

331525
2



UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL XOLA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

Clave 3315-25

**"ESTUDIO COMPARATIVO DEL GRADO DE AGRESIÓN ENTRE NIÑOS DE 8 A 12
AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA-H) Y NIÑOS QUE NO PRESENTAN EL
TRASTORNO "**

T E S I S

Que para obtener el Titulo de:

Licenciado en Psicología

PRESENTA

IVETTE LUCERO SANTOS

Enero 2003

ASESOR DE TESIS: LIC. Miguel Angel Morales Molina.



1



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Estar muy alegre.- El que está muy alegre debe ser un buen hombre: Pero quizá no sea inteligente, aunque alcanza aquello a que aspira el más inteligente con toda la fuerza de su inteligencia.

Nietzsche, 1999

A MI FAMILIA

Desde el inicio de mi vida han vigilado mi existir, enseñándome el valor y la voluntad de triunfar en una pasión, que no es más que la voluntad de una o de varias pasiones, hoy doy gracias a mi padre Antonio, a mi madre Luisa, y a mi hermano Abel por darle amor y libertad a mi ser.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1.

1.DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA-H)	
1.1.ANTECEDENTES TEÓRICOS	1
1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TDA-H.....	9
1.3. PREVALENCIA.....	11
1.4. CURSO.....	13
1.5. ETIOLOGÍA.....	14
1.5.1. Factores Endógenos.....	14
1.5.1.1. Factores Hereditarios.....	14
1.5.1.2. Factores Biológicos.....	16
1.5.1.3. Factores Adquiridos.....	17
1.5.1.4. Factores Individuales.....	17
1.5.1.5. Factores Neuropsicológicos.....	18
1.5.2. Factores Exógenos.....	19
1.5.2.1. Factores Familiares.....	19
1.5.2.2. Factores Sociales.....	21
1.6 SINTOMATOLOGÍA.....	24
1.6.1. Criterios DSM-IV para falta de Atención.....	25

1.6.2. Criterios DSM-IV para Hiperactividad-Impulsividad.....	26
1.6.3. Criterios para el Diagnóstico según el DSM-IV.....	27
1.7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	28
1.7.1. Diagnóstico.....	28
1.7.2. Prevención.....	36
1.7.3. Pruebas Complementarias.....	37
1.8. TRATAMIENTO.....	38
1.9. PRONÓSTICO.....	44
1.10. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 1.....	45

CAPÍTULO 2

2. AGRESIÓN DEL NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD

2.1. Agresión del niño de 8 a 12 años.....	49
2.1.2. Definición de Agresión.....	52
2.2. TIPOS DE AGRESIÓN.....	54
2.2.1. Agresión Activa.....	55
2.2.2. Agresión Pasiva.....	55
2.2.3. Agresión Verbal.....	56
2.2.4. Agresión Física.....	56
2.3. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 2.....	58

CAPÍTULO 3

3. DESARROLLO SOCIAL Y ESCOLAR DEL NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD.	
3.1. Desarrollo Social y Escolar del Niño de 8 a 12 Años de Edad.....	59
3.2. Desarrollo Social y Escolar del Niño Hiperactivo-Agresivo de 8 a 12 Años de Edad.....	72
3.3. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 3	80

CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	83
4.2. JUSTIFICACIÓN	83
4.3. OBJETIVO GENERAL	84
4.4. HIPOTESIS GENERAL	85
4.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	85
4.6. VARIABLES Y DEFINICIONES	86
4.6.1. Variables.....	86
4.6.2. Definición Conceptual.....	86
4.6.3. Definición Operacional.....	87
4.7. MÉTODO	88
4.7.1. Muestreo.....	88
4.7.1.1. Muestra.....	88
4.7.2. Escenario.....	91

4.7.3. Instrumentos.....	92
4.7.3.1. Dibujo de la Figura Humana.....	92
4.7.3.2. Test Gestáltico Visomotor.....	97
4.7.3.3. Cuestionario Clínico para Padres.....	100
4.7.3.4. Guía de Observación Descripción del Alumno.....	101
4.7.4. Material.....	102
4.7.5. Procedimiento.....	103
4.8. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 4.....	106

CAPÍTULO 5

5. RESULTADOS.....	108
5.1. Análisis de resultados.....	115
6. CONCLUSIONES.....	121

7. APÉNDICE.

- A
- B
- C
- D
- E

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es comparar el grado de agresión en niños con Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA-H y un grupo sin el Trastorno, por medio del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz del Indicador Emocional (IE) In-Agresividad; el G.B. de Bender evaluado bajo la Escala de Maduración de Koppitz, del Indicador Emocional (IE) Repaso del Dibujo o de los Trazos, de Impulsividad-Agresividad. La muestra de estudio está formada por 10 niños con (TDA-H) tomados del Centro Diagnóstico y Atención en Problemas para el Aprendizaje (DAPA), conformado por 2 niñas y 8 niños con edades de 8 a 12 años, de un nivel socioeconómico de clase media baja. El grupo control sin (TDA-H) está compuesto por 3 niñas y 7 niños, del Centro Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (C.DIF.DF) del Área de Manualidades dirigido al Público, está formado por un muestreo no probabilístico intencional, ya que se seleccionó cuidadosamente a los sujetos uno a uno de acuerdo a las condiciones, edad sexo y nivel socioeconómico. Los resultados obtenidos de las pruebas del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz y el Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender (G.B.) fueron analizados de acuerdo al parámetro establecido de cada Indicador Emocional (IE) de Agresividad de ambas pruebas; tomando los índices de cada muestra, para establecer los parámetros de agresión. Los resultados indican diferencias significativas ya que se observa una mayor tendencia de agresión, entre los resultados del grupo con TDA-H a diferencia del grupo sin el trastorno. Sin embargo se encontró que en DFH y G.B. del grupo sin el trastorno, no hubo evidencia significativa de indicadores, por otro lado el grupo con TDA-H muestra un mayor número de indicadores emocionales de agresión. Además se considera que la problemática principal presente del trastorno tiene una influencia importante para desencadenar conductas agresivas en el niño. Finalmente la investigación ofrece aportaciones nuevas acerca del TDA-H, por lo que se cree conveniente investigar más acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (TDA-H) ya que puede ser un precursor de riesgo en la adolescencia y adultez de conductas antisociales y delictivas.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día sabemos que en nuestro país el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H), va en aumento y que es un Diagnóstico que con frecuencia se presenta en Servicios de Psiquiatría Infantil, presentando hasta el 45% de consultas de la Unidad Terapéutica de Niños y Adolescentes (UTNA), según las investigaciones de (Veladez y Verduzco, 1986)

Por lo que constituye un determinante esencial en el curso y pronóstico. Por esta razón es importante la difusión de información al respecto, que ayude a los padres, profesores y a los propios niños con TDA-H a manejar sus síntomas.

La historia del TDA-H ha sido muy controvertida, considerándose como un problema de Aprendizaje. Con el pasar del tiempo, su definición actual llegó a ser Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

En muchos casos el trastorno persiste en la adolescencia y la edad adulta, creando problemas incluso graves en las personas que lo sufren y a cuantos están a su alrededor también puede verse afectado en el trabajo, las relaciones sociales, recurrir al abuso de drogas, alcohol y delincuencia

El pronóstico indica que el TDA-H es un precursor de riesgo del desarrollo de conductas Antisociales y Delictivas en la adolescencia.

Hay que subrayar la necesidad de conocer el TDA-H, prevenirlo, plantear estrategias específicas y tratamientos para modificar el pronóstico del trastorno a largo plazo.

Asimismo, el aspecto Psicológico juega un papel importante dentro de lo emocional ayudando a manejar las frustraciones del niño, que aprenda a aceptarse con el TDA-H y mejorar su autoestima así como las conductas existentes en el TDA-H.

Con relación al objetivo de la investigación, es comparar cuál es el grado de agresión entre niños de 8 a 12 años de edad con TDA-H y niños que no presentan el trastorno, se observa que las muestras obtienen diferencias significativas respecto al grado de agresión como resultado del TDA-H.

Ahora bien, en la investigación se exponen los hallazgos más importantes, las definiciones, antecedentes, etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento del TDA-H; así como la agresión del niño de 8 a 12 años de edad, su desarrollo social y escolar, finalizando con desarrollo social y escolar del niño hiperactivo agresivo.

Finalmente, se expone el contenido de las Pruebas del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz, y la Prueba del Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender y la Escala de Maduración de Koppitz, haciendo mención de algunas investigaciones en nuestro país que han utilizando estas pruebas.

Posteriormente, aparecen los resultados encontrados en la investigación, así como en análisis de resultados y conclusiones, abriendo paso a investigaciones futuras.

CAPÍTULO

1

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA-H)





CAPÍTULO I

1. DEFINICIÓN ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

I.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA-H.)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Para entender más acerca del trastorno es necesario conocer las diferentes conceptualizaciones que se han investigado a lo largo de la historia, como intentos de explicación de las causas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) Que se mencionan a continuación:

La historia de la hiperactividad del infante parte de varias formas de desviación social a finales del siglo XIX, más que el resultado de una ciencia ética y socialmente equilibrada, la idea del síndrome fue el interés de una ciencia saturada de creencias. Por lo que llevó a Inglaterra del siglo XIX a intensos cambios económicos, políticos y sociales. Esta sociedad se caracterizó por una jerarquía de categorías, donde las "clases inferiores" fueron las que sufrieron más la transformación económica.



En 1901 Rowntree, señala que el desempleo se incrementó y muchos "errantes" vagaban por el territorio. Los hombres, mujeres y niños, laboraban muchas horas a salarios bajos y la forma de vida de estos habitantes era en condiciones inestables e irresoluble. En éste mismo siglo XIX, la clase alta y media empezó a alterarse por el carácter y la actitud de las clases bajas, y esto fue considerado como inmoral, así mismo apareció un gran porcentaje de alcoholismo y prostitución. (Taylor, 1991)

Para el año de 1902 George Still y Alfred Tredgold, dieron a conocer la primera descripción clínica del cuadro quienes la conceptualizaron como "*defectos en el control moral*". En consecuencia señalaron un mayor índice de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad y especificaron, como en la sintomatología más destacable del cuadro, los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta y los problemas para mantener la atención.

En 1908 Tredgold, planteó una educación especial para los niños que tenían atención difusa y conducta social inapropiada. En este mismo año fue aceptado profundamente que los niños con este tipo de conducta podían ser ayudados por un periodo con medicación y educación especial.



Así mismo, después de la primera Guerra Mundial, (1917-1918) una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos observa una sintomatología muy parecida en individuos que habían sufrido esta enfermedad. Estos demostraban similares síntomas a los de los niños hiperkinéticos como resultado de una consecuencia posencefálica. Muchos infantes mostraban un cuadro muy semejante al expuesto por Still (hiperactividad, impulsividad, intolerancia a la frustración, fuerte labilidad emocional y conducta antisocial)

Durante algunos años los menores que presentaban síntomas típicos de ADHD (hiperactividad, impulsividad e inatención) se les consideró como poseedores de una lesión o de disfunción cerebral mínima que procedía de una secuela posencefálica o de un traumatismo durante el parto (trauma perinatal.) Estas falsas lesiones cerebrales mínimas nunca se pudieron explicar ni localizar. (Gratch, 2000)

En la década de los años 20 centros residuales de tratamiento fueron abiertos para el cuidado de estos niños. Kahn y Cohen, (1934) afirmaron que el estado clínico del niño se caracterizaba por hipercinésia, incapacidad para permanecer quietos, torpeza, y explosividad en la actividad voluntaria. Y sus conclusiones fueron que estos síntomas conductuales fueron causados por el daño que la encefalitis había ocasionado en el tallo cerebral. (Taylor, 1991)



Posteriormente en la llegada de los años 30 Arthur Strauss, propone estudios para diferenciar a los niños con daño y los que no presentaban daño cerebral; en este periodo se les consideró como retardados mentales al describir su población con daño cerebral. Strauss se dió cuenta que los niños con daño cerebral, tenían problemas crónicos en la formación de conceptos, uso del lenguaje, control emocional, percepción de nueva información y del contexto alrededor de ellos y de comportamiento social; decide llamarlos niños distraídos ("tratados por estimulación externa"), impulsivos ("no pueden planear una acción"), perseverantes ("la perseverancia obstruye el entendimiento del niño de una acción con propósito"), e Hiperactivo. ("desinhibición motora")

Finalmente Strauss explica que la población tenía problemas para el aprendizaje cognitivo. A finales de este año Kahn, Cohen, Bradley y Strauss, dieron a conocer el término "*Síndrome por Daño Cerebral Mínimo*". (Geours, 1999)

A partir de 1937 gracias a Bradley, se determinó el "*efecto paradójico tranquilizante*" de los psicoestimulantes, en los menores hiperkinéticos que fueron medicados con benzedrina. Este fue un periodo muy valioso para la historia de la psiquiatría pues en este momento se consideró el inicio de la psicofarmacología infanto-juvenil.



Tiempo después Bradley, dió a conocer la importancia y la actividad de las anfetaminas para disminuir la conducta disruptiva, los trastornos de conducta, como la impulsividad y la hiperactividad de los infantes.

En el transcurso de la década de 1942, se dió a conocer el concepto de "*retardo de maduración*", planteado por Lauretta Bender. En este punto se sugiere que los comportamientos por "*síndrome por daño cerebral mínimo*" (SDCM), podían ser a consecuencia de una maduración lenta o atrasada de porciones del sistema nervioso central. Los infantes con SDCM pudieron vencer al menos algunos de los síntomas al pasar de la adolescencia a la adultez.

En 1950 se reunieron al arsenal psicofarmacológico de niños y adolescentes los fármacos antipsicóticos (clorpromazina y otros) también los antidepresivos y el carbonato de litio.

Por otra parte, Ingram (1956) y otros médicos británicos, definieron y dieron el nombre de "*síndrome de hiperactividad*" y determinaron que el síndrome se caracterizaba por distractibilidad, sobre actividad, así como falta de concentración, lo cuál era poco común, grave y eventualmente siempre estaba relacionado con epilepsia u otra evidencia determinada de lesión cerebral como la hemiplejía o la encefalítis.



En el año de 1957, se publica el primer texto de investigación en psicofarmacología (Child Research in psychopharmacology.) Al comienzo de 1960 se incluyó el uso de las benzodiazepinas, (diazepam) y el clordiazepóxido.

En este mismo año Stella Chess (1960) define: *" El niño hiperactivo es aquel que realiza sus Actividades a un promedio de velocidad mayor que el niño promedio, o que está constantemente en movimiento, o ambos."*

Recién 1968, se publicó la segunda edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana. Introdujo la clasificación diagnóstica como *"Desorden Infantil de Reacción Hiperkinética"*. Y decidió nombrarlo como el Síndrome por Daño Cerebral Mínimo (SDCM.) En los niños y adolescentes que eran excesivamente activos.

En sus escritos Virginia Douglas 1972, señala que las características más importantes del síndrome era la dificultad para contener la atención por un largo tiempo y para mantener sus impulsos. Incluso esto fue para el diagnóstico más significativo que la hiperactividad. Conforme a las primeras clasificaciones del trastorno, el cuadro obtuvo el nombre de ADD (attention deficit disorder), ADHD (attention deficit hiperactivity disorder), y ADD-RT (attention deficit disorder-residual type/ trastorno por déficit de atención tipo residual) (s/DSM III-R) de esta manera, el cuadro se mostró de tres formas:



- Sin hiperactividad: presentan problemas de atención sin hiperactividad.
- Con hiperactividad: niños extremadamente inquietos, al antes llamado síndrome hiperkinético.
- ADD residual. : quiere decir que las personas que sufrieron en su niñez, arrastraron con sus problemas emocionales o psicológicos del ADD no tratado.
- Estos síntomas suelen aparecer generalmente en la adolescencia y adultez y un requisito esencial para ser considerado un ADD-ADHD residual es haber padecido estos síntomas durante la niñez.

Por lo que respecta a Kinsbourne y Caplan, (1979) explicaron que el síndrome hiperkinético es en su mayoría de índole médico. Y en ocasiones es muy conveniente la modificación de la conducta y la participación en clases especiales de esta manera, la medicación con estimulantes es por lo general la única terapia.

A la llegada de los 80, los instrumentos diagnósticos se perfeccionaron y surgió el aumento de los estudios psicofarmacológicos que se controlaban con placebos, igualmente surgieron instrumentos más sofisticados en neuroimágenes, neurofisiología, y se fortaleció la idea de que el tratamiento requiere de psicoterapia, intervención educativa, orientación a los padres y a los maestros en el manejo de la conducta de estos niños como un tratamiento integral y por supuesto la medicación. (Joselevich, 2000)



Según investigaciones en nuestro país de Masías Veladez y Verduco (1981), en Septiembre, la Unidad Terapéutica de Niños y Adolescentes (UTNA) del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, destaca un predominio de varones en los trastornos de aprendizaje, así como el síndrome hiperquinético. Dentro de las investigaciones del programa UTNA al seleccionar 50 casos al azar de 460 vistos dentro del programa, a los que se les aplicó un cuestionario de concentración de datos clínicos que fueron computados posteriormente; los resultados muestran una frecuencia de síntomas elevados en los niños: inatención (81%), hiperquinécia (64%), y algunos signos que se agrupan dentro de la falta de control de impulsos, baja tolerancia a la frustración así como agresividad, desobediencia, verborrea, hurtos, berrinches, y falta de aprendizaje escolar en un (78%)



1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

En resumen, cuando hablamos de un niño hiperactivo nos referimos a lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual de Diagnostico Estadístico ha denominado con el nombre más largo y mucho más específico: ***"EL DESORDEN POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD"***.

El trastorno de hiperactividad y déficit de atención (TDA-H) o (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD); Es un trastorno en el cuál la persona tiene grados inapropiados de desatención, impulsividad, e hiperactividad, que mencionaremos en que consisten más adelante. Actualmente el trastorno hiperactivo es visto como un trastorno de índole Neuropsicológico. (Barkley, 1990)

El TDA-H es un padecimiento donde al niño le es difícil centrar su atención en un estímulo y concentrarse en él, esto es muy notorio, en su conducta ya que se observa desorganizada e impulsiva y repercute en la familia y en la escuela.

Las alteraciones son identificadas primero por el padre en la casa, y el profesor en el salón de clases, estos pequeños dan la impresión de que escuchan mal, están inquietos, trabajan en forma irregular y descuidada. También tienen problemas en la relación con sus compañeros, mala conducta y generalmente son los llamados "niños problema".



Los comportamientos más comunes son tres:

- **falta de atención:** dificultad para concentrarse en una sola actividad, se aburren con facilidad. Estos sujetos presentan atención en forma automática si se trata de una actividad que sea de su agrado, sin embargo para concentrarse en alguna tarea o aprender le es muy difícil.

- **hiperactividad:** Siempre están en movimiento, no pueden permanecer quietos, hablan demasiado, y sentados por largo tiempo puede ser muy difícil.

- **Impulsividad:** parece que son incapaces de controlar sus reacciones inmediatas, no piensan antes de actuar, hacen comentarios no apropiados, cruzan la calle sin mirar, debido a que su impulsividad hace que no puedan esperar su turno. (Fernández, 2002)

Una característica quizá la más llamativa del infante hiperactivo es el exceso de actividad motora que sobrepasa los límites de normalidad para su edad y su nivel madurativo (en el caso de los niños con trastorno del desarrollo, para poder valorar si su conducta es hiperactiva, es necesario comparar su actividad motriz con la edad mental y no con su edad cronológica.)



Por otro lado Orjales, (1998) reafirma que *"A pesar de ser este el síntoma más llamativo del trastorno, en la mayoría de los casos la inquietud motora desaparece una vez entrada la adolescencia, mientras que los problemas de atención y la impulsividad persisten hasta la edad adulta"*.

1.3. PREVALENCIA

Se evaluó que no menos de un 6 % de los menores en edad escolar presentan el cuadro, aunque en realidad las cifras pueden ser muy superiores. además se describe predominio tres o cuatro veces más alto en varones que en mujeres. Si se analizan los estudios en infantes en edad escolar ó adolescentes, es muy probable la existencia del cuadro con frecuencia similar en ambos sexos.

La errónea apreciación hasta tiempos recientes se localizaba en que existía una mayor prevalencia de hiperactividad en varones que los derivados del cuadro de las mujeres, ya que en ellas predomina el déficit de atención. Costraviejo, (1999) en sus escritos señaló que *" Tampoco pueden descartarse diferencias de prevalencia en relación con razas, etnias y culturas debido a la importancia de los factores genéticos en la transmisión y a que, alteraciones que comienzan siendo de origen ambiental, puedan transformarse en genéticas con el paso de generaciones"*.



Se observó en algunos estudios, que a continuación se mencionan sobre la tasa de predominio del trastorno de conducta cuando se analizan los factores de riesgo para padecer un trastorno de conducta, y se dio una determinación general para los puntos siguientes:

- El trastorno de comportamiento es más frecuente en hombres.
- Para algunos investigadores las tasas de prevalencia son inversamente iguales al nivel socioeconómico, aunque específicamente en este punto existen desacuerdos, pues otros no encuentran una relación tan estrecha.
- El trastorno de conducta es probable que aumente con la edad.
- Los problemas en el medio familiar y el bajo rendimiento escolar, son otros dos factores de riesgo.

En un estudio realizado por Ortuño Sánchez Perreño, P. Lorenz Rodríguez, J.J. Plumea Domingo, G. Selva Negra y R. Tabares Seisdedos, sobre la prevalencia de trastornos mentales de niños realizado en la ciudad de Valencia, se encontró con una muestra de niños de tres edades; 8, 11 y 15 años. que la tasa de trastorno de conducta resultó ser de 1.7%, 4.1% y 6.9% respectivamente, observándose que ésta tiende a aumentar con la edad. En otro estudio realizado en Estados Unidos, menciona Ortuño que se encontraron tasas alrededor del 9.5% (1990.) Un 33% de los escolares con incapacidades de aprendizaje



satisficaban los criterios de trastorno de déficit atencional con hiperactividad. Además, se sugieren diferencias en la presentación clínica, ya que las mujeres exhibieron mayores déficits cognitivos y de lenguaje, mientras que los hombres mostraron más agresión física y pérdida de control de los impulsos.

Las niñas tendieron a exhibir autoestima más baja y sufrir más rechazo por parte de sus compañeros. Por lo que constituyen un grupo de riesgo significativo de dificultades académicas, emocionales y sociales a largo plazo.

1.4. CURSO

El curso del trastorno de hiperactividad y déficit de atención es diferente en algunas personas. Los síntomas comienzan generalmente antes de los 7 años de edad.

Pero no todos los niños sobre activos llegan a desarrollar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es preciso ser cuidadoso al establecer un diagnóstico en los primeros años de vida del infante. En la mayoría de los casos el trastorno se conserva relativamente duradero a lo largo de los primeros años de la adolescencia. En la mayoría de los individuos los síntomas disminuyen a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta, aunque muy pocos experimentan el cuadro sintomático completo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en plena edad adulta. (DSM-IV, 1995)



1.5. ETIOLOGÍA

Para comprender las causas del TDA-H es necesario dividir las en dos grupos principales. Los factores endógenos que se refieren a alteraciones que se dan en las etapas pre, peri y postnatales que tienen su origen en causas internas. Y los factores exógenos o sociales cuyo origen se establece en causas externas.

1.5.1. FACTORES ENDÓGENOS

1.5.1.1. FACTORES HEREDITARIOS

Cuando los padres tienen un niño que no lo pueden controlar y no entienden porque se comporta de esa manera, buscan explicación de qué fue lo que pudo afectar la vida del niño, como el provenir de un embarazo no deseado, pérdida de otros embarazos anteriores, el lugar que ocupa el niño dentro de la familia, la muerte de un familiar, la separación de los padres, o que sea un hijo adoptivo. Cuando los padres no pueden controlar la conducta de su hijo desarrollan sentimientos de culpa y tienen dudas con respecto a la crianza como tales, y sienten que es allí donde está el origen del problema. Pero estos factores son estudiados y ninguno de ellos alcanza para dar explicación al cuadro.



Es importante mencionar que se trata de un problema histórico en el menor; que siempre estuvo ahí, y que se manifestó inicialmente antes de los 6 años. Los factores genéticos están implicados en la etiología del AD/HD y aunque no se sabe el tipo de transmisión genética, existen tres tipos de investigación:

El primero son los estudios familiares. Se ha encontrado mayor frecuencia de enfermedades psiquiátricas dentro de las familias biológicas de los infantes con AD/HD, especialmente psicopatía, depresión, trastorno de conducta, personalidad antisocial y alcoholismo.

El segundo estudio son los gemelos idénticos. Se demuestra una relación superior al 80% para la hiperactividad ya que comparten el mismo pool (información) genética, a diferencia de los gemelos fraternos que comparten el 50 % de los genes. Cuando uno de los gemelos idénticos padece hiperactividad, en el 80% de los casos el otro también lo padece.

En los estudios de adopción: hay un mayor índice de AD/HD en padres y hermanos biológicos de infantes con AD/HD que en los padres adoptivos. (Joselevich, 2000)



1.5.1.2. FACTORES BIOLÓGICOS

Velasco, (2000) explica que los factores endógenos específicamente se refieren a las causas con bases biológicas como complicaciones en el periodo prenatal, perinatal y postnatal que han sido relacionadas como una influencia del TDA-H.

Prenatales: (durante el embarazo). En este periodo, la madre puede presentar infecciones, como rubéola, anoxia (falta de oxígeno) del producto "in útero" que se produjo por alguna situación como: anemia grave por parte de la madre, hemorragia cerebral en el producto, y la exposición excesiva a los rayos X.

Perinatales: (durante el parto) Anoxia del neonato producida por una situación como: Obstrucción mecánica respiratoria, y el mal uso de los sedantes o anestésicos administrados a la madre, así como partos muy complicados.

Postnatales: (después del nacimiento) Cuando hubo enfermedad infecciosa durante los primeros meses de vida del niño, como la tosferina, sarampión, encefalitis, escarlatina, meningitis y los traumatismos craneáneos.



1.5.1.3. FACTORES ADQUIRIDOS.

En lo referente a los casos hereditarios, están los de origen adquirido. Costraviejo, (1999) dice que en los últimos años se observa un incremento de este grupo debido principalmente a un gran número de niños prematuros y con peso muy bajo, a veces provenientes de partos múltiples que salen adelante gracias a los sofisticados cuidados intensivos neonatales, otras causas pueden ser traumatismos craneales; es decir golpes en la cabeza. Esto puede referirse a la etiología del problema.

1.5.1.4. FACTORES INDIVIDUALES

En los Factores Individuales existen probabilidades de algún tipo de predisposición genética en las conductas violentas, pero no se sabe con certeza lo que se hereda y ni cuáles podrían ser los factores fundamentales que se presenten en la conducta del sujeto, es decir el fenotipo (características físicas). Puede ser que una determinada predisposición genética, o algún tipo de vulnerabilidad heredada, requiere de la colaboración de otros factores de tipo familiar y social, para convertirse en un trastorno de conducta o en otro trastorno psiquiátrico, según sea el caso.



1.5.1.5. FACTORES NEUROPSICOLÓGICOS

En lo referente al niño hiperactivo no sólo demuestra una actividad motriz excesiva, sino que, además puede presentarse en algunos casos con problemas de coordinación motriz como también de la estructuración perceptiva. Otra de las dificultades del hiperactivo según Orjales, (1998) *"el 50% de los niños con déficit de atención con hiperactividad presentan signos neurológicos menores"*.

Esto quiere decir que numerosos niños con el TDA-H tienen disfunciones cerebrales a consecuencia de algunas formas de desequilibrio químico en el sistema nervioso. Estas conexiones neuronales pueden no funcionar adecuadamente, fracasando en inhibir o entorpecer los estímulos, de los cuales el niño percibe su entorno.

Por otra parte, Ortuño e investigadores encontraron que *"las dificultades en el aprendizaje, son muy prevalentes en jóvenes con trastornos de conducta y el grado de dificultad, particularmente en habilidades verbales, a menudo corresponde con el grado de desadaptación de los chicos" (et.a)*



1.5.2. FACTORES EXÓGENOS

1.5.2.1. FACTORES FAMILIARES

La mala comunicación familiar, la agresión física entre los padres, los desacuerdos, agresiones y el estilo de crianza del niño son comunes en la descripción personal de los niños hiperactivos. Un aspecto de gran interés es entender cuáles son los factores asociados que determinan a un niño con TDA-H a evolucionar o no hacia comportamientos delictivos en la adolescencia y adultez

Existen estudios que demuestran tipos específicos de hábitos antisociales que se efectúan a través de las generaciones. Sin embargo, hasta la fecha no se ha podido mostrar un modelo genético que describa el modo de transmisión de la agresión en el niño hiperactivo pero se contemplan otros factores a continuación:

- Los niños suelen imitar los comportamientos de los que son testigos, a esto se le determina como modelaje.
- Los abusos físicos a menudo pueden conducir a una lesión cerebral, la cuál a su vez puede estar asociada con impulsividad, hiperactividad y fluctuaciones en la actitud y temperamento.
- Desde el punto de vista psicodinámico, el maltrato físico de un niño con TDA-H provoca rabia que suele ser desplazada hacia otras personas de su entorno. Esto suele



pasar cuando los padres no encuentran la manera de poder tranquilizar al niño y recurren al maltrato.

Las malas experiencias que el niño con TDA-H vive durante su infancia, condicionan ese momento donde aparecen las conductas agresivas, las circunstancias y la frecuencia con que se presentan. Sin embargo, es muy posible que determinados factores individuales del niño, ya sean cognitivos y emocionales, estén igualmente involucrados en el tipo de interacción que se establece entre los padres y los infantes y como último término, en la génesis de la violencia en el medio familiar.

Cuando en las familias hay un niño con el TDA-H los padres piensan que el problema es el niño y no ellos. Algunos críticos creen que los padres no saben o no pueden poner límites a los niños, y probablemente en algunas circunstancias esto sea cierto; sin embargo cuando el infante tiene TDA-H es casi imposible dejar de poner límites ya que a falta de límites conlleva a empeorar la situación; la creencia de una falla en la crianza en la función materna o de ambos padres, es errónea, puesto que los hijos no son únicamente el producto de las identificaciones con los padres ni los trastornos de los hijos son el producto exclusivo de la crianza de aquellos. Estas dificultades llevan a los padres a sentir culpa, pero no debe ser así, puesto que es una alteración de origen neuroquímico y es un trastorno cuya sintomatología se presenta con impulsividad y al ser un trastorno de etiología



hereditaria puede existir un miembro de la familia; es por ello que influyen los diferentes modelos de crianza y las maneras de ejercer los roles materno y paterno para el cuidado del niño con TDA-H.

Respecto a lo anterior Granch, (2000) menciona un estudio realizado por la Doctora Susan Campbell en 1975, sobre el tipo de interacción de las madres y los niños que padecen ADD-ADHD y se observó *" que estos niños interactuaban mucho más con sus madres en comparación con otros niños. Son verborágicos, reclaman más ayuda y se encuentran en constante movimiento"* Pág. 85 Generalmente estos niños son muy difíciles de cuidar ya que se exponen a situaciones de peligro y por lo tanto, para las madres resulta una tarea muy difícil en el cuidado del niño.

1.5.2.2. FACTORES SOCIALES

Conviene destacar que las tasas más altas de delincuencia aparecen más en las grandes ciudades, donde existe el desempleo y escasos recursos económicos, donde la gente se siente apartada. En estas zonas la mortalidad infantil es más alta y existe un mayor índice de trastornos psiquiátricos siendo un factor de riesgo para la vida de estos niños con TDA-H evolucionando hacia conductas delictivas.



Los niños que padecen TDA TDA-H, para ellos es muy difícil aceptar sus errores, y como siempre han sido juzgados por los demás y es por ello que se sienten cuestionados, proyectan todas esas críticas hacia los padres, profesores y a sus amigos, a través de su conducta.

Estos niños conforme van creciendo en lugares donde probablemente el status socioeconómico per se en la etiología de la conducta sea por ejemplo, el tamaño familiar, pobre supervisión, y la prevalencia de enfermedad mental y física, están asociadas a un nivel socioeconómico bajo. Estos tipos de factores, más que la pobreza por si sola, serían importantes. La falta de entrada a servicios médicos, psiquiátricos y sociales debe ser igualmente considerada, para identificar, conocer y tratar el trastorno con mayores posibilidades de éxito en la vida de estos chicos con TDA-H.

Otra de las dificultades que presenta el niño es que suele ser tan impulsivo que no puede jugar con los otros niños porque es muy mandón, juega con rudeza y golpea a sus compañeros cuando no consigue lo que desea, siempre quiere ganar y se frustra con facilidad.

Normalmente estos niños hacen amigos muy fácilmente, pero no pueden mantener una relación con sus compañeros debido a su intolerancia y a no poder postergar ninguna gratificación y responden violentamente por no adquirir lo que desean.



El olvido de los padres hacia estos niños es un factor muy importante para el desarrollo del niño, ya que si no hay un tratamiento adecuado y una supervisión es probable que estos niños en la adolescencia incrementen la " *tendencia a involucrarse en actos violentos, frecuentes cambios de parejas, vida emocional muy inestable, fuerte inestabilidad emocional, carácter irritable y poca tolerancia a la frustración, constantes cambios de trabajo, abuso de sustancias (alcohol, cocaína, tabaco, etc.)*". (Gratch, 2000)



1.6. SINTOMATOLOGÍA

En este contexto, los síntomas del trastorno pueden abarcar lo siguiente: se muestran dispersos, infantiles, inmaduros, mienten y en ocasiones suelen robar dinero de casa, se levantan de la banca continuamente, interrumpen a sus compañeros de clase y a los profesores, tienen problemas para aprender a leer y escribir, presenta dificultades especialmente en matemáticas e idiomas, tienen fracaso escolar, con mucha frecuencia, presentan falta de habilidad motriz tanto en el manejo de lápiz, la cuchara, como también en los deportes de habilidad (ejemplo: base ball) y la mayoría de las veces se encuentran distraídos.

De igual manera, presentan dificultad para esperar su turno, para seguir instrucciones, platican demasiado, interrumpen, les cuesta trabajo escuchar a otros, participan en actividades de peligro, tienen disminución de la autoestima, hay cambios en el estado de ánimo, no hay tolerancia a la frustración, y tienen problemas para hacer o mantener amigos.



El interés para Wender, (1987) fue señalar que las características son comunes en la infancia y solo cuando la frecuencia y la persistencia no van con lo cronológicamente esperado o con la situación, se considera que hay un trastorno.

1.6.1. CRITERIOS DSM-IV PARA FALTA DE ATENCIÓN

En el manual diagnóstico DSM-IV, (1995) Se Define el Trastorno por tres Síntomas: Falta de Atención, Impulsividad e Hiperactividad.

1. - Se distrae frecuentemente por estímulos extraños.
2. - En ausencia de supervisión estrecha, tiene dificultad para seguir las instrucciones de otros.
3. - Tiene frecuentemente dificultad para mantener la atención en las tareas o juegos.
4. - Muchas veces no parece escuchar lo que se le está diciendo.
5. - Pierde con frecuencia cosas necesarias para el colegio, hogar o lugar de trabajo
6. - Frecuentemente no presta atención estrecha a los detalles en el colegio o en otras actividades.
7. - Muchas veces tiene dificultad para organizar actividades dirigidas a un objetivo.
8. - Cambia con frecuencia de una actividad a otra sin completar la primera.



1.6.2. CRITERIOS DSM-IV PARA HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD

1. - Abandona con frecuencia el asiento en clase o en otras situaciones.
2. - Actúa con frecuencia antes de pensar.
3. - Con frecuencia tiene dificultad para esperar su turno.
4. - Muchas veces responde en forma desconsiderada a las preguntas, antes que hayan sido formuladas por completo.
5. - Muestra dificultad para jugar de modo tranquilo.
6. - Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas.
7. - Realiza con frecuencia actividades físicamente peligrosas sin considerar las posibles consecuencias.
8. - Agita con frecuencia las manos y los pies, o se mueve continuamente en su asiento,
9. - Interrumpe o estorba con frecuencia a otros.
10. - Con frecuencia habla en forma excesiva.



1.6.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO SEGÚN EL DSM-IV

Trastorno de hiperactividad con déficit de atención:

- 1- Un mínimo de cuatro síntomas de cada uno: falta de atención e hiperactividad-impulsividad o**
- 2. - Por lo menos ocho síntomas de la lista completa.**

Conforme a los subtipos la mayoría de los individuos presentan síntomas de desatención como hiperactividad-impulsividad, y en algunos predomina uno más que otro, es por ello que para un diagnóstico certero debe indicarse el patrón sintomático más predominante por lo menos durante seis meses.

En lo referente a los criterios de la CIE 10 (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).



1.7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

1.7.1. DIAGNÓSTICO

Conforme a lo anterior, el comportamiento de una persona debe evaluarse por la edad y etapa del desarrollo en la que se encuentra. Los niños hasta cierto momento no ponen atención, son impulsivos e hiperactivos. Estas características en su forma de comportamiento forman parte de su desarrollo normal. Pero antes de los dos años les es difícil centrar su atención por mucho tiempo ya que normalmente pasan de una actividad a otra y por ello son, impacientes, inquietos e inestables.

Sin embargo, estas características son parte de su inmadurez evolutiva normal. Pero es importante que se vayan borrando a partir de los dos años de edad. Si no sucede es preciso realizar estudios diagnósticos necesarios para un conocimiento de su persistencia.

El procedimiento diagnóstico menciona Gratch, (2000) frente al trastorno de un paciente debe cumplir una determinada secuencia:

El primer paso consiste en el diagnóstico, y es preciso determinar el desorden, tener el conocimiento de la sintomatología, época, cómo apareció y los inconvenientes que ocasiona en la vida del paciente.

El segundo paso es, identificar la causa o las causas que lo ocasionaron.

El tercer paso sería, buscar cuál podría ser el mejor tratamiento y curación del paciente.



Otro punto de imprescindible importancia es, observar la conducta del menor en su casa y en la escuela..

De esta manera para elaborar el proceder del diagnóstico es aconsejable realizar una detallada historia clínica a través de la entrevista con los padres si se tratase de un infante. En el caso de un adulto, se tomarán notas de los datos que recuerde si no llega a recordar algunas cosas se recurrirá a un familiar que pueda aportar datos precisos de la infancia del sujeto. La historia evolutiva del niño debe ser minuciosa y durante las entrevistas que se realizan, es necesario contar con la participación de ambos padres para la elaboración de los cuestionarios ya que lo que no recuerda la madre, lo podrá recordar el padre o viceversa.

Es más eficaz la historia del paciente si se comienza con los antecedentes hereditarios familiares de los padres y los datos evolutivos del niño desde el comienzo mismo del embarazo. Esto permitirá saber si los primeros síntomas se presentaron desde el nacimiento o no, el tiempo que duraron, en qué consistieron, en qué circunstancias se presentaron y si se fueron agravando con el paso del tiempo.

La realización de las entrevistas con los padres permiten contemplar la interacción de la pareja dentro de esto se observa, la existencia de grandes conflictos en la relación entre los padres, se percibe desacuerdos, y los aspectos patológicos de la interacción familiar, que algunas veces suelen depositarse al niño y que generan sus conflictos y los agravan.

De esta manera, la entrevista cumple una doble función, recopila información, y por el otro da información de gran utilidad a los padres.



Es importante mencionar, que una vez realizado el diagnóstico los padres conozcan los resultados de éste y cuáles son los principales síntomas que deben saber para mejorar su evolución.

Por otra parte, al realizar una recopilación de datos a lo largo de la historia evolutiva del paciente, se sugiere la aplicación de varios cuestionarios estandarizados ya que aportan gran cantidad de información de forma ordenada evolutivamente. De igual manera, la estandarización de los cuestionarios permite reunir información semejante con fines de estudios comparativos estadísticos.

Como se ha señalado con anterioridad, el realizar durante un proceso diagnóstico entrevistas de ambos padres junto con el niño, tienen la finalidad de observar directamente como interactúa la familia; y el saber de qué forma se comporta el niño, en qué momento está inquieto, ansioso, o hiperactivo, y cuál es la reacción de los padres ante la indisciplina del niño. Josep Tomas, (1999) señala que una evaluación cognitiva *"implica determinar el correcto funcionamiento cognitivo del niño y sus habilidades"* Pág. 189

Siguiendo con Gratch, (2000) el proceso diagnóstico lleva una secuencia según la cuál se debe cumplir con los siguientes pasos: .

1- Realizar entrevistas diagnósticas familiares y aprovechar estas ocasiones para observar como interactúa la familia y recopilar todos los otros datos que podrían ser de interés en el momento de realizar una síntesis diagnóstica de toda la información.



2. - Observar al niño, al adolescente al adulto para conocerlo y evaluar si fuera posible, las manifestaciones sintomáticas y su intensidad.

3-Evaluar los cuestionarios que suministran datos de su comportamiento en diferentes ámbitos (hogar, escuela, etc.)

4-Obtener otros datos del colegio (entrevistas con maestros, observación de las notas, boletines de conducta, observación de cuadernos y carpetas.)

5-Administrar tests psicológicos y evaluaciones psicopedagógicas.

6-Efectuar un examen médico clínico, y fueran necesarios estudios complementarios (EEG, radiografías, etc.)

Asimismo, los criterios del DSM-IV son de eficaz importancia para un diagnóstico más preciso y de mayor validez, ya que debe existir por lo menos (6 o más) de los síntomas de desatención, impulsividad e hiperactividad. y se presentan por lo menos 6 meses.

Por lo que respecta a los criterios diagnósticos de investigación de la clasificación interna CIE-10 (1992), son muy semejantes a los del DSM-IV pero se diferencia ya que los códigos diagnósticos los define en categorías más estrictas; por esto la CIE-10 requiere de seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad.



Por ello cuando llegamos a una conclusión diagnóstica podemos tener la impresión de que nosotros mismos o cualquier niño o adulto, sufre de TDA, TDA-H Pero es necesario dar a conocer que la diferencia entre lo normal y patológico y en esto sólo es una cuestión de grados ya que hoy en día podemos llegar a través de exámenes complementarios a detectarlo con precisión.

De lo anterior, se deduce que la suma y la integración de todos los instrumentos permitirá la precisión de un programa integral de tratamiento con máximas posibilidades de éxito.

Por lo anteriormente expuesto, algunos síntomas pueden variar y cotidianamente la manifestación de los conflictos en los sujetos suele ser complicados.

Por tal motivo los distintos cuadros clínicos aparecen solos o asociados con otros. A esta última probabilidad se la conoce como comorbilidad. En el caso de otras agrupaciones clínicas, el TDA TDA-H, puede estar asociado con otras complicaciones como son:

- Los desórdenes de conducta (CD o conduct disorder.)
- Los trastornos del aprendizaje (LD o learning disability)
- El trastorno negativista desafiante (ODD u oppositional defiant disorder)



Reconocer las características visibles de un síndrome y su diferenciación con otros se le conoce como la realización de los diagnósticos diferenciales. Pero es cierto que no es suficiente conocer los síntomas sino que es de gran importancia poder distinguirlo de otros cuadros cuya similitud sintomatológica puede llevarnos a confusiones.

En este sentido, debe tratar de definir cuál es el trastorno primario y cuál o cuáles son los secundarios.

Al decir que otros cuadros pueden "simular" ser un TDA - TDA-H, pues es indispensable diferenciarlos ya que seguramente requieran de diferentes tratamientos.

Posteriormente se deben comparar estas conductas con los síntomas y criterios diagnósticos listados en el DSM-IV.

Cuadro 1. Principales características del ADD y el ADHD

ADD

(predominantemente desatentos)

- Tienen dificultades para seguir instrucciones.
- Pierden objetos personales y olvidan consignas para cumplir tareas
- Parecen no escuchar.
- Tienen dificultades en sostener la atención en la clase cuando realizan deberes y a veces durante los juegos.
- Olvidan los detalles pues no les prestan atención.
- Habitualmente se desenvuelven en un clima de desorganización.
- Tienen dificultades para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Son olvidadizos.
- Viven constantemente distraídos.
- Pueden ser tímidos e introvertidos

ADHD

(predominantemente impulsivos)

- Son inquietos.
- Se levantan del asiento cuando no deben.
- Hablan constantemente, interrumpen, molestan a maestros y compañeros.
- Habitualmente no juegan en silencio, están siempre en movimiento.
- Responden antes de que se concluya de formular la pregunta. Son intrusos.
- Tienen dificultades para esperar su turno.
- Interrumpen a otros.
- Siempre responsabilizan a otros de sus dificultades.
- Actúan antes de pensar.
- Tienen dificultades para focalizar la atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



1.7.2. PREVENCIÓN

Es casi imposible dar una prevención al referirse al trastorno por déficit de atención con hiperactividad cuando se sabe tan poco acerca de *"una causa específica"*. Es un padecimiento donde existen varios factores que son causas posibles, por lo tanto el estudio de la previsión de las reacciones hiperkinéticas en la infancia es meramente teórico.

En lo referente a la prevención probablemente incluya un buen cuidado por parte de la madre durante el embarazo; impedir la desnutrición como el uso de medicamentos que pueden perjudicar al feto; evitar el inducimiento innecesario del parto; esperar la madurez excelente del feto; utilizar técnicas de mayor beneficio para el alumbramiento del niño; el cuidado de la oxigenación del recién nacido; una adecuada nutrición para el bebé; prevención de encefalitis y de traumatismos en la cabeza.

Renshaw, (1997) plantea que al no presentar ninguno de los problemas que pueden atribuirse a *"disfunción cerebral mínima, algunos niños muestran claramente reacción hiperkinética. En estos casos la prevención debe dirigirse secundariamente a la reducción de las complicaciones, tales como dificultades en la escuela y en el trato social, y efectos emocionales interpersonales como carencia de autoestimulación, sensación de fracaso y rechazo por parte de los padres"* Pág. 127



1.7.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No hay ninguna prueba que nos ayude en el diagnóstico ni en el pronóstico. Sólo puede servir el EEG convencional y debe practicarse estrictamente para descartar la existencia de patología epiléptica, en caso que pueda presentarse, si esto sucede no sería posible la administración de metilfenidato, porque es el fármaco ordinariamente más usado en el tratamiento, y para una mayor confiabilidad la aplicación de un test psicométrico para dar a conocer el cociente intelectual (CI) con vista a tener una idea aproximada de la capacidad mental del individuo, que puede ser uno de los indicativos pronósticos, aunque no el único ni definitivo.



1.8.. TRATAMIENTO

Cuando se ha diagnosticado al niño como poseedor de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pueden intentarse uno o más tratamientos. Se debe tratar al paciente desde el punto de vista farmacológico, con ayuda escolar y con protección-dirección continuada. Es importante ayudar a la familia, en especial a los padres, y a maestros ya que necesitan apoyo y el conocimiento como profesionales para la interacción con estos niños, que son difíciles de controlar.

Gratch, (2000) menciona que *"en el momento en que decidimos administrar un medicamento es de fundamental importancia explicarle al niño, adolescente o adulto cuál es el efecto que la medicación producirá en él"* Pág. 124

En el caso de los fármacos es necesario saber que las sustancias estimulantes calman a los pacientes y los tranquilizantes suelen ponerlos más nerviosos. Por esta razón se recomienda hacerle saber que los medicamentos no son mágicos, sin embargo no hay inconveniente en la administración de la "Coca-Cola "con cafeína o bien café.

Según Gregory S, (1991) encontró que *"la mayoría de los estudios que han examinado los efectos de cafeína en los niños con ADHD han encontrado un apoyo positivo en el uso de la cafeína en el tratamiento de ADHD"*.



Conforme a los fármacos estimulantes especialmente el metilfenidato (Ritalin), anfetamina (Dexedrine), vienen en tabletas de una duración de 3 horas, estas dosis a corto plazo son más prácticas para los niños que requieren de la medicación sólo durante el día escolar. Mientras la pemolina (Cylert) su efecto es de aproximadamente 5 a 10 horas. No es recomendable, en cambio, la administración de los barbitúricos, diaceposidos, valproato, sódico y similares porque aumentan la inquietud.

El fármaco estimulante más apropiado es el metilfenidato en dosis de 1/3 a 1mg/Kg de peso / día, se usa sólo cuando el niño se encuentra en la escuela, solo en los infantes con edades mayores de los 6 años, y el medicamento se retirará cuando el niño se encuentre en vacaciones, a no ser que tengan clases durante esas fechas.

La dosis se administra en dos tomas regularmente, en el desayuno y en la comida del medio día pero además pueden ser tres tomas, incluyendo la cena ya que no se ha comprobado que esté provoque insomnio, otra forma de ingerir la dosis es combinada que sería la de comida por la de la merienda en caso de tener labores fuera de la escuela en las tardes.

Cuando prevalece el déficit de atención en los niños es suficiente con solo 1/3 mg/kg/día, y cuando son muy hiperactivos requieren con 1mg/kg/día.

Cuando ambos padres trabajan no pueden observar los efectos que causa la medicación, y por ello lo administran los fines de semana durante un mes para informar acerca de los cambios en el menor con la administración del fármaco. Los resultados de los efectos



colaterales del metilfenidato realmente son pocos, pero es conveniente tener un control médico.

Otra sustancia de igual importancia es la dextro-anfetamina que se conoce con el nombre comercial de Dexedrine, se administra en dosis de 0,15 a 0,40mg/kg/día, repartida en dos tomas, de forma parecida a la aplicación del metilfenidato.

La tercera sustancia es la pemolina conocida como (Cylert), que se administra en dosis de 1 a 2mg/kg/día, una en el desayuno. Es conveniente que se apliquen en dosis continuas, empezando por dosis bajas. Además de estas sustancias mencionadas anteriormente, Falgel. M. D, (1995) en algunas ocasiones también se mandan antidepressivos del tipo de los tricíclicos que su función es *"disminuir la depresión que a menudo acompaña al TDA-H"*.

Gregory, (1991) piensa que *"la medicación ejerce sus efectos beneficiosos estimulando las áreas del cerebro que le permiten a un niño que sostenga la atención, y retrasa las contestaciones impulsivas"* Pág. 23

Desdichadamente cuando las personas ven una mejoría tan rápida, piensan que lo único que necesitan es la administración del medicamento. Pero están en un error porque el medicamento no cura el trastorno solamente controla los síntomas temporalmente.

De esta manera la medicación por parte de los individuos hiperactivos y su eficacia puede prolongarse durante la adultez.



En sus estudios *Barkley. (1977)* concluyó que solo aproximadamente 75% de los niños con **ADHD** que toman la medicación de los psicoestimulantes mejoran significativamente, considerando que aproximadamente el 25% no mejoran. En Gregory, (1991)

Estos estimulantes mencionados con anterioridad, son considerados seguros sólo cuando llevan supervisión médica a pesar de que pueden llegar a ser adictivos en los adolescentes y adultos si se abusa de ellos. Sin embargo estos medicamentos no son adictivos en los niños.

Teóricamente se pueden utilizar todos los fármacos mencionados, por su administración tan fácil y los pocos efectos que produce y en la práctica clínica, hacen que sea el metilfenidato el que se aplique en casi todos los casos independientemente de los fármacos, ahora estos niños necesitarán ayuda tanto de la escuela, y por parte de los padres quienes vigilan sus amistades y el ambiente con el que suelen frecuentar.

Muchos expertos creen que la combinación del medicamento junto con terapias de conducta y ayuda psicológica emocional obtendrán beneficios más significativos.

Asimismo, los padres pueden tener un apoyo psicológico, aunque las visitas periódicas con el médico son de gran ayuda y es importante que vayan ellos así como el niño.

Respecto a seguir algunas formas en que los padres y maestros puedan ayudar a los niños a entender su problema el saber porque se les médica, y explicar al niño que el medicamento



que toma a diario es sólo una herramienta que le ayudará a poner más atención y concentrarse en la escuela, y dar a conocer que tiene un problema pero que puede ser aliviado. (Haro Abad)

Pero el trastorno tiene consecuencias emocionales y por ello es conveniente un asesoramiento psicológico, individual, en este caso la labor del terapeuta consiste en ayudar al niño y al adulto que padece TDA-H a sentirse mejor respecto asimismo, que aprenda a reconocer que el tener una incapacidad no refleja quienes son como personas, además identifican y aumentan fuerzas frente a los problemas cotidianos, y mejor aún aprender a controlar su atención y agresión.

Estudios del Instituto Nacional de Salud Mental, (1996) (National Institute of Mental Health) (NIMH), señalan que existen varios enfoques de intervención, que facilitan a las familias a escoger un terapeuta apropiado para sus necesidades, y se mencionan a continuación algunas de ellas:

LA PSICOTERAPIA

Es recomendable para el niño con TDA-H, porque su tarea es ayudar a que se quiera y acepte a pesar de su trastorno, el terapeuta hace que el paciente hable acerca de sus pensamientos y sentimientos más inquietantes, exploran su conducta perjudicial, y conocen alternativas para manejar sus emociones. Mientras el sujeto habla, el terapeuta les ayuda a entender como pueden cambiar. Pero las personas que enfrentan el trastorno necesitan



controlar sus comportamientos sintomáticos más directamente, siendo así se requiere de intervenciones más directas.

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

La terapia apoya directamente a cambiar su comportamiento, el apoyo es práctico, o sea, ayuda a aprender a pensar cada tarea y organizar su trabajo, también el provocar nuevas conductas dando elogios o premios cada vez que el sujeto actúa de forma adecuada. Tales técnicas ayudan a controlar la tendencia a pelear y a pensar antes de hablar.

EL ADIESTRAMIENTO EN CUANTO A DESTREZAS SOCIALES

Ayuda a los menores a adquirir nuevas conductas. En el adiestramiento de destrezas sociales, el terapeuta da y les enseña comportamientos adecuados tales como esperar su turno, compartir sus juguetes, pedir ayuda o responder a burlas, luego se da la oportunidad al niño de que lo practique, un niño puede aprender a leer las expresiones de la cara y el tono de voz de otras personas para poder responder más apropiadamente.



1.9. PRONÓSTICO

Cuando se establece un pronóstico, no debemos olvidar que cada niño o adolescente con trastorno de conducta es un mundo aparte, con un conjunto de debilidades que moldearán el cuadro sintomático. Parece claro, que en algunas familias de nivel socioeconómico más deficiente y con relaciones en las que predomina el desacuerdo, se favorecerán en menor medida de las prácticas de tratamiento que otras familias más estables.

Estudios recientes encontraron que un 25% de los niños hiperactivos cometen actos delictivos, suelen consumir drogas, alcohol y presentan problemas de personalidad durante la vida adulta. Pero existen soluciones para este problema *"niños hiperactivos, bien conducidos, pueden llegar a ser personas perfectamente bien adaptadas al entorno"*. Orjales, (1998)

CONCLUSIÓN

Esta revisión histórica, demuestra que el síndrome hiperkinético, se describe como a principios de siglo y con el transcurso del tiempo, hoy se conocen más claramente los síntomas y su forma de ser tratado; el TDA-H ocasiona muchos problemas en el niño como la impulsividad, inatención e hiperactividad creando consecuencias en la conducta desafiante, desobediente y agresiva. En el capítulo 2 se hablara de las conductas esperadas del niño de 8 a 12 años de edad.

**1.10. REFERENCIAS DEL
CAPÍTULO I TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD**

- 1- American Psychiatric Association APA. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Cuarta edición). Washington, D.C: Autor.
- 2- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Revised. Washington, D.C. APA.
- 3- Barkley, R. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and Treatment. New York, Guilford Press, INC.
- 4- Bender. L . (1942). Postencephalitic Behavior Disorder in Children. En Jordan D. (1998). Attention Déficit Disorder:ADHD and ADD Síndromes. (Segunda edición).Austin, Texas. Pro-ed.
- 5- CIE-10. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health. Washington, D.C. (Decima Revisión). Organización Panamericana de Salud.
- 6- Chess. S. (1960). Diagnosis and Treatment of the Hyperactive Child. New York State Journal of Medicine, 60,2379-2385. en Jordan d. (1998). Attention Deficit Disorder: ADHD and ADD Syndromes.(Segunda edición). Texas. Pro-ed.

- 7- Costraviejo, P.I. (1999). Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad. Guía Práctica Diagnóstica y Terapéutica. Barcelona: Cesar Viguera Editorial 1999.
- 8- Faigel, MD. Attention Deficit Disorder in College Students: Facts, Fallacies, and Treatment. <http://google.yahoo.com/bin/query?p=faigel+hdtattention+deficit+disorder>.
- 9- Fernández, S. Trastorno por Deficit de Atención (TDA): en Padhia Desarrollo Humano. La Publicación Mensual de la Educación Arte y Aprendizaje. Año V111. N. 96 Mayo 2002.
- 10- Geours, M.E. (1999). El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y su Relación con las Adicciones. México: Tesis Universidad de las Américas, A.C.
- 11- Gratch, L.O. (2000). Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD) Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en la Infancia, la Adolescencia y la Adulthood. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- 12- Gregory, S. Y Wade, F. (1991). Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD Questions Answers for Parents. Champaing N. Illinois.

<http://google.vahop.com/bin/query?p=haro+abad+tratamientos>

14- Instituto Nacional de Salud Mental. (1996). Cuidador Psiquiátrico.

www.cuidadorpsiquiatrico.com/materialtras_hiperactivo2.html

15- Joselevich, E. (2000). Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad A.D/H.D en niños, adolescencia y adultez (Primera edición). México: Paidós.

16- Josep, T. (1999). Actitudes Educativas Trastornos del Lenguaje y otras Alteraciones en la Infancia y la Adolescencia México: Laertes Cuadernos de Paidopsiquiatría.

17- Macías, Veladez, T.G. y Verduco, A.I.Ma. A; Análisis de las Características de un Grupo de Niños con Trastorno por Déficit de Atención; en Salud Pública; México, 1998; Vol. 28; Pág. 292-299. Doc. 2 de 4.

18- Masson. (1995). “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV”. Barcelona: Editorial Masson.

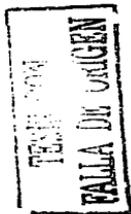
19- Merino, C. (1999). Niños Hiperkinéticos
<http://www.unam.mx/rompan/22/2229.Html.2/11/2000>.

- 20- Orjales, V. (1998). Déficit de Atención con Hiperactividad (3ra edic.). Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- 21- Ortuño, F. Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia. <http://www.unav.es/psiquiatria/a10.htm>.
- 22- Renshaw, D.C. (1997). El Niño Hiperactivo La Prensa Medica Mexicana. Edit. Fournier, S.A.
- 23- Sattler, J. (1982). Evaluación Infantil (3ra edic). Santa Fe Bogotá: Manual Modemo.
- 24- Taylor, E.A. (1991). El Niño Hiperactivo Ediciones Martínez Roca. Libros Universitarios y profesionales S.A.
- 25- Velasco, R. (2000). El Niño Hiperquinético (6ta. Edic.). México D.F. Trillas.
- 26- Verduzco, Ma; Lara, C.A; La Autoestima en Niños con Trastorno por Déficit de Atención; en Salud Publica en México; No-Dic de 1989; Vol. 31 No. 6; México D.F.; Pág.779-787 Doc. 2 de 3.
- 27- Wender, P. (1987). The Hyperactive Child, Adolescent and Adult. New York: Oxford University Press.

CAPÍTULO

2

AGRESIÓN DEL NIÑO



418-A



2. AGRESIÓN DEL NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD.

La agresión en cierto grado es normal en esta edad del ser humano, sin embargo cuando está es muy intensa y descontrolada es cuando causa conflicto, y desadaptación en la persona, es por ello que a continuación se revisa la agresión verbal y física y sus conductas esperadas en los niños de 8 a 12 años de edad.

2.1. AGRESIÓN DEL NIÑO

La agresividad en el hombre es algo innegable, que siempre permanece ahí. Pero hasta la fecha se sigue discutiendo la existencia o no-existencia de un innato instinto de agresión, o si solo son impulsos agresivos, o una reacción. No obstante, durante mucho tiempo se creía que el pequeño era una criatura pura y blanda y se disminuyeron sus reacciones agresivas. Es por ello que en la actualidad sabemos que desde muy temprana edad aparecen las pulsiones agresivas, (es la regulación interna de los individuos y requiere en ocasiones, la satisfacción de deseos libidinosos), es por ello que podemos analizarlas y seguir su evolución a tiempo.

Ahora el niño valiéndose de su cuerpo, comienza a expresar y comunicar, a llamar o protestar. Según refiere Ajuriaguerra, (1983.) El hecho de patear, aventar objetos y golpear a las personas viene de las primeras descargas psicomotoras.



Los niños van creciendo cada vez más e incrementan estas conductas agresivas, tanto los niños como las niñas, para ser más específico, está actividad permanece en el 42% de los niños de 4 años, la evolución se incrementa rápidamente a los 12 meses y alcanza un 52% de los niños de 4 años una agresividad mayor en los niños que en niñas.

Se dice que las conductas afectivas y agresivas infantiles antes de la edad escolar, se encuentran en la forma y frecuencia de actuaciones afectivas manifestadas como gestos, palabras, agresiones expresadas y en movimientos. Pero también se dice que a partir de cualquier edad por ejemplo, en los niños de dos años se observa mayor frecuencia evidente de afecto, que expresiones de agresividad.

Sin embargo, a los 4 años las expresiones verbales son más numerosas que las motrices. Por esto los gestos que se presentan como indicadores de agresión suelen ser mayores en los varones que en las niñas. Y se incrementan entre los 2 y 4 años. A partir de esta última, en adelante, los problemas de relación social serán la razón más frecuente de excitación, y de la cólera que estallará al encontrar obstáculos a sus planes, satisfacciones e intereses.

Gesell, (1989) explica que las conductas agresivas del niño de 7 y 8 años se observan en las descargas tensionales cuando recibe ordenes de sus padres, muestra oposición y se niega a acceder a lo que se le manda siempre encuentra una excusa, en ocasiones suele ser brusco y en algunas tratará de golpear a quien lo molesto; suele discutir en clase con sus compañeros, con la maestra en ocasiones discute y con su madre sólo discute cuando le



ordena algo e inmediatamente presenta excusas como "estoy cansado" respondiendo de mala gana, rezonga mientras hace lo que se le indico.

De los 9 y 10 años el niño quizá detesta lo que la madre le indico hacer, pero trata de llevarlo a cabo aunque no le agrade. En este momento el niño se muestra impaciente, encolerizado pero estas reacciones son de corta duración y suele llorar fácilmente, a los 10 años, el siempre está dispuesto a ayudar a los demás, goza de buen humor, pero de pronto estalla en ataques de ira golpeando con los puños, muerde, dice palabras obscenas, grita y patalea, pero todo esto lo hace con la persona que lo molesto, cuando esto pasa se desahoga fácilmente planeando vengarse aunque jamás llegue a ejecutar lo que planeo. En este momento su furia alcanza una gran intensidad, pero es tan corta que en unos minutos pasa todo y lo deja. (Gesell, 1990)

Asimismo, Gesell, (1989) el niño de 11 y 12 años es malhumorado, rezongón y travieso, se molesta por no querer asistir al colegio y levantarse temprano, le molesta el no tener tiempo para jugar debido a sus tareas y deberes de casa, en este momento manifiesta ataques de ira incontroladas cuando alguno de sus hermanos a sido agredido por otro chico, a consecuencia responde golpeando físicamente.

Otros chicos en esta situación tratan de controlarse y no irse a las manos, pero si el adversario los provoca demasiado no logran contenerse, pero por lo regular su irritación se



expresa por palabras hirientes o bien gritos, su enojo ahora ya no-pasa tan rápido como antes y le cuesta más recuperar su equilibrio ahora es más vengativo, hiriente capaz de arrastrar a otros niños en su ira o ponerse de parte de otro niño en sus conductas agresivas.

A los 12 años, suele ir controlando cada vez más su ira, ahora solo estalla por provocaciones y empieza a responder con el silencio retirándose a su habitación para *“pensarlo mejor”*. En este momento trata de contener su llanto o de disimularlo, suele controlar sus impulsos inmediatos ante cada problema se detiene a meditarlo y analizar sus problemas; es así como el niño a medida que va creciendo va controlando cada vez más sus impulsos agresivos ante una situación en cuestión.

La agresión es uno de los resultados que ocurre cuando las personas interactúan para conseguir un objeto, en este proceso algunas de las acciones resultaran aversivas para el otro ocasionando así las conductas agresivas. (Morales, 1999)

2.1.2. DEFINICIÓN DE AGRESIÓN

Ahora bien, la agresión se considera como un comportamiento interaccional específico entre un agresor y una víctima. Pero es cierto que en nuestro lenguaje no existe ninguna aprobación sobre lo que es la agresión y los tipos de conductas que abarca. La agresión está llena de estereotipos y valores que son el resultado de juicios y situaciones de un sujeto y de un observador de un comportamiento en particular.



Es así como algunos conductistas como Buss, (1961) define la agresión como: "*todo comportamiento que lastima o lleva perjuicio a otro es una agresión*".

Para Dollard, (1939) la agresión es un "*acto destinado a herir a otro organismo o a un sustituto*".

Y para Zillmann, (1978) la agresión es una "*tentativa para herir físicamente a otro*".

Posteriormente algunos investigadores al encontrarse en una corriente cognoscitiva, dan mención a que un comportamiento de agresión no se convierte en una agresión sólo a través del juicio de un observador que reconoce el comportamiento como una violación a la norma. Si esto sucede se introduce el contexto social de la situación como una parte que reúne y modula la percepción del comportamiento.

Para que un comportamiento sea considerado como agresivo es necesario partir de un procedimiento de juicio para poder intervenir tres criterios independientes que se mencionaran a continuación:

- 1- La comprobación de daño posible o real por la víctima.
2. - La intención de parte del sujeto de producir consecuencias negativas.
3. - El comportamiento puede considerarse por la víctima y/o por un observador como no apropiado en la situación en cuestión.



Esto quiere decir que para que sea considerado como agresión debe ser una violación a la norma. Es así como Moser, (1992) siguiendo con lo anterior, piensa que las dificultades de la definición de la agresión son el resultado de la evaluación que va a depender de la visión que se adopte.

Es importante conocer si un comportamiento es apropiado por el sujeto agresor, puesto que por la víctima lo considera no apropiado, para saberlo con más precisión se introduce al contexto, ya sea el observador o el investigador para conocer la situación, y por lo tanto a la norma social, para que dicho comportamiento sea pues identificable como agresivo, o no sea permitido.

2.2. TIPOS DE AGRESIÓN

Es importante señalar, que el comportamiento agresivo corresponde a diversos tipos de agresión. Sin embargo en esta investigación se usaran solamente dos tipos de agresión física y verbal, ¿pero cómo se identifican estos comportamientos?

Estos dos autores Buss, y Feshbach, (1961) propusieron los criterios para identificar y luego clasificar los comportamientos de agresión.

En este mismo año Buss, da la definición de tres dimensiones que distinguen la agresión.

La importancia de esta distinción es aclarar la variedad de comportamientos capaces de ser reconocidos como agresivos.

Para mayor comprensión se ilustra la siguiente lista de la clasificación de la agresión:



2.2.1. AGRESIÓN ACTIVA

FÍSICA DIRECTA golpes y lesiones.

FÍSICA INDIRECTA = golpes contra un sustituto de la víctima.

VERBAL DIRECTA = insultos.

VERBAL INDIRECTA = maledicencias.

2.2.2. AGRESIÓN PASIVA

FÍSICA DIRECTA = impedir un comportamiento de la víctima.

FÍSICA INDIRECTA = rechusarse a participar en un comportamiento

VERBAL DIRECTA = negarse a hablar.

VERBAL INDIRECTA = no consentir.



Por lo que respecta a la agresión activa, se analizará más específicamente su función.

Muchos investigadores se han interesado en la agresión activa directa, en su forma física y verbal. Por esta razón la mayoría de las veces, la observación es muy necesaria para darse cuenta de las diferentes formas de las conductas de agresión. La observación directa da la forma de registrar los tipos de comportamiento, y es más frecuente física y directa en el niño que en el adulto, y esto es observable a través de su medio natural, ejemplo: el recreo, y los juegos deportivos, donde se clasifica el tipo de agresión.

Por otra parte la utilidad de la observación indirecta es por medio de encuestas y análisis que dan a conocer la evidencia de los sistemas normativos de ciertos grupos sociales, es decir examina las actitudes de lo que se considera como conducta agresiva.

Cuando la conducta ha sido provocada por la víctima, entonces esta situación provoca una reacción agresiva como una respuesta a una provocación verbal y física.

2.2.3. AGRESIÓN VERBAL: La agresión verbal suele ser como una amenaza, insulto, provocaciones o denigraciones del sujeto, y como consecuencia provoca agresiones físicas.

2.2.4. AGRESIÓN FÍSICA: cuando una persona es insultada responde de una manera física y a consecuencia se produce la violencia que se observa por ejemplo; golpes, patadas etc. Según las investigaciones de (Zillman, 1978.)



CONCLUSIÓN

Es claro que las conductas agresivas en el hombre siempre han existido y conforme su evolución éstas se manifiestan de múltiples maneras, aunque todo ser humano tiene un instinto innato de agresión, cuando este es muy intenso y fuera de control provoca conflictos en los diferentes ámbitos donde se desenvuelve la persona. En el caso del niño de 8 a 12 años si su agresión está fuera de lo esperado ocasionara problemas con amigos, escuela, maestros y en el hogar.

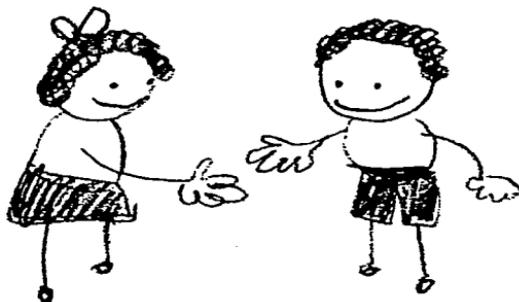
2.3 REFERENCIAS
DEL
CAPÍTULO II AGRESIÓN

- 1- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil (Cuarta edición). Barcelona: Editorial Masson.
- 2- Buss, A.H. (1961). The Psychology of Aggression New-York: Wiley.
- 3- Dollard, J. (1939). Frustration and Aggression New Haven, conn: Yale University.
- 4- Gesell, A. (1989). El Niño de 11 y 12 Años. (Quinta edición) México : Paidós
- 5- Gesell, A. (1990). El Niño de 9 y 10 Años. México: Paidós.
- 6- Morales, F. (1999). Psicología Social. (Segunda edición) Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.
- 7- Moser, G. (1992). La Agresión México: Presses Universitaires de Francia, Publicaciones Cruz O; S.A.
- 8- Zillmann, D. (1978). Hostility and Aggression Hillsdale, N.J: Lawrence Earlbaum Associates.

CAPÍTULO

3

DESARROLLO SOCIAL Y ESCOLAR DEL NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD



SS-A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO 3

3. DESARROLLO SOCIAL Y ESCOLAR DEL NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD.

En este capítulo, se hará mención de los cambios más importantes que suceden en los infantes de edad escolar. A esta edad de (8-12) años, se empiezan a formar los principios de valores y actitudes; surgen los primeros pasos de separación con respecto a la familia, en este momento comienzan a estabilizarse los patrones de personalidad y las aptitudes sociales se manifiestan en las relaciones con los demás y por primera vez son posibles las amistades íntimas, se incrementa la capacidad de conocimiento de sí mismo y del mundo social.

A diferencia del desarrollo normal, el niño con TDA-H presenta una gran problemática dentro de su medio social y escolar como consecuencia de una mala adaptación llevándolo a adquirir conductas cada vez más agresivas, como golpear a sus compañeros, platicar en la clase y molestar al maestro, hace ruidos y berrinches en un lugar no adecuado, ocasionando el rechazo de cuantos están a su alrededor.



3.1. DESARROLLO SOCIAL Y ESCOLAR DEL NIÑO DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD.

En la edad de la escuela media el menor obtiene un nivel de perfección, armonía interna y unidad, tanto en su actitud corporal como en lo psíquico y espiritual. A esta etapa del desarrollo se le conoce " como niñez".

Muchos infantes a menudo pasan por cortos periodos de desajuste o de excitación, alrededor de los nueve años y en algunos casos a los diez, regularmente esto sucede cuando el menor se enfrenta a una nueva etapa de su vida.

Comienza repitiendo las formas de conducta típicas de ella, algunas veces tiene contradicciones con relación al medio que le rodea. A menudo le falta el carácter físico y psíquico que es necesario para sus nuevos modos de conducta, y esto suele ocasionarle sentimientos de descontento consigo mismo, y puede llegar a sentir que no sirve para nada. Otro punto de la personalidad infantil muy llamativo es que presenta cambios físicos muy notables, la forma de su cuerpo alcanza una simetría equilibrada de las extremidades entre sí y con el tronco, así como de la cabeza con el tronco y las extremidades.

Es evidente el aumento de la estatura como el de la corpulencia por lo que respecta a todos estos cambios que vive el niño, Hiebsch, (1972) reafirma que los movimientos del cuerpo son armónicos y equilibrados, surge la capacidad de control del cuerpo y de los movimientos, en esta etapa es muy notorio el rápido aprendizaje como el montar en bicicleta, el patinar, trepar, nadar, debido al buen control del cuerpo. Por esta razón la



apariciencia del cuerpo depende en gran medida de la edad, de la estatura, del tipo constitucional y del sexo, que vienen siendo los factores individuales del chico, por está razón no se puede hablar de una situación específica para todos, probablemente tiempo atrás se quiso lograr una actitud igual para todos los niños, pero hasta el momento no parece del todo justificable.

Con relación a lo anterior Schaum, (1981) en sus investigaciones escribe que a partir de los nueve y medio años, el crecimiento de los niños y niñas es muy similar, entre los ocho y medio y once y medio años, en las niñas se percibe un crecimiento más rápido que se conoce como prepuber, en promedio las niñas son más altas y pesan más que los niños de su misma edad, está desigualdad se mantiene hasta los 13 años, pero es en este momento cuando los niños tienen cambios de crecimiento más rápidos entre los diez y medio y catorce y medio años alcanzan a las niñas en estatura como en peso.

La siguiente figura 1. Muestra el cambio de las proporciones del cuerpo durante la infancia media.

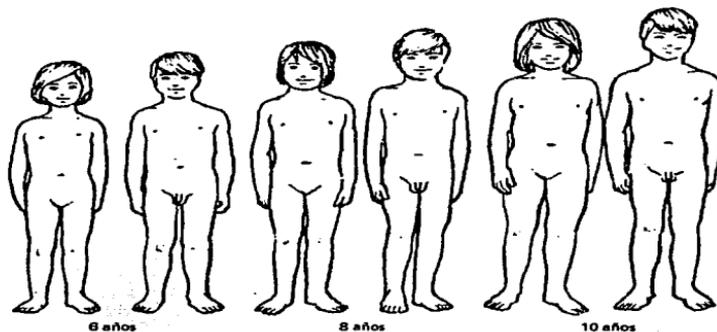


Fig. Tomada de Aspectos Ecenciales del Desarrollo de la Personalidad en el Niño de Mussen y Janeway, (1984).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Como puede apreciarse, la vida social del infante surge cambios muy significativos, su capacidad para distribuirse en los grupos aumenta como la interacción con su vida social infantil, vive en cordialidad con sus compañeros, el niño comienza a separarse de la familia, las fiestas familiares que antes eran muy importantes, ahora ya casi no despiertan entusiasmo. A los niños les encantan los ejercicios físicos y en este campo es donde se establece su sentimiento del propio valor. Adopta hacia su mundo una actitud crítica, realista, y con toda claridad, se vuelve objetivo hacia su entorno y surge su interés por la naturaleza. (Hiebsch, 1972)

Hacia los 7-8 años, los amigos son de gran importancia y siempre desean estar juntos porque, comparten juegos y cosas que son del agrado de ambos.

Por otro lado Mussen, y Janeway (1984) mencionan que los chicos de 8-11 años están interesados en participar en *"juegos activos y vigorosos y competitivos, en donde entran en juego destrezas musculares"* las niñas a esta edad por lo regular su interés se centra en actividades tranquilas.

De los 11-12 años, el niño ahora comparte intereses, sentimientos y secretos, y se une en circunstancias más íntimas y cercanas. En los estudios realizados por Piaget, (1996) refiere que el niño a esta edad *"adquiere cierta capacidad de reflexión que le permite coordinar sus acciones con las de los demás, o si es que existe un progreso de la socialización que refuerza el pensamiento por interiorización"*.



Por lo que respecta a las experiencias personales, sociales y de la escuela, estos años serían incomprendibles sin la presencia de los iguales, las relaciones se dan desde un acercamiento inesperado hasta las complejas interacciones afectivas y de amistad que surgen al final de la niñez y que toman variadas formas, como ir y regresar juntos de la escuela, ver la televisión, escuchar música, practicar en los juegos y deportes, salir a fiestas de cumpleaños de sus amigos, y especialmente suelen platicar y contarse cosas.

De igual manera Mussen, (1983) cree que las razones por las que escogen a determinados amigos son por *"las características personales como fraternidad, alegría y similitud de intereses"* por esta razón para los chicos lo que más desean es estar con los amigos.

A medida que pasan los años junto con sus compañeros, el grupo de iguales se desarrolla a partir de los años de escolaridad primaria. Al comienzo por lo regular los grupos son informales, hay pocas reglas, y brindan una disposición manejable, y con frecuencia se dan cambios de un grupo a otro, las diferencias del grupo de los niños y de las niñas no están marcadas. Constantemente el grupo va adquiriendo una organización más formal, y una dinámica propia hasta llegar a formar una organización secreta, conformada por reglas, claves, contraseñas y un vocabulario muy peculiar, pueden adquirir formas de vestir y de comportamiento para que se les identifique como parte del grupo, realizan actividades y proyectos que sólo ellos conocen.



Por otra parte el grupo de las niñas suele tener menos participantes, muestran muy pocas conductas agresivas y desafiantes, en comparación con el grupo de los niños, y suelen ser más adaptadas y presentan mayor madurez. Por tal razón Matheney, (1962) piensa que *" el niño ha desarrollado ya facultades y capacidad social de un grado u otro, modos y maneras de interactuar con los demás de los cuáles depende la satisfacción de sus necesidades y seguridad."* Pág. 37

Siguiendo con lo anterior, el grupo de iguales desempeña una fuerza e influencia cada vez mayor, que a la larga tendrá efectos positivos para el desarrollo del niño aunque en ocasiones pueden resultar excesivas y perjudiciales; es así como la influencia del grupo difiere de un niño a otro.

Para una mayor claridad Bravo, (1999) menciona los puntos más notables que se desarrollan dentro del grupo de los iguales.



A continuación se presenta el cuadro 2. De la influencia de los iguales:

- *Dentro del grupo aprende a cooperar, a intercambiar ideas y la negociación de proyectos.*
- *La acción del grupo al que pertenece contribuye su autoconocimiento, para la construcción del autoconcepto y de la identidad así como la definición del rol social.*
- *El participar en el grupo facilita las experiencias emocionales y sociales.*
- *El grupo tiene un efecto que suele regular el comportamiento, porque exige normas y criterios comunes y controla los impulsos socialmente inaceptables.*
- *En el grupo se encuentra un apoyo para la autonomía personal e independencia del adulto.*
- *La participación en el grupo despierta el deseo de ser competente, eficaz y estimula el esfuerzo para conseguirlo.*
- *La interacción con los iguales contribuye a la construcción del conocimiento social, la superación del egocentrismo, la capacidad de comunicación y la adquisición de habilidades sociales.*



Conforme a esta etapa, el niño suele ser popular y se observa una gran aceptación dentro del grupo como de los maestros, al niño le es fácil organizar las actividades del grupo, le agrada el poder ayudar a los demás, es sociable, amistoso, y goza de buen sentido del humor, es confiable y leal con sus compañeros, participa en juegos de actividades, se adapta fácilmente a las reglas del grupo, además pone en práctica sus habilidades cognitivas y de comunicación para la solución de problemas sociales, tiene conciencia de la identidad de género y buena opinión de sí mismo, su carácter es firme, y defiende sus ideas.

De esta manera aparece en esta etapa un aspecto de mucha importancia el autoconcepto se define como *"el conjunto de percepciones, creencias, sentimientos, actitudes y valoraciones que una persona tiene de sí misma y que forman una organización o estructura cognitiva estable"*. Pág.261 A diferencia de la autoestima Bravo, (1999) hace referencia a los aspectos afectivos, emocionales y evaluativos.

Por lo que respecta a Harter, (1998) los niños de 7-8 años tienen una percepción positiva de sí mismos pero poco realista, no tienen aun la capacidad para el establecimiento de comparaciones con los demás y poder adquirir un conocimiento más objetivo de su propia realidad. Al llegar a los 9-10 años su capacidad cognitiva le permite llevar a cabo comparaciones, que le son de ayuda para apreciar sus características y habilidades para un mayor conocimiento, aunque en ocasiones la comparación tiene sus consecuencias negativas para la autoestima.



A lo largo del desarrollo de la niñez intermedia, el niño adquiere mayor conocimiento de sí, y se va haciendo cada vez más realista y objetivo, generalmente, en los años de educación primaria, es por ello que aquí es cuando el autoestima mejora a cada instante, porque el pequeño actúa con más dominio y fuerza en todo tipo de actividades, y da lugar a la aceptación y aprobación de sus amigos, creando sentimientos y valores positivos hacia sí mismo. El niño explora el medio valiéndose de pruebas que le proporcionan éxitos y fracasos, reitera Matheney, (1962) De esta manera el autoconcepto contribuye al equilibrio personal y la adaptación social del infante.

Por su parte Erikson, (1985) determina a la infancia media como la etapa en que los niños descubren sus capacidades y a través de la productividad suelen ser aceptados por la sociedad y experimenta sentimientos de autoestima. La productividad según Erickson puede ser material, por ejemplo: hacer una pieza de arte en la escuela o limpiar un jardín, pero también puede ser intelectual, tener un buen desempeño en clase, mostrar buena conducta hacia sus maestros, y un buen comportamiento en casa.

Generalmente los niños de esta edad son muy activos y quieren intervenir en todas las cosas, especialmente dentro de la escuela, no solo desean que se les enseñe sino que quieren investigar, un ejemplo de esto sería, el niño abre un reloj lo descompone todo en sus partes y vuelve a reunir las partes como en un principio, investigando y aprendiendo.



Cuando se trata de jugar prefieren los juegos de construcción como el armar tanques de guerra, botes, motos. Normalmente estas actividades que experimentan los niños son saludables a esta edad y no debe ser subestimada ni reprimida en la escuela. Como otro ejemplo, se observa a los maestros dar una clase de biología, los alumnos solo se limitan a ver pero no pueden hacer uso de los instrumentos que hay en el laboratorio, a los niños esto ya no les satisface, ellos desean hacer sus propios experimentos, practicar y tomar las cosas, además Hiebsch, (1972) reitera que esta práctica y descubrimientos que el niño de 11 años adquiere, genera un mayor y rápido aprendizaje. Y con esto permite esperar dos ventajas para el desarrollo intelectual, el primero es la introducción del "hacer" práctico que proporciona centrar los procesos cognitivos, y el segundo fortalece el conocimiento y aumenta el placer de aprender.

En este mismo orden de ideas, las relaciones interpersonales del niño constituyen uno de los factores de su desarrollo moral Piaget, (1996) en sus investigaciones señala que la afectividad de los siete a los doce años se caracteriza por la presencia de nuevos "sentimientos morales" y por la organización de la "voluntad", como de la integración del yo y de una regulación de la vida afectiva.

Desde muy pequeño el niño aprende a poner límites entre él y los demás, en forma de negociación, respeto, correspondencia y cooperación que son elementos necesarios para el desarrollo de la moralidad. Al convivir con sus compañeros, los niños aprenden a razonar,



negociar, reñir, responder y cooperar y ello favorece al razonamiento moral. Es aquí cuando el niño trata de aprender según Strommen, (1982) "*las reglas básicas en la sociedad en que vive*". Pág. 161

A partir de los 10-11 años, entiende que las normas son exigentes y que se establecen por acuerdo mutuo, según las circunstancias y necesidades éstas se pueden adaptar y cambiar, en este momento las reglas ya no son tan sagradas como lo fueron anteriormente, solo que los deberes y obligaciones tan poco pueden definirse en términos de obediencia a la autoridad sino que ahora se acoplan al principio de reciprocidad (correspondencia), que, según Piaget, implica igualdad, surge el interés por la seguridad de los demás, una fuerte relación con los iguales y una menor influencia del adulto.

Por otra parte, una de las cosas que favorecen a la moral del niño, es el desarrollo cognitivo, la superación del egocentrismo y realismo, el niño conoce las acciones desde distintas perspectivas y compara las normas y su obligatoriedad. En este momento las relaciones sociales se hacen más estrechas con los iguales, su comportamiento suele ser más cooperativo y de igualdad.

Su vida social hace de pronto que pierda el respeto que tuvo a la autoridad de los adultos, y en consecuencia aumenta el respeto hacia sus iguales y hacia sí mismo.



Se dice que la influencia de los iguales durante el desarrollo moral aumenta con la edad, por está razón los niños tienen conflictos al tener que decidir entre las normas del grupo y las de los adultos. Finalmente los grupos de iguales organizan sus propias normas de comportamiento, colaborando al crecimiento moral de sus miembros. (Bravo, 1999)

CONCLUSIÓN

Se puede notar que lo que predomina en el desarrollo social y escolar en el niño de 8 a 12 años es la relación con sus iguales en las que prevalece la cooperación, el autoconocimiento, la negociación, la identidad del rol social, las expresiones emocionales y sociales, el deseo de ser competente, la capacidad de comunicación y relación social. Esto es importante para su crecimiento personal del niño adquiriendo la capacidad de conocimiento de sí mismo.

En el siguiente apartado, se hablara del desarrollo social y escolar del niño con TDA-H, ya que el trastorno influye en gran medida a adquirir comportamientos cada vez más agresivos en el niño debido al rechazo y criticas de sus compañeros y de cuantos le rodean.



3.2. DESARROLLO SOCIAL Y ESCOLAR DEL NIÑO HIPERACTIVO/AGRESIVO DE 8 A 12 AÑOS.

De lo anterior se deduce, que en esta etapa es más fácil detectar la patología, y con más precisión cuando el trastorno por déficit de atención se presenta con hiperactividad. La mayoría de las veces los maestros ven los comportamientos del niño cada vez más agresivos y se quejan cotidianamente con los familiares por su mala conducta. Comúnmente los niños con este trastorno producen sentimientos de rechazo en los maestros, porque suelen distraer a sus compañeros y no permiten terminar el trabajo que planearon. Es así como Maza, (2000) plantea que en cierta medida los niños se convierten en los que con su actuar cuestionan la productividad del trabajo del profesor, y exigen *"una mayor atención y dinamismo en clase"*.

Cuando se presentan estas conductas en la escuela, los padres frecuentemente acuden a la consulta psicológica o pedagógica, ya que en estos casos los padres observan que los problemas del niño van más allá del ámbito del hogar, y puede no ser por el ambiente de sobreprotección que ahí emerge.



Los llamados de atención de la escuela representan un alto grado de preocupación para los padres porque están temerosos que pueda ser el principio de trastornos que puedan arrastrarse a lo largo de toda la escolaridad. Y se preocupan por los castigos disciplinarios de la institución escolar y que su hijo no sea admitido en la escuela. El niño hiperactivo agresivo, presenta dificultades en diversas áreas como en casa, el colegio y con sus compañeros, aparecen los problemas en el desempeño académico, vocacional, social-emocional y psicológico. (Gratch, 2000)

En esta época de la vida social del niño, se presenta la agresividad y promueve disgusto entre otros niños que los alejan de todas formas posibles de los juegos, y reciben muchos rechazos. En este momento, el desarrollo de las conductas agresivas da lugar a un déficit encontrado en sus experiencias, las cuáles hace que el niño interprete señales ambiguas (posiblemente accidentales) de sus compañeros como señales hostiles y en consecuencia Martín, (1993) piensa que esta interpretación los conduce a responder de una manera agresiva. A medida que transcurre el tiempo, esta situación se deteriora y aumentan las posibilidades de padecer desajustes personales y sociales.

Ahora bien, Bravo (1999) presenta algunas de las características de los niños que tienen conductas agresivas durante esta etapa, generalmente se observan conductas perturbadoras, que intervienen y molestan la actividad del grupo, tienen dificultades interpersonales con sus compañeros, maestros y autoridades, se muestran más impulsivos, hacen más berrinche, por lo regular son más inmaduros que los otros chicos de su edad, y sus juegos suelen ser



muy infantiles, tienen muy pocas soluciones ante los problemas sociales que se le presentan, no pueden manejar una relación más cercana con otra persona.

Por lo que respecta a los profesores, suelen no tener conocimiento acerca del TDA-TDA-H, y tienen una impresión de que los problemas que presentan estos niños son producto de su inmadurez y es cuando toman la decisión de que repita el año escolar, pero esto es un gran error, el trastorno no desaparece con el curso del tiempo, sólo en algunos casos donde se atenúa o desaparece en la adolescencia. Pero algo bien cierto es que estos pequeños tienen su atención dispersa, pero esto no quiere decir que no capten lo que se les enseña, por el contrario, en ocasiones, trabajan tan rápido que inmediatamente demandan una nueva actividad.

Otro error por parte de los maestros y padres de familia según Douglas, (1983) es que el niño es "*etiquetado*" y esto hace que en determinado momento el pequeño se encuentre "*atrapado*" y no pueda buscar conductas alternativas.

Por otro lado Milich, (1982) encontró que los niños hiperactivos, especialmente los que presentan más agresividad, son más rechazados por sus compañeros de clase.

Ahora para que los síntomas mejoren es preciso realizar un tratamiento adecuado para el niño, de lo contrario las dificultades se repiten irremediablemente. Si el curso del aprendizaje se retrasa por un año, sin que está decisión este justificada y forme parte de un plan terapéutico, no cambia las cosas, pues en realidad son pocas las situaciones en los que el aprendizaje se ve perturbado simplemente por inmadurez.



El mal comportamiento del pequeño dentro del salón de clases suele perturbar el normal desempeño del grupo, es por ello que los profesores frecuentemente hacen el llamado de los padres del niño, para dar a conocer la mala conducta dentro de la escuela. Pero es verdad que las instituciones y la escuela ocupan un lugar preponderante, por ejemplo: Rutter y Giller (1983, en Rutter, 1985) realizaron estudios en instituciones para problemas severos de conducta, y demostraron que las instituciones cálidas, firmes, disciplinadas y con altas expectativas tienen mucho mejor resultado que otras...

Como consecuencia de la impulsividad los niños, al desear algo que les gusta lo sustraen y comienzan los pequeños robos, porque normalmente actúan y luego piensan, y es difícil que logren comprender y reconocer las consecuencias de sus malos actos. Es muy común que presenten signos de depresión y el autoestima se encuentra muy baja, y esto viene acompañado por los bajos rendimientos escolares y el rechazo de los compañeros, Conforme pasa el tiempo este niño comienza a dudar de sus capacidades intelectuales a tal grado que sienten que ya no pueden seguir estudiando. Por esta razón mienten respecto a sus calificaciones para ser bien vistos por los demás.

Mussen, (1983) menciona un claro ejemplo de cómo mienten los niños. Una niña que afirmaba haber sacado buenas calificaciones cuando en realidad no había sido así, en estos casos el niño miente debido a *"su temor de no satisfacer las expectativas paternas o sociales"*



También buscan otras vías para ser vistos como, el realizar cosas que los otros no hacen, ser el más chistoso, y que él es capaz de desafiar a la autoridad. Finalmente el colegio deja de ser interesante y se convierte en un lugar donde solo es criticado y pone en prueba sus capacidades para adaptarse. En consecuencia el niño llega a ser rechazado por los compañeros del colegio porque siempre trae consigo dificultades académicas y cada vez se hacen más frecuentes "*las fugas y abandonos escolares*" pierde el interés y no encuentra lugar en ella.

Cuando el niño deja la escuela está más expuesto a integrarse a grupos marginales que son delinquentes, vándalos, y son niños que presentan las mismas conductas. Llega un momento en el que se auto descalifican para todo tipo de actividades intelectuales y es muy difícil hacerles entender que son tan inteligentes como sus compañeros o hermanos. (Gratch, 2000)

Cuadro 3. Para una mayor claridad se presentan las características de los niños hiperactivos/agresivos.



CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS Y AGRESIVOS

NIÑOS HIPERACTIVOS/AGRESIVOS

- Los síntomas empiezan antes de entrar en el colegio.

- Síntomas más graves

- Más problemas en la relación con la madre

- Madres más controladoras, más negativas y que utilizan menos premios.

- Niños más desobedientes, desafiantes y protestones.

- Rendimiento muy pobre.

- Poco populares y rechazados, más criticados negativamente por los compañeros.

- Son más frecuentemente catalogados como niños con problemas de aprendizaje.

- Peor pronóstico.

- La agresividad en la adolescencia se relaciona con un mayor índice de delitos en la vida adulta, de actos criminales.

NIÑOS HIPERACTIVOS

- Los síntomas se detectan después.

- Más leves.

- Menos problemas.

- Madres menos controladoras y más positivas.

- Desobedientes.

- Poco populares, pero menos rechazados.

- El trastorno de aprendizaje es un diagnóstico asociado menos frecuente

- Mejor pronóstico

- Solo algunos incurrir en actos criminales.

Cuadros tomados de "Manual para Padres y Educadores": de Isabel Orjales Villar, (1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 4. DIFERENCIAS ENTRE CONDUCTAS AGRESIVAS E HIPERACTIVAS

CONDUCTAS HIPERACTIVAS

- Se tropieza con él 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.
- Habla 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 recoger 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.

CONDUCTAS AGRESIVAS

- Empuja, pega y da codazos para ponerse él 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 compartir.
- Fuerza a todo chico a realizar algo que no quiere.
- Tira las cosas y las destroza.
- Insulta.
- Pega y da patadas a los adultos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CONCLUSIÓN

El desarrollo social y escolar del niño de 8 a 12 años es de suma importancia en el que se adquiere un crecimiento de sí mismo y de su mundo social adaptándose a su medio. Para el niño hiperactivo- agresivo esto suele ser una problemática debido a su mala adaptación con el grupo de iguales, es rechazado cada vez por sus comportamientos agresivos, verbales y físicos, incrementando así su baja autoestima y a su vez nuevamente responde con más conductas antisociales y agresivas a consecuencia de su trastorno, limitando un adecuado desarrollo social y escolar.

3.3. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 3

- 1- Bravo, C.M. (1999). Psicología del Desarrollo y de la Educación en la Edad Escolar (primera edición). Valladolid: Ámbito Ediciones, S.A.
- 2- Douglas, V. y Parry, P. Effects of Reward on Delayed Reaction Time Task Performance of Hyperactive Children. Journal of Abnormal Children Psychology. 2. Vol. 11 (2) 1998.
- 3- Erikson, E. (1995). "Ciclo Vital Completado". México: Paidós.
- 4- Gratch, L.O. (2000). Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD). Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en la Infancia, la Adolescencia y Adulthood Buenos Aires: Medica Panamericana.
- 5- Harter, S. (1998). The Development of Self-Representations en W. Damon y N. Eisenberg (Ed), Handbook of Child, Psychology, Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development. New York: Wiley.
- 6- Hiebsch, C. (1972). Psicología del Niño Escolar México: Grijalbo, S.A.

7- Martín, J. (1993). Conflictividad y Violencia en los Centros Escolares. (Primera edición). México: siglo XXI.

8- Matheny, R.V y Mary, T. (1962). Enfermería Psiquiátrica (Tercera edición). México: Editorial Interamericana, S.A.

9- Maza, M. Son los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad Necesidades Educativas Especiales: en Educación Especial Planteamientos y Experiencias Exitosas en la Atención a las Necesidades Educativas Especiales. Vol. 2 Año (0).

10- Millich, R. (1982). Preschool Peer Perceptions of the Behavior of Hyperactive and Aggressive Children: Journal of Abnormal Child Psychology Vol. 10 (4) 1982.

11- Mussen, P, H (1983). Desarrollo Psicológico del Niño (primera edición). México: Trillas, S.A.

12- Mussen, P. Y Janeway, J. (1984). Aspectos Esenciales del Desarrollo de la Personalidad en el Niño (Primera edición). México: Trillas, S.A.

13- Orjales, V. (1998). Déficit de Atención con Hiperactividad (Tercera edición.). Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

- 14- Piaget, J. (1996). Seis Estudios de Psicología (Décima primera reimpresión). México: Planeta Mexicana, S.A. de C.V.
- 15- Rutter, M. Y. Giller, P. Family and School: The Influence on Behavior and Development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 26 (3) 1985.
- 16- Schaum, (1981), Psicología del Niño (Primera edición). México: MC Graw-Hill, S.A. de C.V.
- 17- Strommen, E. A. (1982), Psicología del Desarrollo Edad Escolar México: Manual Moderno, S.A. de C.V.

CAPÍTULO

4

METODOLOGÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



82-A



4. METODOLOGÍA

4.1-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Muchas de las veces el niño con TDA-H maneja altos índices de agresión, por lo que es importante tener conocimiento de dicho factor para establecer mejores estrategias de intervención en el manejo del trastorno.

¿ Los niños que presentan Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) pueden presentar un mayor grado de conductas agresivas comparado con niños que no presentan dicho Trastorno?

4.2. JUSTIFICACIÓN

Durante mucho tiempo se consideró el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) como un *"Problema de Aprendizaje"*, también se conocía como *"efecto de control moral"*, *"síndrome hiperkinético de la infancia"* y *"disfunción cerebral mínima"*. En la actualidad es definido como *"Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad"*.

El presente estudio, tiene como propósito realizar una comparación entre la influencia del TDA-H con el grado de agresión que presentan los niños con el trastorno, haciendo una comparación de los resultados obtenidos con niños que no presentan dicho trastorno



para la obtención de semejanzas y diferencias entre ambos grupos.

Según las consideraciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan. N. Navarro, el 4% de los niños en edad escolar presentan el Síndrome, es decir uno de cada 30 niños padece el TDA-H. Como puede apreciarse, en México la incidencia de dicho trastorno va en aumento Merino, (1999) Por lo cuál se requiere de más investigaciones.....

Este estudio, ofrece a los Psicólogos dedicados a la salud mental del niño, a padres de familia y maestros, el mejor conocimiento sobre el TDA-H descubriendo información nueva de la agresión como resultado del TDA-H, proporcionando nuevas percepciones hacia cuáles tratamientos y programas pueden ayudar a un niño con TDA-H efectivamente, está es la esperanza, y visión de la investigación.

4.3-OBJETIVO GENERAL:

Comparar el grado de agresión entre niños de 8 a 12 años de edad con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H), y niños que no presentan el trastorno en el mismo rango de edad.



4.4-HIPÓTESIS GENERAL

Hi Sí existen diferencias significativas en el grado de Agresión entre niños de 8-12 años. Con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) y niños sin el trastorno.

Ho No existen diferencias significativas en el grado de Agresión entre niños de 8-12 años. Con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) y niños sin el trastorno.

4.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio esencialmente de Campo, en donde las hipótesis y las propias relaciones se emplean de forma no experimental, ya que es un diseño cuasiexperimental de grupos intactos de acuerdo con Kerlinger, (1979) este tipo de investigación se realiza en un ambiente natural o en instituciones; además el investigador no controla directamente las variables independientes debido a que sus manifestaciones ya ocurrieron.



4.6. VARIABLES Y DEFINICIONES

4.6.1. Variables

VI: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H)

VD: Grado de Agresión.

4.6.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

VI: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (DSM-IV, 1995), criterios diagnósticos Pág. 88,89.

El término "*hiperactividad*" se utiliza para describir a una clase de niños posteriormente adolescentes y adultos, ellos presentan una conducta especial, diferente a la mayoría a los que se considera "*normales*".

En la actualidad es considerado como un trastorno de conducta, que se caracteriza por la imposibilidad de mantener la *atención* en alguna situación durante un periodo de tiempo prolongado, *hiperactividad* siempre están en movimiento, no pueden permanecer quietos y sentados por un largo tiempo puede ser muy difícil.

Impulsividad parece que son incapaces de controlar sus reacciones inmediatas no piensan antes de actuar debido a su impulsividad.



VD: Agresión: *"Todo comportamiento que lastima o lleva perjuicio a otro es una agresión".*

Estos dos autores Buss, y Feshbach, propusieron los criterios para identificar y luego clasificar los comportamientos de agresión. Posteriormente Buss, (1961) da la definición de tres dimensiones que distinguen la agresión. La importancia de esta distinción es aclarar la variedad de comportamientos capaces de ser reconocidos como agresivos.

4.6.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL

VI: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad obtenido de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (1995) Y Valoración de Neuroimagen (EEG) por un Médico Neurólogo, de niños con diagnóstico de TDA-H por el Centro Diagnóstico y Atención para Problemas de Aprendizaje DAPA.

VD: Resultados obtenidos con la aplicación de la Prueba Dibujo de la Figura Humana (DFH) el cuál es usado como una herramienta Proyectiva. Koppitz, (1968)
Utilizando el Indicador Emocional de Ira-Agresividad y sus cinco categorías.



El segundo resultado, es obtenido mediante la aplicación del Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender (1955) Utilizando la Escala de Maduración de Koppitz, y el Indicador Emocional Impulsividad-Agresividad de la categoría Repaso del Dibujo o de los Trazos.

4.7. MÉTODO

4.7.1. MUESTREO

El grupo de los niños con TDA-H está formado por una muestra estratificada obtenida en el Centro Diagnóstico y Atención en Problemas para el Aprendizaje (DAPA), en el periodo del 2002.

El grupo de niños sin el TDA-H, está formado por un muestreo no probabilístico intencional ya que se seleccionó cuidadosamente a los sujetos uno a uno de acuerdo a las condiciones, edad, sexo, nivel socioeconómico.

En esta investigación se utilizaron dos muestras: un grupo de niños con TDA-H y un segundo grupo que no presenta el trastorno.

4.7.1.1. MUESTRA

Niños que sí presentan el TDA-H

De acuerdo con el objetivo en la investigación, se seleccionó un grupo de sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), del Centro " Diagnóstico y Atención en Problemas para el Aprendizaje" (DAPA) Ubicado en Rubén M. Campos 2752.

A. Villa de Cortes, en la Ciudad de México D.F. y cubren con los siguientes criterios:



- Criterios de Inclusión:

- Niños entre 8 y 12 años de edad.
- Niños escolares que cursan entre 3° y 6° de educación primaria.
- Para niños con TDA-H, los criterios para determinar la presencia del TDA-H, fueron de acuerdo al (DSM-IV) y Diagnóstico Neurológico. Los niños están bajo tratamiento psicológico cognitivo-conductual.
- Nivel socioeconómico, de clase media baja, que corresponde de 4 a 6 salarios mínimos.

- Criterios de Exclusión:

- Menor de 8 y mayor de 12 años de edad.
- Encontrarse estudiando fuera de los rangos menores a 3° y mayor a 6° de primaria.
- Sólo para los niños sin el TDA-H, cubrir con los criterios del TDA-H
- Encontrarse en el nivel socioeconómico, diferente de 4 a 6 salarios mínimos.

(Apéndice A)



Niños que no presentan el TDA-H

El segundo grupo, corresponde a sujetos que no presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H.) Del Centro público "Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal" Quetzalcoatl (C.DIF-D.F). En el área de manualidades, que es un taller creativo dirigido al público, ubicado en Carlos Avidal Quintana Roo sin número San Francisco Tlátenco, de la Ciudad de México D.F.

Ambas muestras cumplen con criterios de inclusión y exclusión.

Es así como quedaron seleccionados ambas muestras de los sujetos del C.DIF.DF. y

DAPA.

Niños con TDA-H	Niños sin TDA-H
N = 10 mixto	N = 10 mixto



4.7.2. ESCENARIO

Para la aplicación de los instrumentos se utilizó un salón del Centro DAPA el cuál mide 3x3m. Con paredes blancas, de concreto, ventilado e iluminado adecuadamente y aislado de cualquier estímulo externo, el salón cuenta con sillas individuales, en donde se acomodó al niño para que tenga su propio espacio e individualidad. Se colocó frente a una mesa, y el aplicador se colocó frente a él, asimismo, se administró la aplicación INDIVIDUAL de la Técnica Proyectiva (DFH) y posteriormente el Test Gestáltico Visomotor de Bender utilizando la Escala de Maduración de Koppitz. Al término de ésta, se le pidió salir del salón.

De igual manera el C.DIF-D.F. Quetzalcoatl, proporcionó un salón de 4 x 4 m. De paredes blancas, adecuado confortable, silencioso, que cuenta con iluminación y está aislado de cualquier perturbación en el niño. Se buscó que se sintiera cómodo y relajado.

El salón se encuentra en el mismo centro que es utilizado para juntas del personal que ahí labora, cuenta con sillas individuales; se acomodó al niño para que tenga su propio espacio, él aplicador se colocó frente a él, asimismo se administró la aplicación INDIVIDUAL de la Técnica Proyectiva (DFH) y el Test de G.B de Bender, al término de ésta, se le pidió salir del salón.



4.7.3. INSTRUMENTOS

4.7.3.1. DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

La siguiente Herramienta de evaluación es una Técnica o Método Proyectivo de Nombre:

" Dibujo de la Figura Humana." (DFH)

Autor: Elizabeth Munsterberg Koppitz, (1968)

Manual y Revisión Técnica por Mtra, María Teresa Franco Baqueiro, Psicóloga Clínica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Aplicación: individual y colectiva, desde los 5 a 12 años: no debe imponerse un límite de tiempo para hacer un DFH.

Fiabilidad: Identifica el Autoconcepto y los posibles problemas emocionales, actitudes y tendencias subyacentes de un niño.

Material : Hoja de Papel en blanco, un lápiz del número 2 y una goma para borrar.

Interpretación: La técnica del DFH requiere que el joven dibuje una "persona completa", después se formulan tres preguntas las cuáles son: 1. ¿La persona que dibujaste es alguien que conoces o alguien inventado? 2. ¿Qué edad tiene la persona que dibujaste? 3. ¿Qué está haciendo o pensando está persona y cómo se siente?. Las cuáles nos ayudan a identificar a la persona que está en el dibujo. El DFH se lleva a cabo mediante un procedimiento de 6 pasos que son analizados



primero por separado, luego los datos se integran en una evaluación multifacética del estudiante.

Los seis pasos son:

- 1- Observación de la conducta del alumno mientras está realizando un DFH.
- 2- Impresión general del DFH.
- 3- Evaluación evolutiva de la madurez y la capacidad mental a partir del DFH.
- 4- Indicadores emocionales en el DFH.
- 5- Análisis del contenido del DFH.
- 6- Signos orgánicos en el DFH.

En éste caso se analizan exclusivamente los indicadores emocionales (IE) en el DFH, ya que con mayor frecuencia aparecen los IE en estudiantes con problemas de conducta, también pueden detectarse en alumnos que no tienen este tipo de problemas. Los IE son más productivos con los estudiantes de educación media cuando se agrupan en las 5 categorías de los 28 IE, que reflejan impulsividad, inseguridad o sentimientos de inadecuación, ansiedad y apocamiento, timidez, ira agresividad.

En esta investigación de acuerdo a la variable a estudiar, solamente se analizó una categoría del IE de Ira y Agresividad, que cumple con la siguiente lista de cinco IE a Interpretar.



IRA, AGRESIVIDAD

La ira y agresividad suele ser definida como disgusto, exasperación, resentimiento, o una actitud ofensiva, sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravios; ataques verbales o físicos, la ira puede estar dirigida hacia los demás, o a uno mismo, así como a objetos.

A continuación se presentan las cinco categorías del Indicador Emocional (IE) de ira agresividad:

1. Ojos bizcos: ambos ojos están vueltos hacia fuera o hacia adentro. Este reactivo no se registra si los ojos están viendo a un lado.
2. Dientes: cualquier representación de uno o más dientes.
3. Brazos largos: los brazos son excesivamente largos, lo suficiente como para llegar debajo de la rodilla o del lugar donde está debería estar.
4. Manos grandes: las manos son tanto o más grandes que la cara de la figura.
5. Figura desnuda, genitales: se dibuja una figura desnuda; aparecen dibujos realistas de los genitales o representaciones simbólicas inequívocas de estos; se muestran características sexuales secundarias como los pechos.

El niño al cumplir con 1 o las 5 categorías de los síntomas del IE se considera como signos de agresión. Además para aumentar la utilidad del DFH al combinarlo con otra prueba de lápiz y papel. La prueba de Koppitz (que consiste en la prueba de Bender Gestalt), es eficaz como una batería de evaluación o cómo una parte de un examen más



Completo de los alumnos de educación media. La batería proporciona una amplia variedad de información acerca del funcionamiento. (Koppitz, 1968)

VALIDEZ

A continuación, se mencionarán algunas investigaciones realizadas en nuestro país utilizando el DFH, que con frecuencia se utiliza en clínicas y estudios de investigación. Pero el DFH no está estandarizado ni cuenta con normas de calificación de la prueba para la población mexicana, sin embargo se reunieron algunos estudios realizados en México utilizando el DFH con resultados favorables para las investigaciones, tomándolas como referencias para una observación global, algunas de ellas son las siguientes:

Heyerdal (1979, en Ancona, 1999) en una población Mexicana encontró varios indicadores del desarrollo esperados por Koppitz, en cuanto a los indicadores excepcionales del desarrollo según Koppitz deben disminuir conforme van creciendo y encontró en sus resultados que esto no sucede en la población Femenina Mexicana.

Munguía y Sámano, (1990) utilizaron el DFH estudiando el efecto del programa de motricidad de un grupo mixto de 18 niños, de 5 años de edad de la Casa Cuna de la Ciudad de México, y los indicadores emocionales, más frecuentes son:



1. Omisión de la boca 61%
2. Asimetría burda, fig. pequeña omisión de la nariz 50%
3. Omisión de piernas 39%
4. Monstruo 33%
5. Omisión de brazos 27%.

Otra investigación de Casillas (1996) realiza un estudio comparativo entre niños con y sin problemas de aprendizaje, y concluyó que en ambos grupos los indicadores emocionales eran los mismos conservando el mismo orden de frecuencia, y la diferencia entre los grupos fue más cuantitativa que cualitativa, pues el porcentaje de cada indicador del grupo fue distinto.

Estas son algunas investigaciones con respecto a la utilización del DFH de Koppitz, en población de niños mexicanos.



4.7.3.2. Bender. Test Gestáltico Visomotor.

Autor: Lauretta Bender.

Procedencia: American Orthopsychiatric Association, Nueva York (1938)

Versión Española: Editorial Paidós, Buenos Aires. (1955)

Aplicación: Individual, 4 años en adelante; tiempo variable, entre 15 y 30 minutos.

Fiabilidad: Examen de la función Gestáltico Visomotor, su desarrollo y regresiones.

Materia: Manual y guía para la aplicación, juego de 9 figuras geométricas, protocolo de registro y evaluación. (apéndice B y C)

Interpretación: Cualitativa, a partir de la escala de maduración de Koppitz.

Lauretta en el Hospital Bellevue de Nueva York una prueba constituida por 9 figuras geométricas, más o menos complejas, que el sujeto debe reproducir teniendo delante el modelo. en 1932 comenzó a aplicar los resultados. Este Test conocido como G.B fue aceptado por la crítica científica y ocupa un puesto importante en toda batería psicométrica. El Bender de origen visual motor Gestalt Test pertenece al grupo del Test visomotor como al de los Gestálticos, también en ocasiones se ha utilizado como prueba proyectiva, aplicado como técnica de asociación libre sobre las figuras dibujadas y otros procedimientos semejantes. Por lo cuál en está investigación se usó la escala de maduración de Koppitz, está autora consideró diseñar su escala en la cuál no existe una ley en cuanto a la maduración, un sujeto puede madurar más rápido en algunos aspectos y de manera más



lenta en otros. Por ello es necesario evaluar el desempeño total alcanzado en la ejecución del Bender y no interpretar cada figura de manera individual, como lo hace la escala de calificación de Bender. A continuación se presentan los criterios de la escala de maduración de Koppitz:

- 1- Distorsión de la forma.
- 2- Rotación.
- 3- Sustitución de puntos por círculos.
- 4- Perseveración.
- 5- Falla en la integración de las partes de una figura.
- 6- Sustitución de curvas por ángulos.
- 7- Adición u omisión de ángulos.

Además de su escala Koppitz estudió cuáles eran los indicadores emocionales que más se presentaban y las categorías encontradas fueron las siguientes:

- 1- Orden confuso.
- 2- Línea ondulada (fig. 1y2)
- 3- Círculos sustituidos por rayas (fig. 2)
- 4- Aumento progresivo del tamaño (fig. 1,2y3)
- 5- Gran tamaño de la figura.
- 6- Tamaño pequeño de la figura.
- 7- Línea fina.



8- Repaso del dibujo o de los trazos.

9- Segunda tentativa.

10- Expansión.

Ahora, de acuerdo a la variable dependiente de la investigación solo se analizó los resultados obtenidos de los IE del **Repaso del Dibujo o de los Trazos,**

que consta de repasar el dibujo con líneas gruesas e impulsivas, se asocia con **Impulsividad y Agresividad,** al conocer este último dato se obtiene un IE de agresividad, lo cuál da una perspectiva más amplia al ser combinada con la prueba del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz, y se obtiene con más claridad el grado de agresión que se presenta en el sujeto.

VALIDEZ

La prueba Gestáltica visomotora de Lauretta Bender cuenta con una estandarización en México, se han incluido algunas investigaciones en nuestro país sobre la utilización de la prueba.

Martínez, (1997, en Ancona 1999), hicieron una comparación de niños con el diagnóstico de hiperquinésia (DSM-111) con niños normales y niños con una inteligencia deficiente, muestran que no todos los errores que considera Koppitz como significativos de daño neurológico se presentan como tales en las poblaciones estudiadas. Los indicadores emocionales se toman como referencia para entender el comportamiento del niño, pero no se utiliza a nivel Diagnóstico.



Otras investigaciones de (Heredia 1982, Venegas 1985, Peche, 1988, Fuentes y Martínez 1990, en Ancona, 1999), muestran que hay diferencias transculturales y socioculturales de importancia, ya que parece haber una mayor tendencia de número de errores en los niños mexicanos, sobre todo de aquellos que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

Para la obtención de los criterios de inclusión, de sujetos que no padecen el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H), se administró la adaptación del Cuestionario Clínico para Padres de Gratch, (2000) que contiene los factores del desarrollo del niño (Apéndice D), para la muestra del grupo 2.

4.7.3.3. CUESTIONARIO CLÍNICO PARA PADRES

1- FICHA CLINICA.

2- FACTORES DEL DESARROLLO.

- a) Historia Prenatal.
- b) Historia Perinatal.
- c) Periodo Posnatal e Infancia.

3- FACTORES EVOLUTIVOS.

4- HISTORIA MEDICA.

5- HISTORIA ESCOLAR.

6- HISTORIA SOCIAL.



7- PREOCUPACIONES DEL COMPORTAMIENTO ACTUAL.

8-CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV, (1995) PARA LA PRECENCIA DEL (TDA-H)

9- OTRAS PREOCUPACIONES.

10-HISTORIA FAMILIAR.

4.7.3.4. GUÍA DE OBSERVACIÓN DESCRIPCIÓN DEL ALUMNO

El siguiente cuestionario, es la Guía de observación Descripción del Alumno; de Diagnóstico y Atención en Problemas para el Aprendizaje (DAPA) (Apéndice E)

1-CONDUCTA DENTRO DEL SALON DE CLASES FUERA DE ÉL.

2-CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO.

3-RELACIONES CON LOS NIÑOS Y ADULTOS DENTRO DEL MARCO ESCOLAR.

4-DESENVOLVIMIENTO ACADEMICO ACTUAL.

5-ESCRITURA.

6-ORTOGRAFIA.

7-MATEMATICAS.

4.7.4. MATERIALES

Los materiales que incluye ésta Técnica o Método Proyectivo Dibujo de la Figura Humana (DFH) son:

- Una hoja de papel en blanco, de 21.5 por 28 cm.
- Un lápiz del número 2.
- Una goma para borrar.
- Sacapuntas para su realización por parte del sujeto.

En el anverso de la hoja se pide que anote lo siguiente:

- Datos de identificación del sujeto, Nombre, Sexo, Edad y Centro.

En el reverso de la hoja se encuentra:

Las tres preguntas contestadas por parte del sujeto para la evaluación que es para uso exclusivo del examinador.

El segundo material a utilizar del instrumento Test Gestáltico Visomotor de Bender (G.B.) utilizando la Escala de Maduración de Koppitz es:

- Guía para la aplicación.
- 9 figuras geométricas.
- Protocolo de registro y evaluación.

En el anverso de la hoja de respuesta se encuentra:

- Datos de identificación del sujeto en evaluación.

Es indispensable que el ejemplar cuente con, hojas blancas, un lapicero, goma, sacapuntas para la realización por parte del sujeto.



4.7.5. PROCEDIMIENTO

Cuando se solicitó a padres su colaboración en la evaluación, se les explicó que sus respuestas sobre el comportamiento del niño, nos ayudaron a conocerlo mejor y a tener información muy importante en el caso de síntomas de agresión o relación social.

La administración es en forma de entrevista; se debe asegurar de una buena disposición para colaborar en la evaluación, esto es mediante la adaptación del cuestionario clínico para padres de Gratch, (2000) que contiene los factores del desarrollo del niño, y los criterios diagnósticos del DSM-IV (1995) del apartado de inatención, impulsividad e hiperactividad, así como la guía de observación descripción del alumno. A fin de seleccionar a los niños que no padecen TDA-H.

Se llevó a cabo en el C.DIF-D.F Quetzalcoatl, una entrevista individual a cada padre de familia, quedando así la selección de 3 niñas y 7 niños.

Por otro lado en el Centro DAPA de niños con TDA-H quedaron seleccionados 2 niñas y 8 niños.

Posteriormente se pidió la participación del niño en una sesión de 15 a 30 minutos. Al inicio de la Técnica Proyectiva DFH, se le pidió que anotará sus datos personales: nombre, apellidos, edad, sexo, centro o curso.

A continuación, se leyó en voz alta las instrucciones dando las explicaciones complementarias que precisen.



Cuando se aseguró la comprensión de las instrucciones, se comenzó la Técnica Projectiva, entonces se le dijo:

"Dibuja una persona completa. Puedes dibujar cualquier clase de persona que desees, pero no una figura de palo". Después que terminó el niño el dibujo, se hicieron las tres preguntas:

- 1- ¿La persona que dibujaste es alguien que conoces o alguien inventado?
- 2- ¿Qué edad tiene la persona que dibujaste?
- 3- ¿Qué está haciendo o pensando esta persona y cómo se siente?

Al término de la aplicación de la prueba se le pidió desalojar el salón.

En el transcurso de dos días después, se administró la segunda prueba el Test Gestáltico Visomotor de Bender que está compuesta por 1 sesión de 30 a 40 minutos, donde igualmente se anotaron los datos personales: nombre, apellidos, edad, sexo, centro o curso.

Posteriormente, se leyó en voz alta las instrucciones dando las explicaciones correspondientes: "Aquí tienes una hoja blanca, te mostraré 9 figuras geométricas una por una y deberás copiarlas, si necesitas más hojas puedes utilizarlas. Luego al terminar las 9 figuras", se le indicó que tome otra hoja y dibujara las figuras que más recordara sin mostrárselas.

Las dos técnicas Projectivas se administraron en forma individual en (DAPA) niños con TDA-H, y en el Centro DIF Quetzalcoatl de niños que no lo padecen; en este último se



incluyó la entrevista, el cuestionario clínico para padres y la guía de observación del alumno.

Se informó a los padres el uso de la información obtenida, la cuál se trató de manera estrictamente confidencial por parte del que la administra.

Al obtener los datos, se utiliza Estadística Descriptiva no Paramétrica de Frecuencia de Medias, obtenidas de ambas pruebas empleadas: DFH Y G.B. Se analizá de acuerdo al parámetro establecido de cada indicador emocional de agresividad de las pruebas, tomando los índices de cada muestra para establecer los parámetros de agresión, obteniendo el resultado de la media de ambos grupos para analizar las diferencias, en el grado de agresión y hacer las comparaciones gráficamente.

4.8. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA.

- 1- Alatorre, J. (1994). Criterios para la Elaboración de Documentos Psicológicos. Facultad de Psicología, Centro de Documentación.
2. -Ancona, E. (1999). Psicodiagnóstico Clínico del Niño (2da edición). México: Manual Moderno S.A. de C.V.
- 3- Bender, L. (1955). Test Gestáltico Visomotor. España: Editorial Paidós, Buenos Aires.
- 4- Bowdoin, R. (1992). Los Padres son Maestros México: Ediciones Temas de Hoy, S.A.
- 5- Buss, A.H. (1962). The Psychology of Aggression. New York: Wiley.
- 6.- Casillas, A. L. (1996). Análisis de Indicadores Emocionales según Koppitz del Dibujo de la Figura Humana en Niños con Problemas de Aprendizaje. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- 7- Gratch, L. O. (2000). Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADD-H) Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en la Infancia y la Adulterz. Buenos Aires; Editorial Medica Panamericana.
- 8 - Hernández, S. R. (1991). “Metodología de la Investigación “ (segunda edición). México: MC Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

9. -Koppitz, E. (1991). **“Evaluación Psicológica de los Dibujos de la Figura Humana por Alumnos de Educación Media”** México: Manual Moderno S.A. de C.V.

10. - Kerlinger, F.N. (1979). **Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento** México: Nueva Editorial Interamericana.

11 -Levin, J. (1977). **“Fundamentos de Estadística en la Investigación Social”** (2da edición). México: Harla.

12- Masson, (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV**, Barcelona: Editorial Masson.

13- Merino, C. (1999). **Niños Hiperquinéticos**.

<http://www.unam.mx/rompan/22/2229.html.2/1/2009>.

14. -Munguía, M., Samano, S.I. (1990). **Disminución de la Agresividad y la Inseguridad por medio de un Programa de Psicomotricidad en Niños Institucionalizados**. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UMAN.

15- Rodríguez. C. (1995). **Vademécum Académico de Medicamentos**. (Segunda edición) México: Mc Graw-Hill Interamericana.

16- Sydney, S. (1995). **Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta**. (Cuarta edición). México: Trillas

CAPÍTULO

5

RESULTADOS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. RESULTADOS

Interpretación del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz.

**Cuadro 5: Niños de 8 a 12 años sin (TDA-H) del Centro (C.DIF.DF.)
5 Categorías de los Indicadores Emocionales de Ira, Agresividad.**

Lugar	Indicador	Edades										Total
		8	9	9	9	10	11	11	11	12	12	
1° ro	Dientes	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
2° do	Manos Grandes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
3° ro	Ojos Bizcos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4° to	Brazos Largos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5° to	Fig., Desnuda Genitales.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
											3	

Parámetro de agresión 0.20

Resultado del grupo 0.06

Total de IE del Centro C.DIF.DF. se presentan 2 IE, no fue evidente otro indicador.

**Cuadro 6: Niños de 8 a 12 años con (TDA-H) del Centro (DAPA)
5 Categorías de Indicadores Emocionales de Ira, Agresividad.**

Lugar	Indicador	Edades										Total
		8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	
1° ro	Brazos Largos	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7
2° do	Manos Grandes	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	5
3° ro	Dientes	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3
4° to	Ojos Bizcos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
5° to	Fig., Desnuda Genitales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
											16	

Parámetro de agresión 0.20

Resultado del grupo 0.32

Total de IE del Centro DAPA. Se presentan 4 de las 5 categorías de IE.

**INTERPRETACION DEL TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER
UTILIZANDO LA ESCALA DE MADURACIÓN DE KOPFITZ.**

**Cuadro 7: Niños de 8 a 12 años sin (TDA-H) DEL Centro (C.DIF.DF.)
Indicador Emocional Impulsividad, Agresividad.**

Indicador. Repaso del Dibujo o de los Trazos	Edades										Total
	8	9	9	9	10	11	11	11	12	12	
Fig. A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
7	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
8	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
											10

Parámetro de agresión M= 0.55 resultado de la muestra 0.1

**Cuadro 8: Niños de 8 a 12 años con TDA-H del Centro DAPA.
Indicador Emocional, Impulsividad Agresividad.**

Indicador Repaso del Dibujo o de los Trazos	Edades										Total
	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	
Fig. A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
5	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	6
											27

Parámetro de agresión M=0.55 resultado de la muestra 0.3

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 9: DIFERENCIAS DEL (DFH) DE NIÑOS CON (TDA-H) Y SIN (TDA-H)

INDICADOR	NIÑOS SIN (TDA-H)	NIÑOS CON (TDA-H)
OJOS BISCOS	0	1
DIENTES	2	3
BRAZOS LARGOS	0	7
MANOS GRANDES	1	5
FIG. DESNUDA GENITALES.	0	0
	3	16

El resultado del dibujo de la figura humana del grupo de niños con TDA-H muestra (IE) de 4 de las 5 categorías de (IE), lo cuál indica signos de Ira, Agresividad (brazos largos, manos grandes, dientes y ojos bizzcos), no hubo evidencia de fig. desnuda genitales.

Ahora el grupo de niños sin TDA-H, muestran 2 (IE) de las 5 categorías de Ira, Agresividad como son (dientes y manos grandes), no fue evidente otro (IE).

CUADRO 10: DIFERENCIAS DE LA ESCALA DE KOPPITZ DE NIÑOS CON TDA-H Y SIN TDA-H.

INDICADOR. REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS.	NIÑOS SIN(TDA-H)	NIÑOS CON (TDA-H)
Fig. A	0	2
1	0	1
2	0	2
3	0	0
4	2	3
5	0	2
6	2	1
7	4	10
8	2	6
	10	27

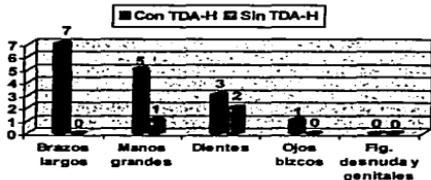
Los resultados de la fig. de Bender se puede apreciar que en la fig. 7 y 8 el repaso del dibujo o de los trazos es más notorio que en la demás fig. y estas líneas gruesas e impulsivas se asocian con agresividad, por tanto los (IE) muestran mayor agresividad en el grupo de niños con TDA-H, que los que no presentan el TDA-H.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 2: DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Centro (DAPA) niños con TDA-H y centro (C.DIF.DF) niños sin TDA-H

Parámetro de agresión $M = 0.20$

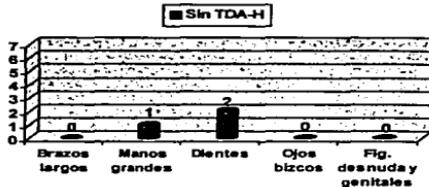


Niños sin TDA-H - $\bar{x}_1 = 0.06$

Niños con TDA-H - $\bar{x}_2 = 0.32$

Figura 3:

Centro (C.DIF.DF) niños sin TDA-H



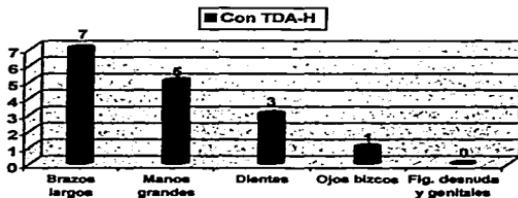
Parámetro de agresión $M = 0.20$

Resultado de la muestra - $\bar{x}_1 = 0.06$

El perfil del Test dibujo de la figura humana (DFH) del indicador emocional ir-agresividad de las 5 categorías, muestra que de acuerdo al parámetro de agresión de 0.20 es mayor que 0.06 por lo que se consideran niños no agresivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 4:
Centro (DAPA) niños con TDA-H



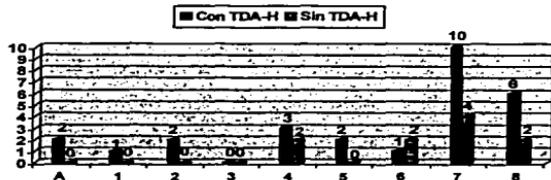
Parámetro de agresión $M = 0.20$

Resultado de la muestra $\bar{x} = 0.32$

El perfil del Test dibujo de la figura humana (DFH) del indicador emocional ira-agresividad de las 5 categorías. Se observa que del resultado de 0.32 es mayor que el parámetro establecido de 0.20. por lo que se consideran niños agresivos.

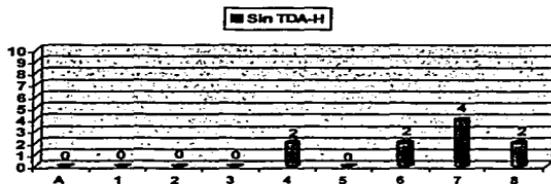
TEST DE
FALLA DE ORIGEN

Figura 5: TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR
 Comparación entre el grupo con TDA-H y el grupo sin TDA-H



Parámetro de agresión máximo $M=0.55$
 Resultado de la muestra $\bar{x}_1 = 0.1$ frente al $\bar{x}_2 = 0.3$

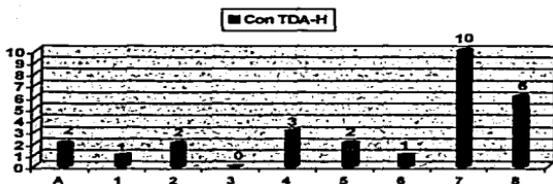
Figura 6:
 Centro (C.DIF.DF) niños sin TDA-H



Parámetro de agresión máximo $M=0.55$
 Resultado de la muestra $\bar{x}_1 = 0.1$

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Figura 7:
Centro (DAPA) niños con TDA-H



Parámetro de agresión máximo $M = 0.55$

Resultado de la muestra $\bar{x}_2 = 0.3$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.1. ANALISIS DE RESULTADOS.

Se realizó, un estudio comparativo descriptivo no paramétrico utilizando frecuencia de medias, tomando los índices de ambas muestras para establecer los parámetros de agresión. De los (IE) de ira-agresividad del (DFH) en un rango Máximo $M=0.20$ de agresión, obteniendo la $\bar{X}_1 = 0.06$ y $\bar{X}_2 = 0.32$ de ambos grupos.

De igual manera con respecto al G.B Bender, se obtuvo un Máximo de $M=0.55$ como rango de agresión quedando así la $\bar{X}_1 = 0.1$ y $\bar{X}_2 = 0.3$ obtenidos de las mismas referencias de los cuadros. (5,6,7,8). Comparando así la frecuencia de las medias de ambas muestras.

Se observa en la Fig. 2 que la muestra con TDA-H, presenta mayor agresividad que los niños del grupo sin TDA-H. De acuerdo al tests Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz del indicador emocional (IE) ira-agresividad que contiene 5 categorías, estableciendo así un parámetro de agresión de $M=0.20$ al ser comparado con la muestra de niños sin TDA-H se obtuvo un parámetro de $\bar{X}_1 = 0.06$ frente al $\bar{X}_2 = 0.32$ de niños con el TDA-H. Por lo que es clara la tendencia de mayor agresión en niños que presentan el TDA-H a diferencia de los que no lo padecen. Y las diferencias son significativas entre ambas muestras.

Se observa en la Fig. 3 del grupo de niños sin el TDA-H, de los signos cualitativos del (DFH) donde se analizaron las 5 categorías del (IE) ira-agresividad, y la categoría más alta fue para:

1° DIENTES; La presencia de dientes es un signo de agresividad y puede ser normal en niños, pero si se está junto a más indicadores de agresividad puede ser significativo para el diagnóstico y la interpretación.

2° MANOS GRANDES; se asocia con conductas agresivas y actividades en las que están implicadas las manos.

3° OJOS BIZCOS, 4° BRAZOS LARGOS, 5° FIG. DESNUDA GENITALES. No se encontró ningún indicador.

Por lo que el resultado de dicho grupo del (IE) de ira-agresividad se encuentra en un rango de normatividad. Interpretaciones tomadas de (Koppitz, 1991)

Se observan algunas conductas agresivas en actividades como juegos del grupo de iguales, esta interpretación se confirmó con la obtención del Cuestionario Clínico para Padres de (Gratch, 2000) que contiene los factores del desarrollo del niño. (Apéndice D) y la guía de observación descripción del alumno DAPA, (Apéndice E)

Por consiguiente en la Fig. 4 de niños con TDA-H de las 5 categorías de (IE) ira-agresividad, las categorías más altas son:

1° BRAZOS LARGOS; indican una actitud agresiva general en el niño y puede asociarse con expansividad.

2° MANOS GRANDES; se asocia con conductas agresivas y actividades en las que se asocian las manos y puede sentirse inadecuado.

3° DIENTES; Es un signo de agresividad normal en niños, pero si se complementa con mas indicadores de agresividad entonces es significativo para la interpretación.

4° OJOS BIZCOS; se asocia con hostilidad y se presenta en niños rebeldes, y que no pueden ni desean ajustarse al comportamiento esperado.

5° FIG. DESNUDA GENITALES; es rara su presencia pero es un signo de psicopatología indica agresión y dificultad en el control de impulsos. (En el grupo no se encontró esta categoría)

El resultado obtenido del grupo de niños con TDA-H del (IE) ira-agresividad se encontró, Actitudes agresivas hacia su entorno, hostilidad hacia sus compañeros, rebeldía, comportamientos no esperados, agresiones físicas y verbales, llevándolo a un comportamiento agresivo general y por consiguiente al rechazo de los compañeros de su edad debido a su agresión y por supuesto del TDA-H.

La validez de la interpretación es a través del Diagnóstico Psicológico y Neurológico, proporcionado por el Centro DAPA del grupo de niños con TDA-H, verificando así los resultados obtenidos de la agresión existente a consecuencia del Trastorno.

Con respecto al Test Gestáltico Visomotor de Laurretta Bender y la Escala de Maduración de Koppitz, solo se consideró el IE del repaso del Dibujo o de los Trazos que se asocia con

agresividad, así en la Fig. 5 se observa un grado mayor de agresión en niños con TDA-H a diferencia de los que no lo padecen.

Sin embargo, este instrumento es de índole proyectivo por lo que su interpretación será de acuerdo a criterios para establecer un rango de agresión, tomando así de las 9 figuras, 5 de las cuáles fueron las más representativas para el rango de agresión, quedando $M = 0.55$ al obtener este dato se puede observar la diferencia del grupo de niños sin TDA-H $\bar{x}_1 = 0.1$ frente al $\bar{x}_2 = 0.3$ del grupo de los niños con TDA-H.

Por lo que la diferencia es significativa por el mayor grado de agresión existente.

Para mayor claridad en la Fig. 6 del grupo sin TDA-H del (IE) repaso del dibujo o de los trazos impulsividad-agresividad de las 9 figuras se analizaron las más representativas.

La Fig. 7- Por su mayor presencia en el grupo se analizó lo siguiente:

Fig. 7- Los ángulos implican agresividad, el aumento de ellos muestra agresividad y aspectos fálicos, el aplanamiento es negar la agresividad, la vertical es la más representativa del Yo del sujeto, cómo se integran sus defensas e incorpora y acepta sus impulsos.

Es claro que el resultado del grupo sin TDA-H, muestra en la fig. 7 un aumento disminuido de los ángulos que implican agresividad, en algunos niños se encontró aplanamiento de los ángulos indicando negar la agresividad. La mayoría de los niños mostraron un Yo integrado incorporando y aceptando sus impulsos de acuerdo a la línea vertical.

De acuerdo a este resultado obtenido del rango de agresión establecido, es evidente el menor grado de agresión, corroborándolo de igual manera con el Cuestionario Clínico para Padres de (Gratch, 2000) y la guía de observación del alumno.

Es importante aclarar que la fig. 7 fue la más representativa del grupo, por lo que no fue necesario mencionar las figuras restantes.

Continuando con los niños con TDA-H, la gráfica de la Fig.7 de niños con TDA-H, las figuras más representativas del grupo son:

Fig. 7- Los ángulos implican agresividad y aspectos fálicos, el aumento de ellos es signo de agresividad, la vertical es más representativa del Yo del sujeto como integra sus defensas e incorpora y acepta sus impulsos. El débil mental reproduce mal está lámina y se muestra satisfecho como la realiza.

Fig. 8- Presenta impulsos agresivos no solo en su forma de manipular el medio ambiente sino también de impulsos fálicos, en ocasiones el reforzar el diamante implica actitudes castrantes, en otras ocasiones no dibujar el diamante es intento de contener la agresividad pero que puede explotar en determinadas circunstancias, alargar el ángulo izquierdo implica una exageración de los cambios sexuales y en el derecho implica un intento de negar esos cambios sexuales. La interpretación de las figuras es de (Bender, 1955) -

Por lo tanto este grupo con TDA-H muestra aspectos pronunciados y el repaso de la figura es muy fuerte, indicando agresividad, también hay distorsión de la forma y rotación, no hay incorporación ni aceptación de impulsos (esto se observa en diagnóstico)

Los impulsos agresivos se observan en la forma de manipular su medio ambiente. (En el caso de juegos con el grupo de iguales, ocasionando golpes físicos, y agresiones verbales, lo cuál lo lleva al rechazo del grupo).

El alargar el ángulo derecho, implica negar cambios sexuales y se presentó en la mayor parte de las figuras del grupo. Sin embargo, para darle validez a la interpretación se revisaron los resultados de las pruebas con el comportamiento y diagnóstico del niño.

Por último, en la investigación los datos apuntan a que la muestra de niños con TDA-H, muestran rangos de agresión mayores, que los niños sin el trastorno, estableciendo diferencias entre ellos.

6. CONCLUSIONES

El objetivo prioritario de la investigación, fue analizar el TDA-H como resultado de las conductas agresivas en niños de 8 a 12 años de edad, de acuerdo a las condiciones establecidas por el Diagnóstico Psicológico a partir del inventario de síntomas del DSM-IV y del examen Neurológico, para ser Diagnosticado como TDA-H.

Los análisis de datos realizados muestran rangos superiores de agresión, por lo que respecta al grupo de TDA-H, comparado con el grupo sin TDA-H, de acuerdo al parámetro establecido de la prueba (Dibujo de la Figura Humana) de $M = 0.20$ obteniendo $\bar{X}_1 = 0.06$ junto al $\chi^2 = 0.32$ del grupo con TDA-H.

Aunque las diferencias son claras, se reafirma con el resultado del 2° Test G.B Bender y la escala de Koppitz, que muestran mayor índice de agresión en niños con TDA-H, de acuerdo a su parámetro establecido de agresión de $M = 0.55$, presentando $\bar{X}_1 = 0.1$ sin TDA-H frente al $\bar{X}_2 = 0.3$ con TDA-H.

De este modo, se rechaza la hipótesis nula, los niños con TDA-H, presentan mayor grado de agresión y se observa una mayor tendencia significativa, que es consistente en la hipótesis. Estos resultados se encuentran en líneas de investigación previas en las que se ha hallado que en el TDA-H se manifiestan mayores índices de agresión que el niño que no presenta el trastorno. Al observar en la muestra la comparación entre ambos grupos son evidentes las diferencias significativas existentes.

Por último, los efectos de los resultados pueden verse enmascarados por el escaso poder del análisis estadístico en la limitada muestra empleada, haciendo sólo un estudio descriptivo de frecuencia de medias.

Por otra parte, la gran validez de las pruebas empleadas, el Diagnóstico, los criterios de inclusión y de exclusión nos dan un resultado significativo.

Se concluye, que el Trastorno por déficit de atención con predominio hiperactivo, es el resultado de conductas agresivas, en el niño debido a la influencia de problemas de aprendizaje, impulsividad e hiperactividad, como resultado del trastorno; Por lo que el niño al presentar las conductas cada vez más agresivas es a consecuencia de su comportamiento y de su mala adaptación al medio así por sus conductas agresivas verbales que lo conducen a golpes físicos, presentando depresión y baja autoestima. Pero no hay que olvidar que estas conductas no sólo son a consecuencia del TDA-H, si no que también está implicado el factor del medio familiar, cuando los padres no entienden las conductas de su hijo no encuentran como tranquilizarlo y recurren al regaño, al castigo y aun más al maltrato. En este momento, el niño con TDA-H comienza a sentirse aun más rechazado y recibe críticas de sus padres, maestros y compañeros de la escuela, y a consecuencia provoca rabia que suele ser desplazada hacia su medio social con el grupo de iguales y del adulto, evolucionando hacia comportamientos agresivos, es aquí cuando el niño no encuentra un lugar en la sociedad y comienza a deprimirse, la baja autoestima, las frustraciones y la inestabilidad emocional se presentan. Por esta razón es muy importante la supervisión de los padres, hay que motivar al niño con elogios, premios, alternativas para manejar sus emociones y enseñarle comportamientos para responder más adecuadamente, por medio del contacto de la familia, de cariño y de amor, para lograr que el niño se acepte y se relacione mejor con su medio, porque el niño busca la aceptación y no el rechazo que a

menudo acompaña al niño con TDA-H. Al incrementar su autoestima, el niño se vuelve más seguro de sí, mejorando esas conductas indeseables de mal comportamiento. Igualmente los maestros deben de tener información acerca del trastorno para planear estrategias para conducir a estos niños, sin castigos ni disgusto por parte del profesor, ayudando al niño a realizar y terminar cada tarea, ya que es bien cierto que estos niños requieren de mayor atención y dinamismo en clase, finalmente cuando hay comprensión de parte de la familia, del medio social y escolar, la vida emocional del niño con TDA-H se ara más fácil obteniendo mayores beneficios en su comportamiento y adaptación social. Esto es a diferencia de los niños que no padecen el trastorno.

Finalmente, el TDA-H exige un abordaje terapéutico multidisciplinario que convine la medicación, el tratamiento Psicológico y las intervenciones Psicopedagógicas, en colaboración con la familia, escuela, y programas Psicoeducativos abordando las disfunciones atencionales como las manifestaciones de agresividad, para detectarlo a temprana edad y evitar posteriormente en la adolescencia, la presencia de conductas disociales, antisociales y delictivas; evitando así problemas mayores en la adultez de tipo familiar, social, laboral y por supuesto emocional.

Parece ser que la medicación más eficaz son los Psicoestimulantes Metilfenidato (Ritalin), para controlar los estallidos emocionales de ira característicos del TDA-H y problemas comporta mentales.

En resumen, una intervención que integre los distintos contextos en los que se desarrolla el niño y sobre todo que se mantenga a largo plazo, que ayude a los niños con TDA-H a adaptarse a los cambios que se van a producir a lo largo de toda su vida.

Somos conscientes de que el estudio cuenta con limitaciones derivadas de la dificultad que supone la extracción de la muestra de niños con TDA-H, por ello se cree conveniente ampliar el número de sujetos que componen la muestra de TDA-H en próximos estudios.

Sería importante mencionar otros síntomas que se relacionen directamente con el TDA-H con fines preventivos.

APÉNDICE A

C.DIF.DF. Formato de Estudio Socioeconómico	
Salario Mínimo D.F. N \$ 42.15	
Ingreso Familiar	Nº. de veces salario mínimo
N \$ 1264.5	01
N \$ 2529	02
N \$ 3793.5	03
N \$ 5058	04
N \$ 6322.5	05
N \$ 7587	06
N \$ 8851.5	07
N \$ 10116	08
N \$ 11380.5	09
N \$ 12645	10

*Tabla para determinar el nivel socioeconómico. C.DIF.DF.
4 a 6 salarios mínimos = Clase Media Baja.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Figura 5

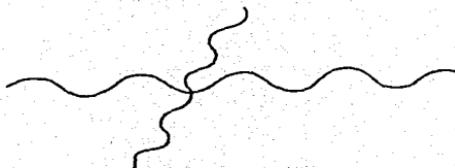


Figura 6

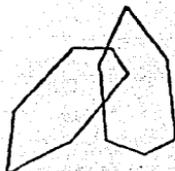


Figura 7



Figura 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NUEVE FIGURAS GEOMÉTRICAS DE LAURETTA BENDER
(APÉNDICE B)



Figura A



Figura 1



Figura 2



Figura 3

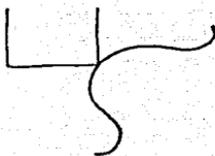


Figura 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(APÉNDICE C)

Nombre _____ Edad _____
Grado Escolar _____ Sexo _____ Fecha _____
Puntuación cruda _____ Nivel de Maduración _____
Diagnóstico _____

FIGURA A

- 1a Distorsión de la forma _____
1b Desproporción _____
2 Rotación _____
3 Integración _____

FIGURA 1

- 4 Círculos por puntos _____
5 Rotación** _____
6 Perseveración & _____

FIGURA 2

- 7 Rotación _____
8 Integración I _____
9 Perseveración & _____

FIGURA 3

- 10 Círculos por puntos _____
11 Rotación & _____
12a Integración _____
12b Línea continua** _____

FIGURA 4

- 13 Rotación** _____
14 Integración _____

- ** Altamente significativa DN
I Altamente significativa DN 6 años
& Altamente significativa DN 7 años
■ Sig. de 5 a 7 años
☐ Sig. de 8 a 10 años

FIGURA 5

- 15 Círculos por puntos _____
16 Rotación _____
17a Desintegración de la forma _____
17b Línea Continua** _____

FIGURA 6

- 18a Curvas sustituidas por ángulos _____
18b Ninguna curva** _____
19 Integración _____
20 Perseveración & _____

FIGURA 7

- 21a Desproporción _____
21b Distorsión de la forma _____
22 Rotación _____
23 Integración _____

FIGURA 8

- 24 Distorsión de la forma _____
25 Rotación** _____

INDICADORES EMOCIONALES

- Orden Confuso ☐ _____
Línea ondulada ■ _____
Círculos sut. por rayas _____
Aumento prog. tamaño _____
Gran tamaño _____
Tamaño pequeño ☐ _____
Segunda tentativa ☐ _____
Expansión ■ _____
Línea fina _____
Repaso del dibujo ■ _____

Nota: En el protocolo anterior se hace mención de los indicadores que Koppitz encontró que son significativos o altamente significativos de Daño Neurológico. El uso de los mismos debe llevarse a cabo con sumo cuidado porque en los estudios realizados en México, no todos los mencionados por Koppitz, han sido significativos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(APÉNDICE D)

**CUESTIONARIO
TDA-II: INTERROGATORIO CLÍNICO PARA PADRES**

Nombre del paciente _____ fecha de la entrevista _____
Edad _____ sexo _____
Escolaridad _____ ¿ha repetido el año escolar? _____
¿Cuál fue la razón? _____
Escuela de procedencia _____
Nombre del padre o tutor _____
Edad _____ escolaridad _____ ocupación _____
Estado civil _____ religión _____

Nombre de los hermanos	Edad	Ocupación

1. - FACTORES DEL DESARROLLO

a) Historia Prenatal

1.- ¿Durante el embarazo como fue su salud?

Buena _____

Regular _____

Pobre _____

N/S _____

2.- ¿Qué edad tenía cuando nació su hijo?

Menos de 20 _____

20-24 _____

25-29 _____

30-34 _____

35-39 _____

40-44 _____

Más de 44 _____

3.- ¿Usted consumió durante el embarazo alguna de estas sustancias? ¿Cuántas veces?

	Nunca	1*2	3*9	10*19	20*39	Más de 40
3. vino o cerveza						
4. bebidas de alta graduación alcohólica						
5. café u otras						
cafeinas						
7. cigarrillos						

7.- ¿Tómo usted alguna de estas sustancias?

___ Valium (librium-xanax)

___ Tranquilizantes

- ___ Dilantin (medicación anti convulsionante)
- ___ Tratamiento para la diabetes
- ___ Antibióticos
- ___ Inductores del sueño
- Otros por favor especifique _____

b) HISTORIA PERINATAL

8.- ¿Sufrió usted de Toxemia o Eclampsia?

- Si _____
- No _____
- N/S _____

9.- ¿Hubo incompatibilidad de factor RH?

- Si _____
- No _____
- N/S _____

10.- ¿El nacimiento fue?

- En menos de 8 meses _____
- Termino (8-10 meses) _____
- 10 meses _____
- N/S _____

11.- ¿Cuál fue la duración del trabajo de parto?

- Menos de 6 horas _____
- 7*12 horas _____
- 13*18 horas _____
- 19*24 horas _____
- Mayor de 24 horas _____

12.- ¿Le dieron alguna droga para calmar el dolor?

- Nombre _____
- Si _____
- No _____
- N/S _____

13.- ¿Hubo indicadores de sufrimiento fetal en el trabajo de parto o nacimiento?

- Si _____
- No _____
- N/S _____

14.- ¿Cómo fue el nacimiento?

- ¿Normal? _____
- Si _____
- No _____
- ¿Cesárea? _____
- Si _____
- NO _____
- ¿De nalgas? _____
- Si _____
- NO _____
- ¿Con fórceps? _____
- Si _____
- NO _____

¿Inducido? _____
SI _____
NO _____

15.- ¿Cuánto peso él bebé al nacer?
Más de 2 Kg _____
2*3Kg _____
4*5Kg _____
Más de 5 Kg _____

16.- ¿Hubo complicaciones de salud después del nacimiento? ¿Cuál?
SI _____ NO _____

c) PERIODO POSNATAL E INFANCIA

17.- ¿Hubo trastornos de alimentación a temprana edad?
SI _____
NO _____

18.- ¿Presento cólicos diarios?
SI _____
NO _____

19.- ¿Tubo problemas de salud en la infancia?
SI _____
NO _____

20.- ¿Fue un bebé fácil?
¿Lloraba mucho? ¿Respecta horarios más o menos regulares con alimentación y sueño?
Muy fácil _____
Fácil _____
Difícil _____
Muy difícil _____

21.- ¿Cuál fue el comportamiento del bebé con otras personas?
Más sociable que el promedio _____
Sociable promedio _____
Menos sociable que el promedio _____

22.- ¿Cuándo descaba algo, cuán insistente era?
Muy _____
Bastante _____
Promedio _____
Poco _____
Para nada _____

23.- ¿Cómo calificaría el nivel de actividad de su hijo?
Muy activo _____
Activo _____
Promedio _____
Poco activo _____
Nada activo _____

2. FACTORES EVOLUTIVOS

24.- ¿A que edad se sentó?

3*6 meses _____

6*12 meses _____

Más de 12 meses _____

25.- ¿A que edad gateó?

6*12 meses _____

13*16 meses _____

Más de 18 meses _____

N/S _____

26.- ¿A que edad caminó?

Menos de 1 año _____

1*2 años _____

2*3 años _____

N/S _____

27.- ¿A que edad dijo sus primeras palabras?

9*13 meses _____

14*18 meses _____

19*24 meses _____

25*36 meses _____

37*46 meses _____

N/S _____

28.- ¿A que edad tubo control de esfínteres?

Menos de 1 año _____

1*2 años _____

2*3 años _____

3*4 años _____

N/S _____

3. HISTORIA MEDICA

29.- ¿Cómo describiría su salud?

Muy buena _____

Buena _____

Regular _____

Mala _____

Muy mala _____

30.- ¿Cómo fue su audición?

Buena _____

Regular _____

Mala _____

31.- ¿Su visión fue?

Buena _____

Regular _____

Mala _____

32.- ¿La coordinación de su motricidad gruesa fue?

Buena _____
Regular _____
Mala _____

33.- ¿La coordinación de su motricidad fina fue?

Buena _____
Regular _____
Mala _____

34.- ¿Cómo fue su articulación del lenguaje?

Buena _____
Regular _____
Mala _____

35.- ¿Padece algún problema de tipo crónico?
(diabetes, asma, afección cardíaca, etc)

especifique: _____

36.- ¿Cuándo comenzó la enfermedad crónica?

Nacimiento _____
0a1 año _____
1*2 años _____
2*3 años _____
3*4 años _____
Más de 4 años _____

37.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades tuvo?

Rubéola _____
Sarampión _____
Varicela _____
Tos convulsiva _____
Escarlatina _____
Neumonía _____
Encefalitis _____
Otis media _____
Intoxicación con plomo _____
Convulsiones _____

38.- ¿Sufrió accidentes con las siguientes consecuencias?

Huesos rotos _____
Lastimaduras graves _____
Golpes en la cabeza _____
Daño en los ojos _____
Pérdida de dientes _____
Suturas _____
Otros especifique _____

39.- ¿Tuvo intervenciones quirúrgicas?

Tonsilitis _____
Adenoides _____
Hernia _____
Apendicitis _____
Nariz, garganta _____

Oídos y ojos _____
Desordenes digestivos _____
Tracto urinario _____
Brazos o piernas _____
Quemaduras _____
Otras _____

40.- ¿Tiempo de la internación?

1 día _____
1 día y una noche _____
2 a 3 días _____
4*6 días 1*4 semanas _____
1*2 meses _____

41.- ¿Hay sospecha de consumo de drogas o alcohol?

SI _____
NO _____
N/S _____

42.- ¿Hubo alguna historia de abuso sexual o física?

SI _____
NO _____
N/S _____

43.- ¿Hubo alteraciones del sueño?

Ninguna _____
Dificultad para conciliar el sueño _____
Sueño continuamente perturbado _____
Se despierta muy temprano durante la mañana _____

44.- ¿Es inquieto al dormir?

SI _____
NO _____
N/S _____

45.- ¿Tiene control de esfínteres, (vejiga), (intestino), durante la noche?

SI _____
NO _____
¿Conque frecuencia? _____
¿Alguna vez fue continente? _____

46.- ¿Presenta problemas con el control del apetito?

Come de más _____
Promedio _____
Come menos _____

47.- ¿Alguna vez le recetaron alguna de las siguientes drogas?

Ritalin _____ meses _____
Tiempo de uso _____ meses _____
Tranquilizantes _____
Tiempo de uso _____ meses _____
Anfetamina _____
Tiempo de uso _____ meses _____
Anticonvulsivos _____

Tiempo de uso _____ meses

Antihistamínicos _____

Tiempo de uso _____ meses

Otras drogas prescritas _____

Tiempo de uso _____ meses

48.- ¿Asistió a alguno de los siguientes tratamientos psicológicos?

Cuanto tiempo duro _____

Psicoterapia individual _____

Duración _____

Psicoterapia de grupo _____

Duración _____

Psicoterapia familiar _____

Duración _____

Internación psiquiátrica _____

Duración _____

4. HISTORIA ESCOLAR

Resume el progreso del niño a lo largo de los siguientes niveles de estudios realizados

Jardín de niños _____

Jardín de infantes y preescolar _____

De 1° a 3° grado _____

De 4° a 7° grado _____

Escuela secundaria _____

49.- ¿Alguna vez asistió a un programa especial de educación?

Clases por dificultad en el aprendizaje _____

Duración _____

Clases por dificultad en el comportamiento de orden emocional _____

Duración _____

Terapia psicopedagógica Duración _____

50.- ¿Alguna vez?

Fue suspendido del colegio _____

N° de suspensiones _____

Fue expulsado del colegio _____

N° de expulsaciones _____

Repitó grados _____

Cuantos _____

51.- ¿ Fue necesario el apoyo extraescolar?

SI _____

NO _____

¿En que consistió? _____

5. HISTORIA SOCIAL

52.- ¿Cómo es la relación con sus hermanos?

No hay relación _____

Mejor que el promedio _____

Promedio _____

Peor que el promedio _____

53.- ¿Hace amigos?
Fácilmente _____
Promedio _____
Difícil _____

54.- ¿En promedio cuanto tiempo conserva sus amistades?
Menos de 6 meses _____
De 6 a 2 meses _____
Más de 12 meses _____

6. PREOCUPACIONES DE LA CONDUCTA ACTUAL

Preocupaciones primarias _____
Otras preocupaciones _____

55.- ¿Qué estrategias fueron usadas para dirigir estos problemas?
Reprimendas verbales _____
Aislamientos _____
Desconocer privilegios _____
Castigos físicos _____
Consentirlo Evitarlo _____

56.- ¿Qué porcentaje de las veces su niño responde a las primeras observaciones?
0a20% _____
20*40% _____
40*60% _____
60*80% _____
80*100% _____

57.- ¿Qué porcentaje de las veces responde a observaciones o reglas?
0a20% _____
20*40% _____
40*60% _____
60*80% _____
80*100% _____

58.- ¿Ustedes son firmes respecto a las estrategias disciplinarias?
La mayor parte del tiempo _____
A veces _____
Nunca _____

59.- ¿Vivió algunas situaciones estresantes en los últimos 12 meses?
Divorcio o separación de los padres _____
Accidentes o enfermedades familiares _____
Muertes en la familia _____
Cambio de trabajo de los padres _____
Cambios de colegio _____
Mudanzas _____
Problemas económicos _____
Otros _____

7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

60.- ¿Cuáles De los siguientes considera que son significativos actualmente?

- es inquieto
- no puede permanecer sentado
- se distrae fácilmente
- le cuesta esperar su turno
- a menudo responde sin esperar que se formule la pregunta
- le cuesta seguir instrucciones
- tiene dificultades para sostener la atención
- pasa de una actividad a otra
- tiene dificultad para jugar callado
- habla excesivamente
- interrumpe, es intrusivo
- a menudo no escucha
- a menudo pierde cosas
- suele involucrarse en actividades físicas peligrosas

Total para el TDA-H _____

61.- ¿Cuándo dieron inicio los problemas? _____

62.- ¿Cuáles de los siguientes considera usted problemas significativos actualmente?

- a menudo está malhumorado
- a menudo discute con adultos
- a menudo desafía rechaza activamente los requerimientos o reglas de los adultos
- deliberadamente hace cosas para molestar a otras personas
- a menudo hecha la culpa a otros de sus errores
- suele ser susceptible
- con frecuencia está enojado o resentido
- con frecuencia es rencoroso o vengativo
- usa lenguaje obsceno o insulta a menudo

Total para el ODD Trastorno negativista desafiante _____

63.- ¿Cuándo dieron inicio los problemas? _____ edad _____

64.- ¿De los siguientes cuáles son considerados por usted problemas significativos actualmente?

- roba sin aceptar la culpabilidad
- escapa de casa por la noche por lo menos dos veces
- miente a menudo
- atenta contra las reglas deliberadamente
- a menudo se ríe
- asalto a propiedades
- destruye la propiedad ajena
- es cruel con los animales
- forzó a otros a realizar actividades sexuales
- uso un arma en una pelea
- con frecuencia inicia peleas físicas
- robo aceptando su culpabilidad
- agredió físicamente a otras personas
- provocó incendios deliberadamente

Total para CD Desórdenes de conducta _____

65.- ¿Cuándo dieron inicio los problemas? _____ edad _____

66.- ¿Cuál de los siguientes son considerados problemas significativos en este momento?

_____ existe preocupación acerca de un posible daño a figuras como mamá, papá,

hermanos

_____ existe preocupación de que un evento accidental pudiera separarlo de sus

figuras parentales

_____ rechazó escolar persistente

_____ rechazo permanente a dormir solo

_____ evitación persistente a quedarse solo

_____ pesadillas a repetición

_____ malestares somáticos

_____ excesiva angustia a anticiparse a la separación de sus figuras parentales

_____ angustia al alejarse de su casa o al separarse de sus figuras parentales

67.- ¿Cuándo dieron inicio los problemas? _____ edad _____

68.- ¿Cuáles son considerados problemas en este momento?

_____ preocupación excesiva sobre eventos futuros

_____ afligido sobre lo adecuado de su comportamiento pasado

_____ miedo a la competencia

_____ marcada autoexigencia

_____ excesiva necesidad de asegurarse

_____ marcada incapacidad para despreocuparse

69.- ¿Cuándo dio inicio el problema? _____ edad _____

70.- ¿Cuál de los siguientes son considerados problemas significativos en el presente?

_____ carácter depresivo o irritable la mayor parte del día, casi todos los días

_____ incapacidad para disfrutar de las actividades que realiza

_____ aumento o disminución del apetito

_____ insomnio o hipersomnia casi todos los días

_____ agitación retardo psicomotor

_____ fatiga pérdida de la alegría

_____ sentimientos de inutilidad o excesiva culpa inapropiada

_____ disminución de la capacidad de concentración

_____ ideas o intentos de suicidio

Total para Distimia _____

71.- ¿Cuándo inicio el problema? _____ edad _____

8. OTRAS PREOCUPACIONES

72.- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

_____ gestos estereotipados

_____ posturas extrañas

_____ excesiva o ninguna reacción a los ruidos

_____ rituales compulsivos

_____ tics motores

_____ tics vocales

Total _____

(Nota: las respuestas de las preguntas de esta sección son opcionales)

73.- ¿Exhibió síntomas de perturbación del pensamiento, incluyendo alguno de los siguientes?

- pensamiento interceptado (ideas tangenciales, habla o dice palabras circunstancialmente)
 ideas bizarras (fascinaciones extrañas, ideas delirantes alucinaciones)
 desorientado confuso "con la mirada perdida", en otro mundo
 discurso incoherente (murmullos)

Total _____

74.- ¿Exhibió síntomas de perturbación afectiva, incluyendo uno de los siguientes?

- excesiva labilidad en referencia al medio
 explosivo a la más significativa provocación
 excesiva adhesión, apego o dependencia de los adultos
 temores inusuales
 cosas extrañas
 ataques de pánico
 emociones inapropiadas de acuerdo con la situación
 carácter restringido y poco espontáneo

Total _____

75.- ¿Exhibió síntomas de perturbación del comportamiento social incluyendo alguno de los siguientes?

- poco o ningún interés en sus pares
 opciones significativamente indiscretas
 Comienza o termina interacciones inapropiadamente?
 comportamiento social anormal
 reacción excesiva en los cambios en la rutina
 anomalías del lenguaje
 auto mutilaciones

Total _____

9. HISTORIA FAMILIAR

76.- ¿Cuál es el tiempo de casados, padre madre del chico? _____

- nunca se casaron
 separados
 divorciados
 viudos
 casados _____ años

77.- ¿Es estable su actual matrimonio?

- NO _____
SI _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ACLARACIONES

FAMILIARES MATERNOS

HERMANOS

	usted	madre	padre	Hno.	Hno.	Hna.	Hna.	T
<i>Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil</i>								
<i>oposicionista</i>								
<i>Problemas con la atención actividad e impulsividad infantil</i>								
<i>Dificultades del aprendizaje</i>								
<i>Fracaso en terminar el secundario</i>								
<i>Retardo mental</i>								
<i>Psicosis o esquizofrenia</i>								
<i>Depresión por más de dos semanas</i>								
<i>Desordenes de la ansiedad que requirieron tratamiento</i>								
<i>Tics o enfermedad de Tourette</i>								
<i>Abuso de alcohol</i>								
<i>Abuso de drogas</i>								
<i>Comportamiento antisocial (robó, asaltos, arrestos)</i>								
<i>Abuso físico</i>								
<i>Abuso sexual</i>								

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FAMILIARES PATERNOS

HERMANOS

	usted	madre	padre	Hno.	Hno.	Hna.	Hna.	T
<i>Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil oposicionista</i>								
<i>Problemas con la atención actividad e impulsividad infantil</i>								
<i>Dificultades del aprendizaje</i>								
<i>Fracaso en terminar el secundaria do</i>								
<i>Retardo mental</i>								
<i>Psicosis o esquizofrenia</i>								
<i>Depresión por más de dos semanas</i>								
<i>Desordenes de la ansiedad que requirieron tratamiento</i>								
<i>Tics o enfermedad de Tourette</i>								
<i>Abuso de alcohol</i>								
<i>Abuso de drogas</i>								
<i>Comportamiento antisocial (robo, asaltos, arrestos)</i>								
<i>Abuso físico</i>								
<i>Abuso sexual</i>								

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

HERMANOS

HERMANOS

	<i>usted</i>	<i>madre</i>	<i>padre</i>	<i>Hno.</i>	<i>Hno.</i>	<i>Hna.</i>	<i>Hna.</i>	<i>T</i>
<i>Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil</i>								
<i>oposicionista</i>								
<i>Problemas con la atención actividad e impulsividad infantil</i>								
<i>Dificultades del aprendizaje</i>								
<i>Fracaso en terminar el secundaria do</i>								
<i>Retardo mental</i>								
<i>Psicosis o esquizofrenia</i>								
<i>Depresión por más de dos semanas</i>								
<i>Desordenes de la ansiedad que requirieron tratamiento</i>								
<i>Tics o enfermedad de Tourette</i>								
<i>Abuso de alcohol</i>								
<i>Abuso de drogas</i>								
<i>Comportamiento antisocial (robó, asaltos, arrestos)</i>								
<i>Abuso físico</i>								
<i>Abuso sexual</i>								

(APÉNDICE E)

GUIA DE OBSERVACION
DESCRIPCION DEL ALUMNO

NOMBRE : _____ GRADO: _____

FECHA DE NAC: _____

EDAD: _____

MAESTRA: _____

CONDUCTA DENTRO DEL SALÓN LE CLASES FUERA DE EL.

1.-¿En qué tipo de actividades se desenvuelve mejor el niño (a)?

(Subraye) :

Actividades académicas. ¿Cuáles?

Juego

Actividades sociales

Artes Plásticas

Recreo

Otros _____

2.-¿En qué tipo de situación tiene más posibilidades de éxito o de conducta adecuada, así como momentos satisfactorios?

Solo(a)

Con otro niño (a)

Con otros

niños(as)

3.-¿Logra concentrarse en la lectura de un libro, ya sea por iniciativa propia o como tarea asignada, de tal suerte que logre terminarlo a su satisfacción y la del maestro?

4.-¿En qué aspectos presenta dificultades, fracasos o frustraciones?

Actividades académicas. ¿Cuáles? _____

Juego

Actividades sociales

Artes plásticas Recreo

Otros _____

5.-¿Cómo expresa su malestar?

Aislamiento

Furia

Llanto

Escondiendo el fracaso

Se niega a reiniciar su trabajo

Exige ayuda

Se niega a recibir ayuda

Agresión contra: Alumnos

Objetos

si mismo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 6.-Temas o actividades que sean de especial interés para niño.
- | | | | |
|---------------------------|------------|----------|--------|
| Animales | Transporte | Deportes | Música |
| Paseos | Cine | Teatro | |
| Actividades al aire libre | | Otros | _____ |

- 7.-Problemas que se manifiesten durante el recreo:

Aislamiento
Rechazo del grupo
Agresión
Explosiones
Molestar a compañeros
Destrucción
Otros _____

- 8.-Subraya:

Se le dificulta controlar sus impulsos,
Habla cuando no le corresponde,
Se anticipa a las instrucciones
Otros _____

- 9.- ¿Podría responsabilizarse de alguna misión? si no
10.-¿Le gusta participar verbalmente en clase? si no
11.-¿Cumple con sus tareas? si no
12.-¿Termina a tiempo sus asignaciones? si no
13.-¿Es cuidadoso y nítido en sus trabajos? si no
14.-¿Destruye sus trabajos o el material escolar? si no
15.-¿Intenta copiar o hacer trampa en los exámenes? si no
16.-¿Adopta una actitud de derrota ante las asignaciones académicas? si no
17.-¿Acepta la crítica constructiva y reconoce sus errores? si no
18.-¿Aparentemente se da cuenta y le molesta o le preocupa obtener mejor rendimiento en la escuela? si no
19.-¿Requiere instrucciones adicionales cuando se le asigna una tarea? si no
20.-¿Puede poner atención a una persona por un tiempo prolongado? si no
21.-¿El ruido y otros estímulos ambientales lo distraen fácilmente? si no
22.-¿Se le dificulta permanecer en una tarea por un periodo razonable? si no
23.-¿Está en constante movimiento o de un lugar a otro? si no
24.-¿Da la impresión de ser un niño flojo? si no

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO

- 1.-¿Trabaja en forma independiente? si no
2.-¿Logra concentrarse y tomar parte en las actividades y conversaciones del grupo? si no
3.-¿Logra trabajar dentro de un equipo pequeño de alumnos con o sin apoyo del maestro? si no
4.-¿Necesita constantemente de ayuda individualizada? si no
5.-¿Prefiere recibir ayuda de otras personas? si no
6.-¿Utiliza esta ayuda para trabajar después de manera independiente? si no

RELACIONES CON LOS NIÑOS Y ADULTOS DENTRO DEL MARCO ESCOLAR.

- 1.-¿Tiene amigos? _____
2.-Subraye:
Sus amigos son los niños problema
Sus amigos son los niños estables
3.-Subraye: Sus relaciones son :
Normales De protección De imposición
4.-Los alumnos se relacionan con él con:
Rechazo
Agresión
Burla
Aceptación
Sólo para algunas actividades ¿Cuáles?
Amenaza protección
Otros _____
5.-¿Cómo se comporta él con sus compañeros:
Actúa como líder Le gusta competir Rechaza
Agrede Se burla Acepta
Amenaza Protege
Otros _____
6.-La respuesta general por parte de los maestros es de :
Crear independencia
Respeto
Interés por lo que realiza
Rechazo
Otros: _____
7.-Trabaja mejor con maestros condescendientes

Maestros rígidos.

Depende del maestro?

¿ En que medida ? mucho regular si no

¿En qué aspectos? _____

8.-¿Ha establecido relaciones con alguien del personal de la escuela que no sea el maestro, por ejemplo:

Portero

Enfermera

Secretaría

Otros: _____

DESENVOLVIMIENTO ACADÉMICO ACTUAL

1.-¿Cómo son las actividades del niño con respecto al grupo en cuanto a: (Califique a- inferior b- Término medio c- Superior)

Lectura Fluidez Sustituciones

Omisiones Adiciones Puntuación

Entonación Comp. de la lectura.

2.-¿Si el niño tiene problemas en lectura, en que materias se ve afectado principalmente?

3.-¿Ha encontrado alternativa para suplir esta diferencia? si no
¿Cuál? _____

4.-¿Ha recibido instrucción especial? si no

ESCRITURA

1.-¿Cuáles son las características de su mas escritura (subraye).

Dificultad para recordar la forma de la letra

Dificultad para escribir legiblemente

Dificultad para el manejo del espacio entre letras o palabras

Dificultad para manejar renglones

Se le dificulta copiar del pizarrón.

2.-¿Ha tratado de escribir a máquina? si no

3.-¿Cuáles son los resultados?

ORTOGRAFÍA

1.-¿Qué tipo de errores tiene el niño en su escritura:

Sustituye letras

Omite letras

Invierte letras

Inserta letras

palabras Sustituye palabras Inserta

Otros: _____

2.- El fenómeno es: Individual o de grupo.

3.-¿Han sido enseñadas en clase reglas ortográficas que el grupo maneja y él no?

¿Recibe ayuda al respeto? si no

¿Puede autocorregirse? si no

4.-Su rendimiento es mejor cuando:

El dictado consiste en una lista palabras o en un párrafo.

¿Rinde mejor si tiene tiempo para pensar?

¿Baja su calificación por errores ortográficos aún cuando las respuestas sean correctas? si no

MATEMÁTICAS

1.-¿Cómo son las habilidades del niño con respecto al grupo (califique del 1 al 3)

Lectura de números y/o símbolos

Copia de operaciones

Escritura de operaciones en base a un dictado

Solución de operaciones

Uso de razonamiento matemático en la solución de

problemas escritos

Manejo de conceptos matemáticos

COMENTARIOS.

