar animaciones por computadora y para el desarrollo de juegos y conceptos novedosos, estas actividades implican el hecho de que estas personas no tienen una pesada carga de trabajo sobre del papel."

También advierte que muchas personas que se dedican a las ventas presentan esta condición.

Para aquellos que no han podido adaptarse satisfactoriamente existen lugares de ayuda y orientación para los jóvenes y adultos con DATH, Toone, et al, (1999) nos dan un ejemplo de ello con el establecimiento en el Reino Unido del grupo de apoyo (LADDER) que se encarga entre otras cosas de aumentar la atención de los medios para destacar este problema, lo cual traerá como consecuencia probable que haya un aumento en la demanda de valoración psiquiátrica para el DATH en adultos en los próximos años.

Otro ejemplo es la enorme logística de atención para los niños, adolescentes y adultos con DATH en los Estados Unidos de América, en ese país se encuentran alrededor de catorce centros tanto de carácter gubernamental como privados que se encargan de la evaluación, tratamiento, orientación familiar, educativa, laboral y de recursos humanos, es necesario recalcar que estos centros se dedican **EXCLUSIVAMENTE** a las personas con esta problemática.¹⁸

Es menester que en México se prepare y actualice al personal dedicado a la salud mental sobre estos complejos temas, y así crear estrategias solventes para la atención pronta y eficiente de estas personas. Para contribuir a este objetivo en la medida de las posibilidades de este informe, se presenta a continuación el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento que hasta ahora se han desarrollado para tal fin.

C. DESCRIPCION CLINICA

Toone, et al, (1999) han encontrado que con frecuencia, los adultos buscan atención médica por si mismos. Un adulto podría buscar un tratamiento debido a problemas que tienen que ver con sus estudios, su trabajo o su familia. Otros pueden acudir al médico después de que a su hijo le diagnosticaron DATH y el padre identifica síntomas similares a los suyos.

Ahora bien, es necesario considerar que la hiperactividad se diagnostica fácilmente en los niños ya que "hace ruido" pero los síntomas de inatención en el adulto no son notables y el diagnóstico de DATH puede pasar inadvertido y el sujeto ser calificado como tonto, distraído, estúpido o flojo. (van-Wielink, 2000)

¹⁸ Para mayor información sobre dichos centros se recomienda consultar la siguiente página web: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spadhd.htm>

Los síntomas básicos en el adulto son iguales que en el niño, sin embargo, su manifestación puede variar en términos cualitativos según expone a continuación van-Wielink (2000):

- **Inatención.** No tienen habilidad para atender una tarea hasta terminarla, esto trae obvios problemas en el trabajo y el hogar. Su rendimiento en el trabajo, es por debajo de lo esperado ya que olvidan sus citas, pierden sus instrumentos de trabajo y no acaban su tarea. En ocasiones suelen empezar varios trabajos al mismo tiempo y no terminar ninguno, hacen todo y no hacen nada. Pierden constantemente los objetos de uso diario, como las llaves del auto. En los eventos y situaciones sociales la inatención es un gran problema ya que el sujeto con DATH no puede seguir la conversación de las demás personas, y los interrumpen constantemente (lo cual molesta) o bien parecen no prestarles atención y estar "distráidos" (lo cual ofende).
- **Impulsividad.** La mayoría de los adultos que han padecido impulsividad por DATH desde niños, han tenido ya una larga serie de amargas experiencias por la impulsividad que obliga a moderar su conducta actual. Sin embargo, una vez "ganada la confianza" de las demás personas, puede salir a relucir la verdadera personalidad impulsiva por la que; interrumpe constantemente a los demás, y dice o hace cosas de las que luego se arrepiente. Una forma de impulsividad son los gritos constantes y a la menor provocación lo que hace difícil la convivencia con estos sujetos. Los individuos con DATH no esperan su turno en las conversaciones para expresar su opinión. Algunas personas tienen un pésimo manejo de sus finanzas y las tarjetas de crédito son un peligro en sus manos, ya que pueden comprar en forma impulsiva. Se sabe que estos adultos tienen más accidentes automovilísticos que el resto de la población en general, y esto es debido en parte a los actos impulsivos irracionales mientras manejan como es "ganarle el paso al tren".
- **Labilidad y alto tono emocional.** En el trabajo suelen reprimir sus verdaderas emociones del momento pero se les conoce como personas "muy sensibles", que se enojan fácilmente. El problema real suele suceder en la casa donde los cambios de temperamento se descargan sobre la esposa e hijos "ya con confianza". Las cónyuges suelen manejar a sus maridos "con pinzas", a pesar de lo cual sufren constantes cambios de humor, sin justificación aparente. El problema interesante viene cuando el adulto con DATH y baja tolerancia a la frustración, trata de educar a su hijo que también padece DATH, y que también tiene baja tolerancia a la frustración, donde la dinámica familiar en estas situaciones es fácil de predecir.
- **Desadaptación social.** Ya que el adulto con DATH es una persona "de temperamento" que no sigue un tema de conversación o una actividad que requiera concentración (v.g. jugar cartas), es difícil que socialice y

mantenga una relación de amistad estable. Esto lo lleva al aislamiento social, y aunque eche la culpa de esto a otros, él sabe donde está el problema y esto aumenta su frustración y probablemente le cause depresión, cayendo así, en un círculo vicioso. Sin embargo hay que recordar que en el extremo positivo estas personas pueden ser extremadamente exitosas y agradables en el ámbito social por su "energía y simpatía". La conducta antisocial es un extremo de este problema, y se sabe que hasta el 25% de los adultos con DATH tienen problemas por su conducta antisocial. El problema básico es que no siguen las reglas de comportamiento aceptadas y su impulsividad los lleva a realizar actos irracionales. Son los "rebeldes sin causa" que no fueron atendidos a tiempo.

- Hiperactividad. La hiperactividad física sin sentido que presenta el niño con DATH como son el "revolcarse en la silla", o "tener un motor por dentro" suele haber desaparecido en el adulto. Sin embargo puede manifestarse de otras maneras como verborrea, lo que es especialmente común en la mujer con DATH. Hay que considerar que la hiperactividad bien enfocada, es el "secreto del éxito", de muchos hombres y mujeres que llegan alto en la escala socioeconómica.
- Desorganización. El sujeto con DATH empieza varias cosas a la vez y no termina ninguna. Su oficina es un monumento al desorden. En la casa se encuentran por todos lados los restos de las "grandes ideas", o trabajos sin acabar, como la cocina a medio pintar, o muebles sin terminar. Pierden oportunidades de trabajo, ya que olvidan sus citas o el horario de las mismas, y llegan tarde a éstas.

A manera de retroalimentación, Toone, et al, (1999) exponen el siguiente cuadro sinóptico sobre las principales quejas de las personas con este trastorno:

QUEJAS COMUNES DE LOS ADULTOS CON DATH

Poca concentración, dificultad para pensar claramente.
Dificultad para seguir una rutina.
Pérdida constante de cosas.
Interrumpir con frecuencia las conversaciones, por lo que se les considera descorteses.
Incapacidad para terminar las tareas.
Mala memoria.
Dificultad para encontrar y conservar el empleo.
Problemas con las relaciones.
Depresión.

D. EVALUACION Y DIAGNOSTICO

D1. La Entrevista.

Feifel, (1996) recomienda que al momento de realizar la entrevista, ésta debe ser comprensiva, ya que este es el procedimiento de diagnóstico más importante. Para llegar a buen puerto, Toone, et al, (1999) señalan que los adultos con DATH podrían presentar trastornos psiquiátricos coexistentes, como depresión, personalidad antisocial o adicción al alcohol y/o de otras sustancias. La entrevista deberá empezar de manera abierta y sin estructura alguna, con el fin de que el paciente manifieste sus malestares. Luego, el entrevistador debe preguntar acerca de los aspectos relacionados con la evaluación del DATH. La entrevista debe abarcar una valoración del conocimiento previo del paciente con respecto al diagnóstico y tratamiento de ese trastorno en adultos, detalles completos acerca de su nacimiento, síntomas en la infancia de DATH, síntomas actuales y antecedentes psiquiátricos completos personales y familiares. Además, es necesario registrar los detalles del abuso del alcohol y otras sustancias y los antecedentes escolares, sociales, laborales y forenses.

El NIMH, (1999) ha encontrado que debido a que las personas con DATH a menudo son inteligentes y creativas, muchas veces dicen que se sienten frustrados por no estar aprovechando su potencial. Muchos también se sienten inquietos y se aburren fácilmente. Algunos dicen que necesitan buscar novedades y emoción para ayudar a encauzar el remolino en sus mentes. A pesar de que puede ser imposible documentar cuándo empezaron estos comportamientos, la mayoría de los adultos con DATH pueden dar ejemplos de ser distraídos, impulsivos, demasiado activos, impacientes y desorganizados durante la mayor parte de sus vidas.

D2. Establecimiento de los Síntomas en la Infancia.

Se necesitan los antecedentes de los síntomas de DATH en la infancia con el objetivo de diagnosticar ese trastorno en la edad adulta, pero podrían ser difíciles de obtener. Idealmente, los testimonios de DATH en la infancia se obtienen al revisar las viejas notas de los médicos, o bien, los registros de la escuela. Pero por desgracia, como el DATH en el adulto se ha identificado apenas hace poco tiempo, muchos que han buscado ayuda médica podrían haber asistido a la escuela cuando los médicos generales y los maestros sabían poco acerca de dicho trastorno, por lo que podría no haber testimonios. En el caso de los adultos que no tienen padres o que no han podido conseguir las notas médicas o los registros escolares, el diagnóstico de la infancia depende de lo que el paciente recuerde de sus síntomas en esa época. Los niños hiperactivos, al llegar a la edad adulta, con frecuencia no recuerdan los síntomas que padecieron en la infancia. En un estudio (Mannuzza y cols., 1993, citados por Toone, et al. 1999), la quinta

parte de los adultos no los recordaban, por lo que no se pudo hacer un diagnóstico correcto. Todos los pacientes que acudan para que se les valore deben hacerse acompañar de una persona que dé informes, de preferencia uno de los padres. Con objeto de obtener un registro más exacto, los padres deben llenar una escala de clasificación de los síntomas en la infancia, ya que lo que recuerdan los padres es el mayor predictor de la respuesta al tratamiento. (Toone, et al, 1999)

Al elaborar los antecedentes escolares, se debe poner atención especial a cualquier problema de aprendizaje o de conducta, inasistencia a la escuela o expulsión de ésta, así como a la calidad de las relaciones que tenía con sus compañeros. Se debe averiguar las calificaciones y los estudios emprendidos posteriormente, lo mismo que las razones por las que abandonó los cursos, si así fuera. El número de empleos y el tipo de trabajo que ha desempeñado, así como las razones para dejarlos, se anotan en los antecedentes laborales. En los antecedentes sociales se deben registrar los detalles de las relaciones dentro y fuera de la familia y la opinión del paciente acerca de las razones de las dificultades en esta área. (Toone, et al, 1999)

Se debe poner atención especial al valorar la personalidad, en particular por la comorbilidad establecida que existe entre el DATH y los trastornos de personalidad, en particular el de tipo antisocial. La distinción entre los dos trastornos podría ser difícil, pero una perspectiva de desarrollo será de utilidad, pues las características del DATH son más notables en la infancia temprana e intermedia y se vuelven progresivamente menos obvias al entrar a la adolescencia y en la vida adulta temprana. Durante la entrevista, el médico debe observar al paciente para buscar pruebas de desasosiego, movimientos con impaciencia, falta de atención, facilidad para distraerse y movimientos anormales, como los tics. (Toone, et al, 1999)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E. ESCALAS DE EVALUACION

El diagnóstico se puede estandarizar aplicando las pruebas para el DATH. Basados en los síntomas que se han mencionado, van-Wielink (2000) encuentra en pruebas neuropsicológicas los siguientes hallazgos: Disminución en los parámetros de aprendizaje y memoria verbales, en las pruebas de vigilancia (omisiones) y de la velocidad psicomotora entre otros.

Basados en estos resultados, se presentan a continuación las principales escalas empleadas sobre los sujetos con DATH:

E1. Criterios de UTAH

La "Escala de Wender Utah", aunque algo larga, proporciona una medida útil estandarizada para evaluar al adulto. (Ortiz, Sáenz, Escalona y Vargas, 1997) Los diversos criterios son los siguientes:

- a) Evidencia de que el adulto padeció DATH de niño, la historia debe obtenerse de un hermano mayor, o de los padres y no simplemente por reporte del mismo paciente.
- b) Persistencia de hiperactividad y déficit de atención.
- c) Cualquiera de los siguientes puntos:

Debe tener:

- 1) Labilidad emocional
- 2) Inhabilidad para completar tareas
- 3) Temperamento agresivo
- 4) Impulsividad
- 5) Intolerancia al estrés

No debe tener:

- 1) Desorden de la personalidad del tipo antisocial
- 2) Desorden afectivo mayor
- 3) Esquizofrenia
- 4) Personalidad límite
- 5) Personalidad esquizoide

Los criterios de Utah para diagnosticar el DATH tienen varios defectos, el más notable es que hacen de la hiperactividad el síntoma más importante, y dejan como secundarios el resto de los síntomas que suelen ser más devastadores para la vida de estas personas. (van-Wielink, 2000)

E2. Criterios de BROWN

Dentro de los criterios más utilizados actualmente están los de Brown (van-Wielink, 2000). En éstos se evalúa si el individuo tiene problemas en diversas áreas:

- 1) Activarse y organizarse para trabajar: Hay dificultades en organizarse y empezar las actividades del trabajo, así como problemas en autoactivarse para las rutinas diarias por ejemplo dificultad excesiva en organizar sus papeles o para contactar a otras personas del trabajo.
- 2) Atención sostenida: Problemas de la atención sostenida para las tareas del trabajo, ensoñaciones excesivas durante el día, distracción excesiva cuando se le habla, o para la lectura (frecuentemente pierde el hilo de lo que lee y tiene que reiniciar la línea o párrafo).

- 3) Energía o esfuerzo sostenidos: Hay problemas en concentrar la energía o el esfuerzo, para terminar una tarea. Es el empleado que no termina completa ninguna tarea de la oficina, a menos de que se le presione.
- 4) Hipersensibilidad y labilidad emocionales: Dificultades con la irritación fácil por incidentes menores de la vida diaria, es especialmente sensible a la crítica.
- 5) Memoria: Problemas para recordar el material que ya se aprendió. En la oficina olvidan nombres, citas o fechas que les son comunes.

Los criterios de Brown vienen en formas ya impresas tipo cuestionarios, que llena el mismo sujeto, y están ajustados para la edad (versión para niños mayores/adolescentes y versión para adultos). Además en estos criterios el individuo debe cumplir los siguientes requisitos:

- 1) que el adulto tenga historia de DATH de inicio a los 7 años de edad según el criterio establecido en el DSM IV.
- 2) la evidencia de un curso crónico del DATH que se traza desde la niñez a la edad adulta.
- 3) la evidencia de que el adulto tiene un nivel moderado o severo de afectación atribuible al DATH según los criterios del DSM IV.

van-wielink (2000) recomienda que como baterías psicológicas se pueden usar entre otras la escala Weshler para inteligencia (WAIS-R), La pruebas de amplio rango revisadas para logros (WRAT-R), y diversas escalas aplicables (ver ANEXO II). Otra escala estandarizada para evaluar al adulto es la "Lista de Verificación de 18 apartados para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad". (Ortiz, et al 1997)

E3. Tests Neuropsicológicos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La investigación del Centro Universitario de Consejo y Apoyo Académico (UAASC) Universidad de Massachusetts Amherst (1997) ha comprobado que los déficits Neuropsicológicos son parte del síndrome del DATH. La batería consiste en la comprobación de las siguientes áreas: atención, memoria, funcionamiento intelectual y el logro académico. Los patrones de actuación en los test, la conducta registrada de los mismos y el análisis de los resultados sobre una lista de síntomas psicológicos son útiles para determinar si son consistentes con un diagnóstico de DATH.

Se ha usado ampliamente la *Continuous Performance Test* (Prueba de desempeño continuo) (Erlenmeyer-Kimling y Cornblatt, 1978, citados por Toone, et al, 1999), con la que se mide la atención continua. La forma más común de esta prueba requiere que el paciente observe la pantalla del monitor de una computadora mientras pasan rápidamente letras o números. Se registra el número

de errores de omisión (respuestas faltantes), que miden la distracción, y los errores de comisión (respuestas incorrectas), que miden la impulsividad y la atención prestada.

Otros tests neuropsicológicos que se podrían aplicar son el *Matching Familiar Figures Test* (Test para casar figuras) (Cairnes y Cammock, 1978, citados por Toone, et al, 1999) y *Letter Cancellation Test* (Test de la anulación de letras) (Goodman y Stevenson, 1989, citados por Toone, et al, 1999). El primero evalúa el control del impulso y requiere la presentación de una imagen al sujeto y pedirle que la junte con otra idéntica que tiene que seleccionar entre varias figuras. El *Letter Cancellation Test* es sensible a la hiperactividad y en él se borra una letra de una muestra al azar de letras del alfabeto. Los tests neuropsicológicos de la atención no dan un diagnóstico, por lo que se deben aplicar junto con otras fuentes de información en la valoración para construir el diagnóstico. Las pruebas también son útiles porque proporcionan una referencia contra la cual se puede comparar la respuesta al tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

F. DIAGNOSTICO

El diagnóstico del DATH en el adulto se basa como ya se ha mencionado en la historia clínica bien llevada por el médico neurólogo, el psiquiatra o el psicólogo experimentado en el problema. Además se recomienda la evaluación psicológica con las pruebas psicológicas para el DATH también ya mencionadas. Hay que tomar en cuenta que un gran número de individuos presentan en algún momento de su vida diversos síntomas que pueden imitar el DATH, como es el individuo con depresión. (van-Wielink, 2000)

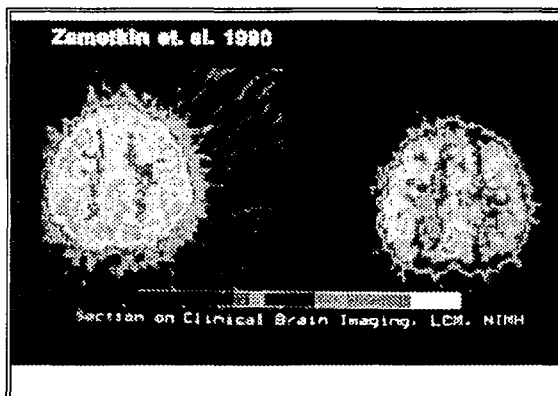
Tonne, et al (1999) han encontrado diferentes circunstancias que apoyan las afirmaciones anteriores, volviendo al caso de los pacientes con depresión, los autores confirman que son con frecuencia olvidadizos y distraídos, y en la depresión agitada presentan desasosiego.

Otras circunstancias citadas por los autores que pueden imitar el DATH son la hipomanía, los pacientes intoxicados con alcohol o con síndrome de abstinencia por alcohol, cocaína u otras sustancias que provocan que los pacientes puedan estar inquietos, distraídos o prestar poca atención a la entrevista. Pacientes con personalidad limítrofe describen a menudo problemas de atención, relaciones inestables y malos antecedentes laborales. Los que tienen personalidad antisocial pueden ser impulsivos y tener problemas con el consumo de sustancias prohibidas. Dichos pacientes podrían manifestar o exagerar su déficit de atención con objeto de obtener un tratamiento con estimulantes, o bien, en algunos casos, para reducir su responsabilidad en actividades delictivas. La dificultad para realizar el diagnóstico se podría complicar aún más por los altos índices de comorbilidad en el DATH, en particular, de los trastornos afectivos, trastornos explosivos intermitentes, personalidad antisocial y uso abusivo de sustancias. Además,

trastornos como la esquizofrenia pueden manifestarse también en adultos a quienes se les diagnosticó DATH en la infancia y cuyos síntomas ya no se manifiestan.

Finalmente, Tonne, et al, (1999) han distinguido que las enfermedades físicas, por ejemplo, hipertiroidismo, insuficiencia renal o hepática y anoxia también podrían causar déficit de atención. Los síntomas de DATH se presentan después de traumatismos craneoencefálicos, aunque comúnmente estos ocasionan un deterioro cognoscitivo más grave que el que se observa en el DATH.

En la búsqueda por encontrar los medios adecuados para explicar la etiología y consolidar el diagnóstico diferencial del DATH, los científicos se han aventurado a diversas investigaciones encaminadas al funcionamiento del cerebro. Los científicos del NIMH, (1999) demostraron una conexión entre la habilidad de una persona de prestar atención continua y el nivel de actividad en el cerebro. Se les pidió a un grupo de adultos que se aprendieran una lista de palabras. Mientras lo hacían, los científicos usaron un tomógrafo PET (Tomografía de Emisión de Positrones) para observar cómo funciona el cerebro. Los investigadores midieron el nivel de glucosa utilizada por las áreas del cerebro que inhiben impulsos y controlan la atención. *La glucosa es el recurso principal de energía del cerebro* de manera que el medir cuánto se usa es un buen indicador del nivel de actividad cerebral. Los investigadores encontraron diferencias importantes entre personas que tienen DATH y aquellas que no. En personas con DATH, las áreas del cerebro que controlan la atención usaron menos glucosa, lo cual indica que fueron menos activas. A raíz de esta investigación, parece que un nivel menor de actividad en algunas partes del cerebro puede causar falta de atención.



Imágenes tomográficas cerebrales producidas por tomografía de emisión de positrones muestran diferencias entre un adulto con Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (derecha) y un adulto que no tiene DATH (izquierda).

Tomado del NIMH. (1999)

En otra investigación, los resultados obtenidos por Matochik, Nordahl, Gross, Semple, King, Cohen y Zametkin, (1993) han demostrado reducciones globales y regionales en el metabolismo de la glucosa cerebral en los sujetos adultos con

DATH. Ortiz, et al, (1997) especifican que la disminución en el metabolismo de la glucosa incluye la corteza frontal, la cual se ha identificado como un intrincado centro de planificación.¹⁹

Aunado a lo anterior, si bien ha quedado claro que en términos poblacionales los niños presentan un índice más alto de DATH que las niñas, y que en las evaluaciones clínicas y de desempeño mostradas por ambos géneros demuestran diferencias significativas; la explicación al fenómeno de la prevalencia masculina respecto al DATH sigue sin esclarecerse. Las hipótesis sostienen que este fenómeno se debe a circunstancias que abarcan desde factores genéticos, hasta discretas diferencias neurobioquímicas o citoarquitectónicas presentes en la mayoría de los cerebros ya sea en los niños o en las niñas.

Ahora bien, estas inquietudes no se limitan al DATH en los niños, ahora que se conoce que este síndrome sigue afectando a muchos adultos, es entonces cuando nos asalta la pregunta: ¿Existen diferencias cualitativas en los cerebros maduros y totalmente desarrollados tanto de hombres como de mujeres que presentan DATH?

Los resultados de diversos estudios demuestran ciertas diferencias entre hombres y mujeres. Basados en la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) con glucosa marcada (radioactiva) en personas con DATH, Zametkin, Phillips y Cohen, (1998) han encontrado que con la edad las mujeres mejoran en el desempeño de las pruebas de atención y en el metabolismo de la glucosa cerebral, pero esta mejoría no se reporta en los hombres, los autores consideran que estas variaciones puedan estar determinadas por factores conductuales, hormonales y genéticos, lo cual representa para estos autores un verdadero desafío para la investigación futura.

En este mismo orden de ideas, Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Mick y Lapey, (1994) se propusieron como meta explorar si el DATH es una entidad clínica válida en sujetos femeninos y si se expresa de manera diferente entre los varones y las mujeres adultas. Con este fin, los autores compararon las características clínicas, cognoscitivas y funcionales de 128 sujetos con DATH referidos de ambos sexos y otro grupo sin DATH. Cada sujeto tenía un diagnóstico clínico de niñez con DATH confirmado por la entrevista estructurada. Los sujetos con DATH masculinos y femeninos eran entre si similares pero más perturbados y deteriorados que los no-DATH de mando adultos. Comparadas con las mujeres del mando normales, las mujeres con DATH tenían proporciones más altas de depresión, desórdenes de ansiedad, y desorden de la conducta; y más evidencia

¹⁹ Los resultados de Matochik; et al, (1993) son muy interesantes si se contrastan con el papel de los lóbulos frontales en los procesos reguladores y directivos de la actividad humana descritos por Luria, (1989) analizado en el apartado ALTERACIONES DE LA ATENCION contenido en el CAPITULO III de este informe, lo cual nos permite encontrar relaciones inalienables entre el papel que juega el funcionamiento integral de las estructuras cerebrales en relación a los procesos mentales superiores. Es impresionante el hecho de que las investigaciones de los científicos rusos y norteamericanos emprendidas por cuenta propia, devinieran en conclusiones compatibles, empleando caminos divergentes.

de fracaso escolar y deterioro cognoscitivo. Los resultados de los autores sugieren que no debe existir duda sobre la validez del diagnóstico del DATH en los adultos y enfatizan la viabilidad e importancia de la identificación de sujetos femeninos con DATH.

Para concluir este apartado y a manera de resumen, la Clínica de Medicina Preventiva de Monterey (2001) expone la siguiente lista de criterios diagnósticos para el DATH en adultos. (El diagnóstico requiere de por lo menos 11 de éstos elementos):

- Incapacidad para completar tareas
- Dificultad al enfocarse
- Distractibilidad
- Intolerancia al Stress
- Olvidos frecuentes
- Respuesta atípica a los medicamentos psicoactivos
- Trastorno de personalidad antisocial
- Decir bruscamente las respuestas antes de una pregunta
- Dificultad al esperar su turno
- Interrumpir o estorbar a otros
- Déficit de atención
- Distracción al manejar automotores
- Bajo sentido del éxito personal
- Dificultad para organizarse
- Intolerancia al fastidio
- A menudo creativo y muy inteligente
- Aumento en el número de proyectos que hace al mismo tiempo
- Problemas al seguir "procedimientos apropiados"
- Tendencia a preocuparse inútilmente
- Sentimientos de inseguridad
- Problemas con la autoestima
- Evaluación de sí mismo inexacta
- Historia familiar de abuso de sustancias, DATH o depresión

G. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Como en el niño con DATH el tratamiento del adulto es sintomático y no curativo. Lo más efectivo es una combinación de medicación, psicoterapia y modificación de la conducta. Lo que el tratamiento adecuado ofrece es la oportunidad de que el adulto cambie su vida en forma positiva por lo que

frecuentemente la respuesta al tratamiento combinado es dramática, (van-Wielink, 2000) obteniéndose así una marcada mejora en la calidad de vida como ocurre a menudo después del diagnóstico y el tratamiento apropiado. (Fargason, y Ford, 1994)

G1. Modificación de la Conducta

La terapia de modificación de la conducta es muy útil en el DATH. van-Wielink, (2000) menciona que el adulto tiene la ventaja de que usualmente coopera más en su tratamiento que el niño porque entiende más y se educa mejor. En general, una vez que el adulto sabe de su problema busca material que lo informe y lo devora pues "encuentra la explicación para todos sus males".

Los adultos con DATH fácilmente pueden sentirse abrumados con las tareas cotidianas. Se puede aplicar estrategias conductuales para tratar de estructurar y añadir orden al mundo externo. Una queja frecuente de los pacientes adultos con DATH es la de ser olvidadizos y tener dificultad para organizar las tareas. Se pueden enseñar habilidades de organización y de control del tiempo para ayudar a resolver estos problemas. Podría ser útil recomendar que el paciente lleve un diario y una agenda y animarlo a que dedique unos momentos al inicio de su día para anotar las tareas que debe realizar más tarde. Llevar un cuaderno de notas o utilizar un dictáfono le facilita al paciente registrar una idea tan pronto como ésta se presente, antes de que otro estímulo lo distraiga. Los horarios de trabajo o estudio que requieren mucha atención deben tener intercalados periodos regulares de alta estimulación, por ejemplo, actividad física. (Toone, et al, 2000)

El NIMH, (1999) recomienda algunas estrategias para adolescentes y adultos con DATH:

Cuando es necesario, pídale al profesor o jefe que repita las instrucciones en vez de adivinar.

Divida grandes tareas o trabajos en pequeñas tareas simples. Impóngase un horario para cada tarea y prémiese al completar cada una.

Cada día haga una lista de lo que debe hacer. Planifique el mejor orden para hacer cada tarea. Entonces impóngase un horario para cada una. Use un calendario o agenda para mantenerse encaminado.

Trabaje en un área tranquila. Haga una cosa a la vez. Dése pequeños recreos.

Escriba las cosas que necesita recordar en un cuaderno con divisores. Escriba distintos tipos de información - tales como tareas, citas y números de teléfono - en diferentes secciones. Mantenga el libro cerca en todo momento.

Escríbase notas en papel adhesivo para recordar cosas que necesita hacer. Péguelas en el espejo del baño, en el refrigerador, en su paleta de la escuela o el tablero de instrumentos del carro, donde sea que más necesite el recordatorio.

Guarde cosas relacionadas juntas. Por ejemplo, guarde todos sus diskettes de Nintendo en un solo lugar y cassettes en otro. Mantenga sus cheques cancelados en un lugar y sus cuentas en otro.

Créase una rutina. Prepárese para la escuela o el trabajo en el mismo momento, de la misma manera, todos los días.

Haga ejercicio, coma una dieta balanceada y duerma lo suficiente.

G2. Otras Opciones de Intervención

Aptitudes para la comunicación interpersonal

Las aptitudes para comunicarse podrían estar mal desarrolladas en los adultos con DATH. La poca atención y la facilidad para distraerse podrían hacer que las demás personas opinen que el paciente no las escucha. La impulsividad podría hacer que el paciente interrumpa las conversaciones en el momento menos adecuado, lo que sería interpretado como una grosería. La importancia de conservar el contacto visual al hablar con las personas y aprender a escuchar son habilidades que se pueden enseñar y practicar tanto con pacientes individuales como en grupos. (Toone, et al, 1999)

Asesoramiento individual y psicoterapia

Muchos adultos con DATH tienen una larga historia de fracasos repetidos y les preocupa no desempeñarse con todo su potencial. La mayoría de estos pacientes no han recibido un diagnóstico, y se sienten culpables; este sentimiento puede reducir su autoestima. El asesoramiento individual permite ayudar al paciente a aceptar que padece una incapacidad, pero que hay maneras de evitar que le cause problemas. Entender este trastorno podría ayudar al paciente a comprender algunas de sus dificultades, y a reducir el sentimiento de culpabilidad. Si se le enseñan estrategias para hacer frente a las dificultades, la persona asume el control de la situación y refuerza su autoestima. (Toone, et al, 1999)

Los psicoterapeutas del Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder CH.A.D.D.(1995) recomiendan que la psicoterapia a corto plazo puede ayudar al paciente a identificar cómo su trastorno podría asociarse con una dificultad en las relaciones personales, también mencionan que la psicoterapia a largo plazo puede ayudar con los cambios en la dirección del humor, estabilizar las relaciones y aliviar la culpa y el desaliento.

Control del estrés y de la ira

Estas capacidades serían útiles en particular con pacientes hiperexcitados que tienden a manifestar explosiones de ira. (Toone, et al, 1999)

Terapia de grupo

El trabajo en grupo ofrece la oportunidad de conocer gente con problemas similares y de aprender cómo otras personas se enfrentan a sus dificultades. En el grupo se pueden aprender y practicar las capacidades para comunicarse, y a controlar la ira y el estrés. (Toone, et al, 1999) El NIMH, (1999) también recomienda los grupos de apoyo, ya que conectan personas con inquietudes en común. Muchos adultos con DATH y padres de niños con DATH pueden encontrar que es útil unirse a un grupo local o nacional de apoyo. Muchos grupos tratan temas de trastornos de niños, incluso el DATH específicamente. Los miembros de los grupos de apoyo comparten frustraciones y éxitos, recomendaciones de especialistas calificados, información acerca de qué funciona, así como esperanzas en sí mismos y en sus hijos. Hay fuerza en el número y el compartir experiencias con otros que tienen problemas similares ayuda a las personas a saber que no están solas.

El objetivo de las medidas mencionadas es mejorar la autoestima de los pacientes con DATH, ofreciéndoles estrategias para enfrentarse a sus dificultades y limitar los efectos de los síntomas de este trastorno en sus vidas. A manera de retroalimentación, Toone, et al (1999) resumen las principales estrategias no farmacológicas para el tratamiento del DATH:

- Habilidades para controlar el tiempo
- Capacidad para la organización personal llevar un diario, etcétera
- Habilidades de comunicación e interpersonales
- Control de la ira
- Control del estrés
- Grupos de educación
- Asesoramiento matrimonial
- Asesoramiento vocacional

Relación de pareja

El Nacional Attention Déficit Disorder Association (NADDA), (2001) explica que cuando un compañero en la relación de pareja tiene DATH es extremadamente importante para LOS DOS no solamente entender cómo el DATH afecta a esta persona, si no también cómo afecta a la relación. El compañero con DATH es probablemente menos organizado, menos predecible y menos atento que el otro. Puede ser fácil para el compañero sin DATH malinterpretar esas conductas como "falta de cuidado" o como ser "pasivo-agresivo"... ¡Eso simplemente no es VERDAD en la mayoría de los casos!

Las recomendaciones presentadas a continuación han sido obtenidas por la experiencia desarrollada en el NADDA, (2001) con parejas en las cuales el o ella viven con el DATH:

- La mayoría del tiempo las conductas relacionadas directamente con el DATH causan problemas que no son en sí mismas conductas malévolas. ¡Ayuda el tener presente una "perspectiva biológica" -aunque la base para la mayoría de las conductas del DATH son de naturaleza biológica- esto tiene que ver directamente en cómo trabaja el cerebro- y no son normalmente debido a malas intenciones o a falta de cuidado!
- También es fácil para el compañero sin DATH frustrarse y entrar en un modo de conducta de crítica/culpa--que normalmente sólo hace que las cosas vayan peor. Siéntese y discuta conductas específicas que están causando problemas y entonces hagan algunos cambios en cómo se hacen las cosas--como cualquier pareja debe hacer, con o sin DATH. ¡Enfatice, sin embargo, en la conducta del DATH como el problema, no en la PERSONA--es una distinción muy importante! :-)
- Otro problema es que el compañero sin DATH se vuelva el "rescatador" en la relación, y la parte con DATH toma el rol de la "víctima desvalida". Esto es muy malo para AMBOS compañeros y sólo llevará a más problemas. La pareja necesita delegar claramente y con toda seguridad las responsabilidades, deberes o trabajos, y CADA UNO de ellos tiene que llevar a cabo sus tareas sin que sea mimado o intimidado por el otro. ¡La persona con DATH necesita estructurar el ambiente de cualquier manera que el/ella necesite para asegurarse que las cosas se hacen!
- Las personas con DATH no son "lisiados" en cualquier sentido y nunca se debe usar el DATH como una excusa para la conducta irresponsable. Si alguna conducta es un problema..... ¡arréglole!! Nunca haga excusas.

En su libro MANEJANDO LA DISTRACCION, de Edward Hallowell M.D. y John Ratey M.D. (citados por el NADDA, 2001) proveen de algunas grandes sugerencias para parejas que viven con DATH:

- Asegúrese usted de tener un diagnóstico exacto--podría ser DATH, o algo más
- ¡Mantenga el sentido del humor!
- Declare una tregua después del diagnóstico... por ejemplo acabe la disputa y la lucha
- Prepare un tiempo para hablar
- ¡Cuenta los frijoles--nos dice lo que está en su mente!
- Apunte sus quejas y sus recomendaciones
- Haga un plan del tratamiento

- Lleve a cabo el plan.....
- ¡Haga listas!
- Use boletines de anuncios para los mensajes
- Ponga cuadernos en lugares estratégicos..... en la cama, en el automóvil, etc.
- Considere apuntar lo que usted quiera a la persona indicada y dárselo en el día que se supone deba hacerlo....
- Preste atención a su vida sexual
- Evite el modelo de hacedor de enredos y borrón y cuenta nueva
- Evite el modelo de víctima y victimizador
- Evite el modelo del forcejeo sádomasoquista como una rutina de interacción recíproca
- En general, tenga cuidado con la dinámica de control y dominación
- Rompa el ciclo del negativismo
- Use frecuentemente la alabanza y el estímulo
- Aprenda sobre la dirección del estado de humor
- Permita que quien sea el mejor organizador tome el trabajo de organización
- Haga tiempo para nosotros (pareja)
- No use el DATH como una excusa

H. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Toone, et al, (1999) recomiendan que antes de iniciar un tratamiento farmacológico, se debe tratar primero cualquier afección psiquiátrica, por ejemplo, la depresión, y revalorar el déficit de atención después de que haya mejorado dicho trastorno. Se debe tratar la farmacodependencia y el abuso del alcohol y ver de nuevo al paciente cuando la dependencia haya disminuido. Hay muy poca información a la fecha acerca de la farmacoterapia del DATH en adultos.

También es importante señalar que uno de los problemas que más ha frenado la investigación de fármacos para tratar a los adultos con DATH, es la preocupación sobre la seguridad y eficacia de los estimulantes que son consideradas drogas de abuso cuando no hay indicación médica precisa. Sin embargo, a pesar de lo anterior hay evidencia científica de la eficacia del tratamiento farmacológico hasta en un 60% de los pacientes con DATH. (van-Wielink,2000)

Los fármacos utilizados son metilfenidato, pemolina, inhibidores de la monoamina oxidasa-B (MAO-B), los antidepresivos tricíclicos y atípicos entre otros:

- **Metilfenidato:** para tratar a los pacientes con DATH y abuso de cocaína se ha usado metilfenidato de liberación lenta dividido en dos dosis, lo cual además de reducir los síntomas del DATH inhibe el deseo por la cocaína y reduce el porcentaje de recaídas en los adictos. Este tratamiento debe realizarse con supervisión psiquiátrica cercana que incluya toxicología en orina para comprobar la ausencia de recaídas, y seguimiento del paciente a las terapias especializadas (van-Wilienk 2000). El mejoramiento clínico es inmediato (efectos conductuales máximos entre una y dos horas), pero duran poco tiempo, por lo que se requieren varias dosis al día. Parece tener mayor efecto en la actividad motriz, la inquietud y la distracción. Los efectos colaterales son reducción del apetito, pérdida de peso, dolor de cabeza, ligero aumento en la presión arterial sistólica y ánimo inestable. (Toone, et al, 1999)
- **Pemolina:** Este medicamento tiene una acción farmacológica en el sistema nervioso central similar a la del metilfenidato, pero debido a su larga vida media, tiene la ventaja de que la dosis se puede administrar sólo una vez al día. Se han dado a conocer informes provenientes de Estados Unidos de casos graves de hepatotoxicidad. El fármaco sólo se administra a pacientes muy bien identificados, quienes deben haber tenido un tratamiento previo y dos pruebas mensuales de las funciones hepáticas. La hepatotoxicidad podría observarse meses o años después que ha comenzado el tratamiento con este fármaco. Algunos pacientes podrían encontrarse estables y haberse beneficiado con los efectos de este fármaco, por lo que podría ser razonable continuar el tratamiento en estos casos si el paciente así lo desea, después de recibir una explicación minuciosa de los riesgos que puede haber, y de estar de acuerdo en la vigilancia del funcionamiento hepático de manera regular. (Toone, et al, 1999)
- **Antidepresivos:** Los pacientes que no responden al tratamiento o que no toleran estimulantes podrían beneficiarse del tratamiento con antidepresivos. Los fármacos tricíclicos que se han usado son desipramina e imipramina. Los compuestos tricíclicos tienen la ventaja de que no causan adicción y se pueden administrar una vez al día. También se han estudiado los inhibidores de la monoamina oxidasa en estudios abiertos en el DATH, y han producido una mejoría moderada en la mayoría de los síntomas de los pacientes. Otros antidepresivos que podrían ser provechosos, pero que requieren una mayor evaluación, son la fluoxetina, bupropion y venlafaxina
- **Sulfato de dexamfetamina:** Este fármaco también es controlado y se usa menos que el metilfenidato. La respuesta tarda y, algunas veces, los beneficios no son evidentes sino hasta tres o cuatro semanas después de haber empezado el tratamiento. (Toone, et al, 1999)

- Clonidina: Es un agonista anoradrenérgico que ha mostrado ser efectivo en los estudios preliminares con adultos y podría brindar ventajas especiales al administrarse como medicamento secundario en los pacientes con estados de hiperexcitación o con conducta agresiva. Es necesario realizar estudios controlados. Entre los efectos secundarios están hipotensión postural y sedación. (Toone, et al, 1999)

I. RELACION ENTRE EL CIGARRILLO Y EL DATH

Este apartado final se incluye por dos razones bastante curiosas:

- Muchos adultos diagnosticados con DATH fuman como una "automedicación" que se sospecha no es del todo extravagante.
- Se considera como posible el empleo de la nicotina como tratamiento alternativo para el DATH

Las razones para llegar a estas afirmaciones son las siguientes:

Conners, Levin, Sparrow, Hinton, Erhardt, Meck, Rose y March, (1996) han encontrado que la nicotina, al igual que los estimulantes como el methilfenidato y la dextroanfetamina, actúan como un agonista indirecto de la dopamina y mejora la atención y excitación. Se ha encontrado que los adultos y adolescentes con DATH fuman con mucha más frecuencia que los individuos normales o aquellos con otras condiciones psiquiátricas, quizás como una forma de automedicación para los síntomas del DATH. La nicotina podría tener algún valor como tratamiento. Los resultados obtenidos por estos autores indican que una administración aguda de nicotina por vía de un parche sobre la piel a sujetos con DATH indican una mejora global significativa, así como también una mejoría en la actuación cronométrica de atención y exactitud. Los efectos colaterales son mínimos. Los autores recomiendan la necesidad de un ensayo clínico más largo y una comparación con otros estimulantes en el tratamiento del DATH.

Coger, Moe y Serafetinides, (1996) también llegaron a conclusiones muy parecidas al encontrar que la naturaleza adictiva de la nicotina parece depender de varios factores psicobiológicos. Los efectos psicológicos y conductuales de la nicotina corresponden directamente a la reducción en los síntomas del DATH y los efectos neuroquímicos de la nicotina son cualitativamente similares a las medicaciones estimulantes que tratan el DATH. Actualmente se discuten los aspectos del tratamiento con nicotina.

OBJETIVOS

Objetivos generales del Programa de Servicio Social de la Carrera de Psicología:

- Proporcionar situaciones de aplicación práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.
- Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia
- Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de Psicología, para formar profesionales de utilidad.

Objetivos del Programa de Servicio Social:

El Programa de Servicio Social denominado NEUROPSICOLOGIA INFANTIL con clave 1999-12/48-636 que se llevó a cabo durante el periodo del 16 de Febrero de 1999 al 30 de Noviembre de 1999, se cubrieron 5 horas diarias, los días Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes con horario de 9:00 a 14:00 horas, el Programa tenía especificado los siguientes objetivos:

- Conocimiento de los elementos teóricos de la neuropsicología, y en particular de la neuropsicología infantil.
- Obtención de las habilidades clínicas necesarias para la valoración neuropsicológica por medio de la aplicación de pruebas.
- Obtención de herramientas para la rehabilitación neuropsicológica por medio de la elaboración de programas de rehabilitación a pacientes.
- Obtención de las herramientas para la búsqueda bibliográfica de temas especializados de la Neuropsicología Infantil que sean del interés del prestador del Servicio Social.
- Adquisición de habilidades en la elaboración de Protocolos de Investigación así como su aplicación y reporte de los mismas.

Objetivos Particulares:

- El tema especializado a tratar dentro de los objetivos del Programa de Servicio Social se refiere al análisis de los criterios clínicos indispensables en la identificación y evaluación del paciente con Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH).
- Así como recopilar conceptos básicos que sirvan de base para la elaboración de un programa de intervención en este tipo de pacientes.
- Y finalmente enfatizar sobre la importancia y beneficio de una concepción multidisciplinaria entre las ciencias del comportamiento durante el tratamiento del DATH.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

I. Delegación Política

La Unidad Multidisciplinaria de atención Integral Aurora se ubica entre la 4ta. Avenida y Avenida Sor Juana, Calle Enramada s/n Colonia Benito Juárez, Municipio de Nezahualcoyotl, Estado de México.

Localización Geográfica.

El Municipio de Nezahualcoyotl se localiza en la porción Este del Estado de México, entre los paralelos 19° 57' 56" y 19° 30' 04" de latitud norte y los meridianos 98° 57' 57" y 99° 04' 17" de longitud oeste, con una altitud media de 2240 metros sobre el nivel del mar y ocupando una extensión territorial de 63.44 km cuadrados. Colinda al norte con el Municipio de Ecatepec, al este con los de Atenco y Chimalhuacan, al oeste con el Distrito Federal y al sur con el Municipio de los Reyes La Paz y con el Distrito Federal.

Aspectos Demográficos.

El Municipio de Nezahualcoyotl cuenta, según los Indicadores de población y vivienda 2000 con una población total de 1,224,920 habitantes; divididos éstos por sexo y mostrados en términos de porcentaje, tenemos que las mujeres son el 51,6 % y los hombres el 48 %.

Vivienda

Las viviendas particulares suman un total de 282,206, el número de ocupantes es de 1,223,803. El promedio de ocupantes por vivienda es de 4,34 personas

Servicios

Según los Indicadores Educativos y de Vivienda de 1995, el municipio cuenta con los servicios de:

- Agua: La disponibilidad de agua entubada llega al 99.6 % de la población.
- Luz: La disponibilidad de energía eléctrica llega al 99.9 % de la población.
- Drenaje: El 99.4 % de las viviendas cuentan con drenaje.
- Centros de salud:

- 2 hospitales generales dependientes de la SSA.
- 20 centros de salud de la SSA.
- 2 clínicas del IMSS, la 75 y 78.
- 1 clínica del ISSTE.
- 1 clínica del ISSEMYM y centros adscritos a ésta.
- 2 unidades de la Cruz Roja.
- 1 clínica del DIF.

En el área de la salud, la UNAM, por medio de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, presta servicios médicos con 6 unidades multidisciplinarias.

Educación

Según los Indicadores educativos de 1995, la población mayor de 15 años se calcula en 851,954 personas, cuyo porcentaje de alfabetización es del 95.9 %, las escuelas y centros de difusión de la cultura se distribuyen de la siguiente manera:

- 64 preescolares
- 336 primarias
- 70 medio básico
- 15 medio superior
- 3 superior
- 4 normales
- 2 educación especial

Bibliotecas: El municipio cuenta con 7 bibliotecas.

Museos: Existe únicamente un museo en el municipio.

Otros centros públicos: Las 4,620 manzanas que integran las 72 colonias de que se compone el municipio de Nezahualcoyotl son: 1 casa de cultura, 1 escuela de bellas artes, 1 auditorio, 1 centro cultural municipal, 1 centro cultural, A.C., 1 centro de información y documentación de la ciudad, 1 parque del pueblo.

Institución y Unidad de Trabajo donde se realizó el Servicio Social.

Existen tres tipos de programas dentro de la UNAM: Externos, Internos y Rurales. En este caso el servicio social fue efectuado dentro del programa interno, que se realiza en facultades, escuelas, centros, institutos de investigación y otras dependencias de la UNAM, y el lugar de trabajo fue la UMAI Aurora.

Antecedentes Históricos.

En la década de los años setentas surgen las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, y entre ellas la de Zaragoza, única en su genero, en el sentido de contar con las Clínicas Multidisciplinarias. Estas Clínicas han permitido prestar servicios en áreas de la salud en la comunidad donde se han ubicado, además de permitir una formación teórico-práctica del alumno de la actual Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

II. Institución y unidad de trabajo donde se realizó el Servicio Social

Programa de Servicio Social:

Se pretendía que el Programa de Servicio Social fuera impartido a la población infantil que asistiera a la UMAI Aurora, en donde conforme a los requerimientos de la población, se programó el empleo de la evaluación y rehabilitación de algunos padecimientos como por ejemplo los Problemas de Aprendizaje, el Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH) y alteraciones en el desarrollo de las funciones psicológicas superiores en niños con algún padecimiento neuropsicológico. Sin embargo, debido al paro de actividades que presentó la Universidad Nacional Autónoma de México desde el día 20 de Abril de 1999 al 6 de Febrero de 2000 y con ello la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, y en su caso particular la UMAI Aurora, lugar donde se encontraba ubicada la aplicación del Programa de Servicio Social, no fue posible continuar con las actividades dedicadas a la población que fueron establecidas en dicho programa. Por tal razón se solicita tomar en consideración estos imponderables.

Por otro lado, se pretendió sobre todo tener líneas de investigación de corte bibliográfico, las cuales abarcaran no sólo el desarrollo normal de las funciones psicológicas, sino también sus anormalidades, ya que como es sabido son problemas que se presentan en niños que habitan en la zona aledaña a la UMAI. Por lo tanto, las líneas de investigación general que se trazaron son las siguientes:

1. Desarrollo normal y anormal de las Funciones Psicológicas Superiores.
2. Desarrollo de la Neuropsicología infantil por medio de la investigación de los Problemas de Aprendizaje, el Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH) y alteraciones en el desarrollo de las funciones psicológicas superiores en niños con algún padecimiento neuropsicológico.

PROBLEMÁTICA

Como parte del desarrollo de la Neuropsicología infantil se procedió a la composición de un cuerpo sistematizado de información referente al Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH), así como la incorporación de las investigaciones más actualizadas sobre la ocurrencia de este trastorno tanto en niños como en adolescentes y adultos.

PROPOSITO

- Obtención y manejo del cuerpo teórico más actualizado y reconocido sobre los criterios clínicos indispensables que requiere el psicólogo en temas como la etiología, el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento del paciente con DATH.
- Estudiar con detalle y especial cuidado el tema que se refiere a la importancia y beneficio de un trabajo multidisciplinario entre las ciencias del comportamiento durante el tratamiento de este tipo de pacientes.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Se asistió a la UMAI Aurora, para evaluar a los niños que asistieran a la misma.
- Se aplicaron pruebas a la población, para interpretarlas, y elaborar el reporte de caso.
- Se elaboraron programas de rehabilitación para los casos valorados.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el paro de actividades que presentó la Universidad Nacional Autónoma de México desde el día 20 de Abril de 1999 al 6 de Febrero de 2000 y con ello la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, y en su caso particular la UMAI Aurora. Lugar donde se encontraba ubicada la aplicación del Programa de Servicio Social, no fue posible continuar con las actividades antes descritas y que estaban especificadas en dicho programa. Por tal razón se solicita tomar en cuenta estos imponderables.

Entre las actividades desarrolladas que se concluyeron con éxito y en base a los Objetivos del Programa de Servicio Social, se reporta lo siguiente:

- Se participó en seminarios sobre temas diversos en el campo de la neuropsicología infantil.

Se procedió a la captura de información especializada sobre el tema que haya sido del interés del prestador del Servicio Social, en este caso correspondió al desarrollo del tema: Aproximación Teórica del Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH)

- Para ello se emplearon medios de búsqueda bibliográfica, hemerográfica y electrónica como bancos de Información computarizados e Internet.
- Se sistematizó, clasificó y ordenó toda la información por medio de fichas bibliográficas y de trabajo.

- Se procedió a la elaboración de los capítulos en temas y subtemas, en estos apartados se incorporó la información contenida en las fichas, estructurando así, el cuerpo principal del Informe de Servicio Social.
- Por último se procedió a la redacción de los apartados finales.

RESULTADOS

En base a las actividades desarrolladas en el Programa de Servicio Social, se desglosan a continuación los resultados obtenidos:

- 1.- Se participó en seminarios de Neuropsicología Infantil, con las siguientes temáticas y fechas en que se llevaron a cabo:

Tema del Seminario	Fecha
Introducción a la Neuropsicología Infantil.	16-19 de Febrero de 1999
Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores.	22 de febrero al 5 de marzo de 1999
El Lenguaje <ul style="list-style-type: none"> • Estructura Psicológica del Lenguaje • Lenguaje Receptivo • Lenguaje expresivo 	8-12 de marzo de 1999
La Percepción <ul style="list-style-type: none"> • Estructura Psicológica • Organización Cerebral 	15-19 de marzo de 1999
La Atención <ul style="list-style-type: none"> • Estructura Psicológica • Organización Cerebral 	22-26 de marzo de 1999
La Memoria <ul style="list-style-type: none"> • Estructura Psicológica • Formas Específicas de Memoria 	5-9 de abril de 1999
El Pensamiento <ul style="list-style-type: none"> • Estructura Psicológica • Pensamiento Práctico o Constructivo • Pensamiento Lógico: Solución de Problemas 	12-16 de abril de 1999

- 2.- Se realizaron búsquedas bibliográficas especializadas y recolección de artículos.
- 3.- Se inició con la elaboración y desarrollo del protocolo de investigación.
- 4.- Recolección de información para la elaboración del reporte final de Servicio Social.
- 5.- Elaboración del reporte final de Servicio Social.

Todos estos resultados se relacionaron directamente al desarrollo del tema: Aproximación Teórica del Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH)

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

El Servicio Social es una gran oportunidad de crecimiento para los estudiantes, consolida su formación profesional y es el medio por el cual se utilizan muchas herramientas que se han adquirido a lo largo de la carrera.

Tanto la carrera de Psicología como el Servicio Social me han dado las bases para afirmar lo anterior, ya que la posibilidad de poder servir a la población con eficacia es parte del perfil que considero debe tener el psicólogo, sin distinción del área en que se especialice. Sin embargo, la suspensión de actividades que experimentó la UNAM durante 1999 e inicios del año 2000, imposibilitó el cumplimiento óptimo de la atención a la población, ante esto, se explotaron otros recursos como son las técnicas de búsqueda de información documental, que también forman parte de las herramientas del psicólogo, ya que por medio de ellas es posible consolidar la información sobre temas que en la actualidad gozan de gran importancia.

Por otro lado, las conclusiones fundamentales que me ha dejado la elaboración de este informe de servicio social las resumo de la siguiente manera:

El Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH) es una entidad clínica que sin lugar a dudas existe, que se manifiesta clínicamente, que provoca un severo deterioro en la relación del individuo con su medio ambiente y sobre todo: **QUE PUEDE SER TRATADO OPORTUNAMENTE**, esto no quiere decir que se pueda curar rápidamente. La paciencia, el interés, la disciplina y el amor ya sea de los padres y/o la pareja es fundamental para sacar adelante al individuo que presenta este síndrome.

El seguimiento cronológico de numerosas publicaciones es muy sugerente, pues en ellas se encuentra la multitud de nombres que ha recibido este síndrome, lo cual induce a cierta ambigüedad, sin embargo, en los años noventa se ha realizado un gran esfuerzo por alcanzar la homogeneidad en cuanto a la nomenclatura, es por estas razones que ocupo la designación más reciente: Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad (DATH) a lo largo de todo el Informe de Servicio Social, el resultado de este manejo es evitar la confusión que se originaría al emplear todos los diferentes nombres que describen los autores, respetando por supuesto las ideas centrales y originales de dichos autores.

La etiología es otro caso muy importante, existe un fuerte oposicionismo de parte de algunas escuelas psicológicas a aceptar que los factores biológicos (lesiones cerebrales o predisposición genética) sean los principales responsables de una alteración compleja sobre los procesos psicológicos superiores, en consecuencia, se atribuyen dichas alteraciones únicamente a factores de orden ambiental (dinámica familiar, escolar o a los factores socioeconómicos, etc.) Sin embargo, es muy importante señalar que las más modernas investigaciones sobre

la etiología del DATH apuntan hacia los factores biológicos como los más prioritarios, los factores ambientales son agentes que si bien coadyuvan al deterioro global de las relaciones del individuo con su entorno o a exacerbar de manera cualitativa las manifestaciones clínicas del DATH, son después de todo, elementos que se deben abordar como parte del Tratamiento Psicológico, que dicho sea de paso, también es prioritario como parte del tratamiento integral de las personas que presentan DATH. Esto último parte de un cuerpo de información que ha sido recabado en décadas de cuidadosa investigación. Actualmente me atrevo a considerar **QUE NO EXISTE UNA ETIOLOGIA** sino **ETIOLOGÍAS** para el DATH y todas deben ser exploradas con carácter de urgente durante la evaluación, ya que con base a esto se determinará el pronóstico.

Un ejemplo de la complejidad que entraña la etiología se hace evidente al señalar que aunque **NO SE ENCUENTRE UN DAÑO CEREBRAL DEMOSTRABLE** en la evaluación de un determinado paciente, esto no es motivo suficiente para asegurar **QUE ESTE SUJETO NO TIENE DATH**, es menester que tengamos presente que las máquinas que poseemos hoy como el EEG, la IRNM o el TEP (las máquinas por definición siempre tendrán límites, lo cual obliga a su interminable desarrollo y sofisticación para reducir así sus probabilidades de falibilidad) son sólo un **APOYO DURANTE EL PROCESO DEL DIAGNOSTICO**, la última palabra será dictada por el ser humano, o sea, el clínico, el cual debe estar capacitado del suficiente criterio, flexibilidad y conocimiento durante el complejísimo proceso del diagnóstico ¿Cómo se obtienen estas fabulosas habilidades? La respuesta, insisto, es la **PRAXIS**, la praxis debe estar precedida por convicciones asentadas en una aguda inteligencia, en una fructífera experiencia, en la sensibilidad de respetar y comprender los sentimientos de los pacientes, en la seguridad y apoyo que se le pueda inyectar a estas personas; en resumen: el amor a los seres humanos. Estas cualidades inherentes de nuestra especie son las que finalmente deben imponerse a la fría lectura de una máquina. Así pues, volviendo a nuestro ejemplo podemos afirmar que si el clínico identifica el cuadro del DATH mediante un arduo trabajo de evaluación, pero en la lectura del EEG no se hayan indicios de daño cerebral, entonces en vez de desestimar las observaciones y poner en "duda" el diagnóstico, este hecho debe ser tomado en cuenta como parte de un pronóstico positivo.

La Intervención es otro punto muy delicado, si bien insisto en que la atención brindada a los pacientes con DATH debe ser forzosamente de corte multidisciplinario, no debe ser por ningún motivo fuente de confrontación y encono entre los profesionales implicados (Psicólogo, Psiquiatra, Neurólogo, Trabajo social, Enfermería). La preparación y entendimiento de las bases teóricas y clínicas de este síndrome por parte de todos los profesionales antes señalados es la clave fundamental para el trabajo concertado, la ignorancia o un juicio de valor apresurado por parte de cualquier profesional será siempre motivo de discrepancias inocuas y que no benefician en ningún momento al paciente.

Finalmente, quiero aportar las siguientes propuestas y recomendaciones:

- Incluir en el ciclo de Psicología Educativa y Psicología Clínica una revisión más profunda del DATH en niños, adolescentes y adultos y, de ser posible, enfocar esta actividad a la evaluación y atención a la población que presente estas características en las Clínicas de Atención Integral de la FES Zaragoza.
- Instrumentar ciclos de conferencias y mesas redondas que debatan y analicen estos temas, con la participación del personal docente de la facultad, especialistas en la materia que hayan sido invitados y de la comunidad estudiantil.
- Para terminar, considero importante armar brigadas de información que visiten las escuelas primarias y secundarias, con la intención de informar a los profesores sobre los aspectos generales del DATH, pero sobre todo, insistir en las medidas de apoyo y manejo que pueden adoptar los profesores al encontrar niños con DATH dentro de sus salones de clase.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, C. y Melgar, I. (1998, 17 de Abril) Bajaron recursos contra la pobreza. *Reforma*.
- American Psychiatric Association. (APA) (1999) *DSM-IV Manual diagnóstico de los trastornos mentales*. España: Masson S.A.
- Ayilward y Whitehouse, (1987) Learning Disability With and Without Attention Deficit Disorder. En S. J. Cesi (Ed.) *Handbook of Cognitive, Social, and Neuropsychological Aspects of Learning Disabilities* (pp. 321-340) Estados Unidos de América: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Babbitt, W (1997) *Attention Deficit Disorder in adults*.
Internet: <http://www.counseling.org/ctonline/archives/adultadd.htm>
- Beltán, F. y Torres, I. (1999) Hiperactividad: Estrategias de intervención en ambientes educativos. PSICOLOGIA.COM Psicología Científica en Internet. Organización Latinoamericana.
Internet: <http://www.psycologia.com/articulos/ar-jabel01.htm>
- Bellak, L. y Black, R.B. (1992) Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Department of Psychiatry, Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, New York, NY, United States. Journal-Article* ISSN: 0149-2918
- Biederman, J; Faraone, S, V; Spencer, T; Wilens, T; Mick, E. y Lapey, K, A. (1994) Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Psychopharmacology Unit, ACC 725, Massachusetts General Hospital, Fruit Street, Boston, MA 02114, United States. Journal-Article*. ISSN: 0165-1781
- Black, P. (1982) *Disfunción cerebral en el niño*. España: editorial Pediátrica.
- Brooks, D. y Cason, J. (1998, 17 de Abril). Aumentó a 110 millones el número de personas en pobreza extrema en AL. *La Jornada*.
- Calderón, G. R. (1990) *El niño con disfunción cerebral trastornos del lenguaje, aprendizaje y atención en el niño*. México: Limusa
- Casillas, K. (1998, 4 de Junio). Crece la pobreza en países en desarrollo. *El Financiero*.
- Castellanos, A. (1998, 19 de Octubre). En alto rango de pobreza 50% de los hogares de México: Banamex. *La Jornada*.
- Centro Universitario de Consejo y Apoyo Académico (UAASC) Universidad de Massachusetts Amherst (1997) *Referral for Assessment of Adult ADHD*.
Internet: <http://www.umass.edu/counseling/>

CEPAL: en la pobreza, 55% de los campesinos de Latinoamérica. (1998, 24 de Febrero).
La Jornada.

Clarizio H, F. y McCoy G. F. (1981) *Trastornos de la conducta en el niño*. México:
Editorial Manual Moderno

Clínica de Medicina Preventiva de Monterey (2001) *Adult ADHD*
Internet: <http://www.wellnessmd.com/add.html>

Coger, R, W; Moe, K; L. y Serafetinides, E, A. (1996) Attention deficit disorder in adults
and nicotine dependence: Psychobiological factors in resistance to recovery.
*R and D Services, Veterans Administration Medical Ctr., 11301 Wilshire
Boulevard, Los Angeles, CA 90077, United States*. Journal-Article. ISSN:
0279-1072

Compernelle, T. y Postmes, G. (1995) Attention deficit hyperactivity disorder, a frequent
disorder in adults. *Acad. Ziekenhuis Vrije Universiteit, Polikliniek PCD, De
Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, The Netherlands*. Journal-Article.
ISSN: 0303-7339

Conners, C, K; Levin, E, D; Sparrow, E; Hinton, S, C; Erhardt, D; Meck, W, H; Rose, J, E.
y March J. (1996) Nicotine and attention in adult attention deficit
hyperactivity disorder (ADHD). *Civitan Building, 2213 Elba Street, Durham,
NC 27710, United States*. Journal-Article:ISSN48-5764

Cruickshank W, . M. (1990). *El niño con daño cerebral. En la escuela, en el hogar y en la
comunidad*. México: Editorial Trillas, Tercera Edición.

Cuervo, V. J. y Pizano K. V. (1982) *Reunión nacional de higiene y salud mental.
Memoria*. México: Sociedad Mexicana de Higiene y salud
Escolar A.C.

Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder CH.A.D.D (1995)
ADULTS WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER. Internet:
<http://www.lumenary.com/ADULTS%20WITH%20ATTENTION%20DEFICIT%20DISORDER.htm?RDER.htm>

Díaz del Guante, M. A. y Mávil, L. A. M. (1993) *El niño hiperquinético*. México:
Universidad Veracruzana. Dirección Editorial.

Fargason, R, E. y Ford, C, V. (1994) Attention deficit hyperactivity disorder in adults:
Diagnosis, treatment, and prognosis. *Department of Psychiatry, Smolian, 1700
Seventh Ave S, Birmingham, AL 35294-0018, United States*. Journal-Article.
ISSN: 0038-4348

Feifel, D. (1996) Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Department of
Psychiatry, School of Medicine, University of California, 9500 Gilman Dr, San
Diego, CA 92093-0603, United States*. Journal-Article. ISSN: 0032-5481

143

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Finley, K.H. (1963) "Trastornos de la conducta y disfunción cerebral", en Clínicas medicas de Norteamérica. México: Interamericana
- Flores, G. (1998, 23 de Julio). Regresiva distribución del ingreso tras el ajuste estructural. *El Financiero*.
- González, L. (1998, 2 de Junio). Aumenta 1.1% la canasta básica; crece la distorsión de precios. *El Financiero*.
- Hallowell, E, M. y Ratey J, J. (1992) *Déficit de Atención e Hiperquinesia: 50 recomendaciones para el manejo de los trastornos de atención en el salón de clases*. Traducción y adaptación: SINAPSIS. Internet: <http://www.sinapsis.org/deficit.html>
- Hechtman, L. (1989) Attention-deficit hyperactivity disorder in adolescence and adulthood: An updated follow-up. Montreal Children's Hospital, Dept of Psychiatry, PQ, Canada. *Psychiatric-Annals*. Vol 19 (11) 597-603
- Kinsbourne, M y Caplan, P.J. (1990) *Problemas de atención y aprendizaje en los niños*. México: Ediciones Copilco.
- Koppitz, E, M. (1976) *Niños con problemas de aprendizaje*. Argentina: Ediciones Guadalupe.
- Laufer, M.W. y Denhoff E. (1957) Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal Pediatrist* 50:463-474
- López, S. C y García S. J. (1997) *Problemas de atención en el niño*. España: Ediciones Pirámide S.A.
- Luria.A.R. (1989) *El cerebro en acción*. México: Ediciones Roca S.A.
- Mannuzza, S; Klein, R; G; Bessler, A; Malloy, P. y LaPadula, M. (1993) Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Department of Clinical Psychology, New York State Psychiatric Institute, 722 W 168th St, New York, NY 10032, United States*. Journal-Article. ISSN: 0003-990X
- McNellis, K. L. (1987) In Search of the Attentional Deficits. En S. J. Cesi (Ed.) *Handbook of Cognitive, Social, and Neuropsychological Aspects of Learning Disabilities* (pp. 64-83) Estados Unidos de América: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Matochik, J,A; Nordahl, T, ;E; Gross, M; Semple, W, E; King, A, C; Cohen, R, M. y Zametkin, A,J. (1993) Effects of acute stimulant medication on cerebral metabolism in adults with hyperactivity. *National Institute of Mental Health, Section on Clinical Brain Imaging, NIH, Bethesda, MD 20892, United States* Journal-Article. ISSN: 0893-133X

- Montaño, M.T. y Mosqueda, S. (1998, 2 de Abril). Insuficiencia de los programas contra la pobreza. *El Financiero*.
- Montgomery, Sabatino y Spoentgen. (1987) Psychosocial Aspects of Learning Disabilities. En S. J. Cesi (Ed.) *Handbook of Cognitive, Social, and Neuropsychological Aspects of Learning Disabilities* (pp. 252-270) Estados Unidos de América: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Morales, A. E. C. (1990) *Disfunción cerebral mínima. Conceptos y clasificación actual (Revisión bibliográfica)*. México: Tesis UNAM. Facultad de Psicología.
- Moreno, G. I. (1995) *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. España: Ediciones Pirámide S.A: Madrid
- Murphy, K. y Barkley, R. A. (1996) Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Department of Psychiatry, Univ. of Massachusetts Med. Center, 55 Lake Avenue North, Worcester, MA 01655, United States: Journal-Article.* ISSN: 0010-440X
- Nacional Attention Deficit Disorder Association (NADDA) (2001) *Couples And ADD* Internet: <http://www.add.org/content/family/couple.htm>
- Nacional Institute of Mental Health. NIMH (1999) *Trastorno Hiperactivo de déficit de Atención*. Internet: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spadhhd.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (1994) *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. España: Técnicas Gráficas FORMA S.A.
- Orjales, V.I. (1999) *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. España: Ciencias de la Educación Preescolar y espacial.
- Ortiz, I. E; Sáenz, S; Escalona, R y Vargas, M.A. (1997) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina de Nuevo México y Hospital de Veteranos, Albuquerque, Nuevo México.
Internet: <http://users.rcn.com/icps/Medico/MEDICO96/September/Ortiz.html>
- Patton, Payne J., Kauffman, Brown, Payne R. (1991) *Casos de educación especial*. México: Editorial Noriega Limusa, Primera Edición.
- Pérez, M y Pérez, M. (2000, 8 de Agosto) Más de un millón de personas desnutridas en Guanajuato. *MILENIO Diario*.
- Pineda, D y Rosselli, M. (1997) *Neuropsicología infantil*. Colombia: Prensa creativa. 2º. Edición.

- Puente, RM; Barriga V. F.; Velez R. C y Bautista C. J. (1979) *Síndrome de disfunción cerebral. Síndrome del niño maltratado*. México: Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Instituto Politécnico Nacional.
- Salmeron, I. (1998, 3 de Marzo). Erradicar pobreza extrema tardaría 40 años: Del Val. *El Nacional*.
- Silva, R; Muñoz, D y Alpert, M. (1996) Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention- deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Child/Adolescent Psychiatry Division, St. Luke's/Roosevelt Hospital Center, 411 W114th Street, New York, NY 10025*. United States Journal-Article ISSN: 0890-8567
- Smith, A. (1986) *La mente*. (Vol 1) España: Salvat Editores S.A.
- Swift, D. (1999) *Adult ADHD not a myth* Internet:
<http://www.medicalpost.com/mdlink/english/members/medpost/data/3502/41B.HTM>
- Tallis, J. (1982) *Metodología diagnóstica en la disfunción cerebral mínima. Enfoque neuropsicológico*. Argentina: Paidós
- Taylor, E. A. (1991) *El niño hiperactivo*. España: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Toone, B; Clarke, M. y Young S. (1999) Trastorno de hiperactividad con déficit de atención en adultos. *Avances en Psiquiatría*, Julio de 1999, Volumen 5, Número 2, pp. 28-34
- Tornopol.L. (1986) *Dificultades para el aprendizaje*. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana.
- van-Wielink, M. G. (2000) *Déficit de atención con hiperactividad*. México: Impresora Formal.
- Velasco, F. R. (1980) *El niño hiperquinético*. México: Trillas.
- Wender, P. H. (1996) *ADHD in Adults*. Psychiatric Times CME. Vol. XIII 7a impresión.
 Internet: <http://www.mhsource.com/pt/p960741.html>
- Wikler, A.W. (1970) Brain function in problem children and controls: psychometric, neurological and electroencephalographic comparison. *American Journal Psychiatry*. 127:634
- Zametkin, E, A, J; Phillips, R, L y Cohen, R, M. (1998) Age-related changes in brain glucose metabolism in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and control subjects. *Laboratory of Cerebral Metabolism, Building 36, Convent Drive, Baltimore, MD 20892-4030, United States*. Article. ISSN: 0895-0172

ANEXO I

Cuestionario de San Buenaventura

CUESTIONARIO BREVE PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION*

Nombre del niño _____ edad _____
 año escolar _____ llenado por _____
 parentesco _____ escolaridad del informante _____
 fecha _____

Puntos**: Nunca (0) Algunas veces (1) Muchas veces (2) Casi siempre (3)

	INATENCIÓN	**
1	No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas.	
2	Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.	
3	No parece escuchar lo que se le dice.	
4	No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o las obligaciones en casa a pesar de comprender las órdenes.	
5	Tiene dificultades en organizar las actividades.	
6	Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos.	
7	Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades.	
8	Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.	
9	Olvidadizo en las actividades de la vida diaria.	
	HIPERACTIVIDAD- IMPULSIVIDAD	
10	Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado.	
11	Se levanta de su lugar en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado.	
12	Corretea y trepa en situaciones inadecuadas.	
13	Dificultades para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto.	
14	Está permanentemente en movimiento como si tuviera un motor por dentro.	
15	Habla demasiado.	
16	Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas.	
17	Tiene dificultades para permanecer en fila o esperar turno en los juegos.	
18	Interrumpe las conversaciones o juegos de los demás.	

Resultado: 0 a 1 = 0 puntos, 2 a 3 = 1 punto; se suman todos los puntos, si la suma es menor de 6 No hay criterios para el diagnóstico Inatención: se considera TDA tipo II Hiperactividad, impulsividad: Se considera TDA tipo III.

*Criterios del DSM IV para el TDA, The University of Georgia, Instituto Neurológico Universidad de Antioquía, Universidad de San Buenaventura.

ANEXO II

Escalas de evaluación para adolescentes con DATH que se pueden enviar por correo

QUIEN LA REALIZA	ESCALAS
PADRES	DSM-IV Escala para medir el TDA (<i>ADHD Rating Scale</i>), de Conners para padres (<i>Conners Parent Rating Scale revised</i>), Lista de Asuntos (<i>Issues Checklist</i>), Cuestionario para comportamiento conflictivo (<i>Conflict Behavior Questionnaire</i>)
MAESTRO	Perfil de atención en niños (<i>Child Attention Profile</i>), Escala para maestros de Conners (<i>Conners Teacher Rating Scale</i>), Vigilancia del desempeño en clase (<i>Classroom Performance Survey</i>)
ADOLECENTE	Autoreportes para TDA (<i>ACTeRs Self Report</i> , <i>ADD/H Self report Scale</i>), Escala de Brown para TDA (<i>Brown Attention Deficit Disorder Scales</i>), Cuestionario para comportamiento conflictivo (<i>Conflict Behavior Questionnaire</i>), Lista de asuntos (<i>Issues Checklist</i>).

ANEXO III

Esquema para la toma de la historia clínica en los problemas escolares

- I. Resumen del problema presentado, con las ramificaciones relativas a:
 - A) Aprendizaje de materias escolares
 - B) Comportamiento en el salón de clases
 - C) Problemas emocionales del niño, como aquellos que provienen del temor al fracaso repetido
 - D) Relaciones con sus compañeros
 - E) Relaciones con padres y hermanos
- II. Problemas de aprendizaje e hiperactividad en los padres, abuelos y hermanos
- III. Embarazos y nacimientos
- IV. Indicadores de desarrollo antes de la entrada a la escuela
 - A) Desarrollo motor
 1. Grueso
 2. Fino
 - B) Desarrollo del lenguaje
 - C) Otro desarrollo cognoscitivo
- V. Patrones de sueño y alimentación a partir del nacimiento
- VI. Estilo interpersonal a partir del nacimiento
 - A) Como lactante - ¿Cariñoso o rígido? ¿Sobreactivo o quieto? ¿Propenso a los berrinches, al balanceo, a golpearse la cabeza?
 - B) Como niño - relaciones con sus compañeros y hermanos
- VII. Historia escolar
 - A) Materias escolares básicas (lectura, escritura y aritmética)
 1. ¿Algún maestro ha recomendado que se preste ayuda especial a este niño?
 2. ¿Ha recibido alguna vez educación especial?
 - a) ¿Dentro o fuera de la escuela?
 - b) ¿Impartida por quién?
 - c) ¿Cuánto tiempo duraba cada sesión y cuántas recibió el niño?
 - d) ¿Cuál fue la respuesta emocional del niño a esta educación?
 - e) ¿Hizo algunos progresos el niño gracias a ella?
- VIII. Relaciones familiares
 - A) Edad de los padres y número y edad de los hermanos
 - B) ¿Quién vive en el domicilio familiar?

- C) ¿Quién está más cerca de quién?
- D) ¿Tiene el niño su cuarto propio?
- E) ¿Cuánto tiempo pasa cada padre con el niño?
- F) ¿Qué tipo de relación tiene cada padre con el hijo?
- G) ¿Qué metas tienen los padres para su hijo?
- H) ¿Qué desilusión ha tenido cada uno de los padres con el niño?

IX. Cualidades del niño

- A) Habilidades
- B) Personalidad

X. Circunstancias escolares

- A) ¿En qué tipo de salón de clases está el niño?
 1. Estructurado
 2. Abierto
- B) ¿Cuáles son los recursos disponibles?
 1. ¿Hay en esa escuela otro tipo de salón de clases?
 2. ¿Hay en esa escuela algún tipo de ayuda especial (grupo pequeño o enseñanza individual)?

XI. ¿A cuántos profesionales se ha consultado antes y por qué razón?

¿Cuáles fueron sus veredictos?

(Esto debe averiguarse de inmediato, si es necesario, para conocer si los padres tienen sentimientos de culpa, o ignoran las necesidades de su hijo, o suponen que el entrevistador es omnipotente)

XII. ¿Quién propuso la consulta (la escuela, los padres, el niño, o el médico)? ¿Por qué (cuál fue el factor precipitante inmediato)?

XIII. ¿Qué decisiones deben tomarse?

- A) Decisiones de tipo educacional y médico
- B) Decisiones relacionadas con la familia que incluyan pruebas de la realidad, esperanzas, presiones existentes, ayuda para las tareas en casa, etcétera.