



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**"PROPUESTA DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN  
A PROFESORES PARA EL ADECUADO MANEJO DE  
NIÑOS CON TDA CON O SIN HIPERACTIVIDAD,  
DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL"**

**T E S I N A**  
**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**PRESENTADA POR:**  
**SUSANA PENILLA MUÑOZ**

**DIRECTORA DE TESINA:**  
**LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA.**



**FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA**

**MÉXICO D. F.**

**OCTUBRE, 2005.**

m. 349429

## **Agradecimientos**

Gratifico a mis sinodales:

- Lic. Patricia Paz de Buen Rodríguez
- Lic. María Concepción Conde Álvarez
- Lic. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo
- Mtra. Mariana Gutiérrez Lara

Con especial reconocimiento a mi directora de tesina:

- Lic. Damariz García Carranza

Así como al personal de la División de Educación Continua que guió este programa de titulación.

Por que fueron piezas importantes en la realización de la presente tesina, aportando su conocimiento, entusiasmo, tiempo, dedicación y profesionalismo.

Retribuyo con gran cariño a mis progenitores por haberme impulsado a lograr mis metas en la vida, y haberme apoyado en mis importantes decisiones.

Complazco a mis hermanos, sobrinos, tíos y abuelos recordándolos con gran cariño por el gran ejemplo que me proporcionaron a lo largo de mi desarrollo personal y profesional.

A mi esposo y a mis hijos, por haberme inspirado a seguirme superando, y por estar a mi lado durante la mayor parte de mi vida.

Primordialmente a mi hija Nancy Ruth por su gran ayuda en la realización de la presente tesina.

Los grandes logros llegan a la cumbre debido a la cooperación de gente comprometida y perseverante.

<b>Modificaciones de los síntomas según la edad.</b>	<b>26</b>
<b>1.5 Diagnóstico</b>	<b>28</b>
<b>1.6 Tratamiento</b>	<b>29</b>
<b>1.6.1. Médico Alópata</b>	
<b>1.6.2. Médico Alternativo</b>	
<b>1.6.3. Psicológico</b>	
<b>a) Conductual</b>	
<b>b) Cognitivo conductual</b>	

## **Capítulo 2. Enfoque Cognitivo Conductual**

<b>2.1. Características generales</b>	<b>33</b>
<b>2.2. Técnicas</b>	<b>34</b>
<b>2.3. Aportaciones y limitaciones</b>	<b>36</b>

## **Capítulo 3. Docencia o Enseñanza**

<b>Definición</b>	<b>45</b>
<b>Funciones ejecutivas.</b>	<b>46</b>
<b>Autocontrol.</b>	
<b>Memoria de trabajo.</b>	
<b>Internalización del lenguaje.</b>	
<b>Deducción.</b>	
<b>3.5. Rol del Docente.</b>	<b>47</b>

<b><u>Conclusiones</u></b>	<b>51</b>
----------------------------	-----------

## Índice

<b><u>Introducción</u></b>	<b>4</b>
<b><u>Justificación</u></b>	<b>6</b>
<b><u>Capítulo 1. Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.</u></b>	
<b>1.1 Historia</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Etiología</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1. Genética</b>	
<b>1.2.2. Orgánica</b>	
<b>1.2.3. Causa Ambiental</b>	
<b>1.3 Definiciones</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Tipos</b>	<b>18</b>
<b>1.4.1. Trastorno por Déficit de Atención I</b>	
<b>1.4.2. Trastorno por Déficit de Atención II</b>	
<b>1.4.3. Trastorno por Déficit de Atención III</b>	
<b>Síntomas del TDAH.</b>	<b>22</b>
<b>Inatención o Distracción fácil.</b>	
<b>Impulsividad.</b>	
<b>Hiperactividad.</b>	
<b>Impaciencia.</b>	
<b>Sobre excitación emocional.</b>	
<b>Desobediencia.</b>	
<b>Problemas Sociales.</b>	
<b>Desorganización.</b>	
<b>Concepto del tiempo.</b>	



<b>Modificaciones de los síntomas según la edad.</b>	<b>26</b>
<b>1.5 Diagnóstico</b>	<b>28</b>
<b>1.6 Tratamiento</b>	<b>29</b>
<b>1.6.1. Médico Alópata</b>	
<b>1.6.2. Médico Alternativo</b>	
<b>1.6.3. Psicológico</b>	
<b>a) Conductual</b>	
<b>b) Cognitivo conductual</b>	

## **Capítulo 2. Enfoque Cognitivo Conductual**

<b>2.1. Características generales</b>	<b>33</b>
<b>2.2. Técnicas</b>	<b>34</b>
<b>2.3. Aportaciones y limitaciones</b>	<b>36</b>

## **Capítulo 3. Docencia o Enseñanza**

<b>Definición</b>	<b>45</b>
<b>Funciones ejecutivas.</b>	<b>46</b>
<b>Autocontrol.</b>	
<b>Memoria de trabajo.</b>	
<b>Internalización del lenguaje.</b>	
<b>Deducción.</b>	
<b>3.5. Rol del Docente.</b>	<b>47</b>

<b><u>Conclusiones</u></b>	<b>51</b>
----------------------------	-----------

<u>Propuesta de un Taller de sensibilización a profesores para el adecuado manejo de niños con TDA con o sin H, desde el enfoque cognitivo conductual.</u>	54
Anexo	64
<u>Referencias Bibliográficas</u>	68

## Introducción

Con gran satisfacción doy la bienvenida a los lectores de esta tesina, pues se refiere a una patología por la cual tanto pediatras, neurólogos, psiquiatras, psicólogos y maestros son consultados cada vez con mayor frecuencia.

El trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad es un problema que se elevó del 3 al 5% de la población estudiantil en las nuevas generaciones; es por esto que considero de gran importancia difundir la información para *identificar, tratar, y controlar a los niños afectados.*

Muchas personas pueden llegar a conocer un niño con este trastorno y no saber que lo presenta. Generalmente se les etiqueta como malos alumnos, sin educación, difíciles de controlar, etc. Cuando se cree que al niño le gusta retar a la autoridad puede ocasionársele otro tipo de problemas alternos y agravar su situación en lugar de ayudar.

Guillermo Van- Wielink, George Still, Alfred Tredgold e Isabel Orjales Villar informan que existe una mayor incidencia en niño que en niñas de la misma edad y puntualizan como sintomatología más destacable los trastornos de aprendizaje, hiperactividad, trastornos generales de conducta y las dificultades para mantener la atención.

Hay muchas causas de este trastorno como pueden ser la genética, la orgánica y la ambiental. Se sabe que del 55 al 80 % de los niños que lo padecen, lo poseen por causa genética; mientras que las otras causas solo son responsables del 20 al 30 % de las ocasiones. Algunas de las causas secundarias pueden ser desnutrición severa a temprana edad, golpes y traumatismos craneales, infecciones mal tratadas (como encefalitis, o meningitis), errores en el metabolismo, intoxicaciones (alcohol, tabaco, plomo, etc.), infarto cerebral, medicamentos, etc.

En el primer capítulo se explica la historia, el origen genético, orgánico y ambiental del TDA, algunas definiciones, clasificación según el DSM IV, las principales características, como diagnosticarlo, las razones por las que se produce, y los tratamientos que se le pueden dar.

El segundo capítulo explica el enfoque cognitivo conductual y las técnicas que son herramientas para equilibrar las deficiencias de atención, impulsividad e hiperactividad.

El tercer capítulo se refiere a la docencia, provee algunas definiciones y el rol del docente, también ahonda en las funciones ejecutivas normales que adquieren los niños con desarrollo de madurez adecuado, asimismo los aspectos a reforzar en los niños con TDA con o sin hiperactividad. Explica los síntomas deficientes y como varían según las etapas del desarrollo. Este capítulo es muy importante, ya que el docente es el primordial elemento que puede detectar este trastorno en los infantes y ayudar a su canalización, debido a que poseen un marco de comparación con otros niños.

Así mismo propongo que los docentes adquieran la información suficiente y señalo las principales reacciones y como pueden éstas dañar al infante que posee Trastorno de Déficit de Atención. En el título de esta tesina se especifica que se esta tratando únicamente la etapa de la niñez, ya que este Trastorno al llegar a la adultez se transforma pero no desaparece. Por ejemplo el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en la adultez no se presenta con el exceso motriz pues cambia por un exceso de habla.

## **Justificación**

En los últimos años se ha venido observando una creciente detección de niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), según datos recientes de la Secretaría de Educación Pública un 5% de la población en edad preescolar y escolar lo poseen, lo cual ha rebasado al personal docente de escuelas primaria y secundarias debido al desconocimiento de la etiología y desarrollo de este padecimiento orgánico, por lo cual tienden a estigmatizar a estos niños.

Lo anterior da como resultado que en la mayoría de los casos sean agredidos y rechazados por el personal docente, mismo que al desconocer la manera correcta de orientar y tratar a estos niños, tienden a crear expectativas de fracaso escolar, que sin darse cuenta se van convirtiendo en profecías que los condenan a ser relegados y excluidos de actividades de grupo. Situación que agrava el trastorno incrementando la agresividad y negativismo en el niño, sumando así otros tipos de trastornos de comportamiento y bajo rendimiento escolar.

Aproximadamente el 60% de los niños con ese trastorno son hiperactivos o impulsivos por lo que los considera difíciles de controlar. Provocando un trastorno adicional denominado Desorden de Oposición Desafiante (ODD) en donde se muestran las características siguientes:

- Pierden la paciencia con facilidad.
- Discuten con los adultos
- Desafían activamente a los adultos o se niegan a cumplir sus peticiones o reglas.

- Se muestran susceptibles o se molestan fácilmente con los demás.
- Se enojan o se ofenden.

En estudios recientes se advierte que un 25% de los niños hiperactivos incurren en actos delictivos, abuso de drogas o alcohol y tienen problemas de personalidad durante la vida adulta. A pesar de ello, muchos de los niños con este trastorno bien conducidos pueden llegar a ser personas perfectamente adaptadas al entorno. La intervención es multidisciplinaria, la intervención psicológica aborda ambientes como el hogar y la escuela; en este último se profundizará más pues el niño pasa más tiempo en la escuela y este ámbito tiene un marco extenso de referencia para observar este trastorno con la relación a la edad, conductas y desarrollo esperados por su maduración. Motivo por el cual se realiza esta investigación para lograr involucrar al docente a identificarlos y darles el tratamiento adecuado, generando una sociedad más sana y equitativa, en cuanto a posibilidades de adaptación social y con esto bajar el índice de delincuencia a futuro.

## Capítulo I: Trastorno por déficit de Atención con y sin Hiperactividad

### Historia

En el siglo XVII ya se conocía. John Locke reconociendo las necesidades de los niños afectados buscaba: "algo que impidiera esa continua divagación de los pensamientos". (Gratch, 2001, pág. 11)

Las primeras definiciones de este trastorno datan de 1987 en Francia en donde se estudiaron casos en niños con retraso mental leve y que presentaban inestabilidad física. (citadas en Juárez, 2004, p. 13).

Es uno de los trastornos que más ha cambiado de nombre, ha sido llamado:

- Defecto de Control Moral (1909, Enfermedad de Still)
- Secuela orgánica (1922, por una epidemia de encefalitis )
- Daño Cerebral Mínimo (1962, Comunidad Medica)
- Disfunción Cerebral Mínima (1966, Departamento de salud y bienestar USA)
- Síndrome hiperkinético de la Infancia (Décadas de 1940 y 1950, trabajos de Strauss Werner y Lehtinen).
- Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (DSM III, 1980)

En el año 1902 y 1909 George Still y Alfred Tredgold lo describieron y conceptualizaron como: "Defecto De Control Moral".

También señalaron que había mayor incidencia en niños que en niñas de la misma edad y puntualizaron como sintomatología más destacable en el cuadro los trastornos de aprendizaje, hiperactividad, trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención.

George Still asoció estos trastornos a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias de los diámetros craneanos, señaló el alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios entre los familiares de estos niños, intentando hallar causas hereditarias, manifestó la frecuente asociación que aún hoy en día observamos en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad y tics o enfermedad de la Tourette y actualmente con frecuentes comorbilidades con trastorno negativista desafiante o trastorno disocial (DSMIV, 1995).

En las escuelas primarias se diagnostica que del 3 al 5 % del alumnado padece de TDA. Así mismo es más frecuente en niños que en niñas en una relación 5-1, dependiendo las poblaciones, porque las niñas presentan un mayor porcentaje de problemas intelectuales y de ansiedad y menor de hiperactividad. Es un trastorno mundial y su frecuencia ha aumentado actualmente. Es permanente, ya que se pensó que de adultos se normalizaban (Esser, Shainidt y Woemer, 1990; Costello, E. Costello A y Edelbrood, 1982; Bird, Canino y Rubio, 1998, citados en Juárez, 2004).



## Etiología del Trastorno de Déficit de Atención

El Trastorno de Déficit de Atención afecta a todas las personas que lo padecen alterando la distribución normal de los neurotransmisores (citado en Van Wielink 2004, pags. 31+32)

Este retraso en la mielinización puede investigarse usando las nuevas técnicas que muestran imágenes cerebrales. En un estudio (Berquin, Gredd y Jacklese 1998) en el que participaron 15 niños con este Trastorno y 35 niños normales de 3 a 7 años de edad, el análisis espectral del EEG y el estímulo magnético transcraneal muestran el retardo de la frecuencia cerebral normalizada para la edad que posiblemente este al nivel de la sustancia reticular activante del tallo cerebral (donde se activa el ritmo alfa) y de otras vías como las córtico espinales.

Neurotransmisores afectados en el Trastorno de Déficit de Atención		
Área anatómica	Neurotransmisor afectado	Función afectada
Sistema Meso límbico	Norepinefrina	Tensión
Frontal Dorso lateral (Pre frontal - frontal - temporal inferior)	Norepinefrina y Dopamina	Atención
Sistema activador del conocimiento	Norepinefrina y Serotonina	Impulsividad
Corteza Frontal	Norepinefrina, Serotonina y Dopamina	Impulsividad
Corteza Frontal	Serotonina	Motivación

Entre los factores etiológicos considerados, además de los procesos neurológicos mencionados previamente (infecciosos, tóxicos o traumáticos) que originaron el síndrome, los investigadores mencionan un factor genético, patología fetal y neonatal. Desde un punto de vista patogénico, se ha elaborado la hipótesis de una disfunción fisiológica que afectaría posiblemente el metabolismo monoaminérgico (las anfetaminas aumentan la tasa de monoaminas en 1957 Brandley lo introdujo como tratamiento de este padecimiento, justificando la actividad de estos preparados por la probable existencia de un trastorno cerebral menor). Relacionada con las secuelas conductuales de niños con encefalitis infecciosas (en especial, encefalitis de Von Economo, 1917) intoxicaciones o traumatismos craneales. Y la relativa similitud con síntomas de hipercinesia y falta de atención observados en muchos niños condujo a los autores a ampliar el marco de este síndrome.

Al igual que otras condiciones médicas el TDA y TDAH, no tiene una causa única y fácil de entender por lo cual se presenta el siguiente cuadro basado en Witznitzer: citado en VanWielink, 2004)

#### Causas del Trastorno por Déficit de Atención

<b>Primaria</b>	<b>70 a 80 %</b>
Genética	
<b>Secundaria</b>	<b>20 a 30 %</b>
Desnutrición severa en niñez temprana	
Encefalopatía hipoxica isquémica	
Traumatismo craneal cerrado	
Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis)	
Errores del metabolismo (hipertiroidismo)	
Toxinas externas (plomo, alcohol y tabaco)	
Infarto cerebral	
Desórdenes cromosómicos	
Efecto de medicamentos (fenobarbital)	
Otras causas	

Es importante señalar que no todos los sujetos que se estudian tienen la misma anormalidad, ya que algunos sólo presentan problemas neuropsicológicos (detectados, con pruebas psicológicas), otros manifiestan cambios neuroanatómicos (estudios de imagen) neuroquímicos (estudios funcionales por imagen), o en su biología molecular (estudios de mapeo genético). Por ahora ya que las neurociencias avanzan cada día más y en el futuro tendrán otras explicaciones sobre su origen.

### **1.2.1 Trastorno por Déficit de Atención desde su Origen genético/idiopático.**

Las estimaciones surgidas de la población estudiada indican que de 55 a 92 % de los casos se adquiere por los genes maternos o paternos.

Cuando los padres tienen TDA de inicio, en la infancia, la probabilidad de que sus hijos presenten el trastorno es de 57%, y de estos la mayoría ha estado o está en tratamiento (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, 1995).

Existen otros factores que determinan si se presenta o no y son los factores ambientales específicos (Faraone, 1996).

Han identificado que los genes localizados en los cromosomas 3, 5 y 11 determinan que esta condición se herede. (Swanson, Sunohara, Kennedy, Regino y Finebarg, 1998).

En este tipo ocurren diversas desviaciones del desenvolvimiento normal del cerebro, mismas que se inician desde etapas muy tempranas del desarrollo, cuando el producto se encuentra aún en el útero.

## **1.2.2 Causa Secundaria con un porcentaje de 20% a 30%**

### 1.2.2.1. Desnutrición severa en niñez temprana

Dentro de los factores causales resulta sorprendente que la desnutrición severa, en etapas tempranas de la niñez, sea la causa más común de TDA a nivel internacional (DesnGaller, Ramsey, Solimano, 1983).

### 1.2.2.2. Encefalopatía Hipóxica / Isquémica

Este consiste en el daño al cerebro ocasionado por la falta parcial de oxígeno y una pobre circulación de la sangre que ocurre antes, durante o después del parto. Especialmente en niños que nacen en forma prematura. Estos niños presentan algún daño cerebral entre ellos esta el TDA (Lou, 1966).

### 1.2.2.3. Traumatismo craneal

Se manifiesta después de un golpe en la cabeza, el golpe no causa pérdida del estado de conciencia pero si daño cerebral. Entre las posibles consecuencias se encuentra el TDA, cuando daña la parte anterior del cerebro (corteza prefrontal), debido a que se encarga tanto de la capacidad de atención, como de las funciones ejecutivas.

### 1.2.2.4. Radiación

El daño del cerebro por exposición a los rayos X depende de dos factores:

Cantidad de radiación recibida

Edad del individuo (el embrión en desarrollo es más sensible a los rayos X)

### 1.2.2.5. Tiroides

La resistencia a la hormona tiroidea (RHT) se ha asociado con el TDA hasta en el 70% de los individuos que padecen este trastorno endocrino (Elia, Gulotta y Rose, 1994).

### 1.2.2.6. Toxinas Externas

La intoxicación crónica por plomo puede producir TDA. (Trites, 1979).

Abuso de drogas durante la gestación, ya que daña el Sistema Nervioso Central del feto.

El tabaco; tiene cerca de tres mil toxinas, entre ellas plomo y monóxido de carbono (Milberger, Biederman y Faraone, 1997).

El uso del alcohol por la madre durante del embarazo (síndrome alcohol fetal), se ha asociado con el TDA (Aronson, Hagberg y Gillberg, 1997).

El uso de cocaína en el periodo prenatal (Ferriero y Demsey, 1999).

#### 1.2.2.7. Medicamentos

Existen diversos medicamentos que producen trastornos del comportamiento idénticos al TDA, agonistas B- adrenérgicos (albuferol, propanolol), se usan como tratamiento para la migraña. Los anticonvulsivos, el fenobarbital (Brent, Crumrine y Varma, 1987. La teofilina, que se utiliza solo o en combinación como dilatador en el asma y bronquitis.

#### 1.2.3. Causa Ambiental

El ambiente es el medio en donde sin palabras se aprenden patrones de conducta, influidos por los estilos de respuesta observados en varios campos sociales, según su desarrollo sensitivo.

##### Ambiente Familiar

Los niños que se crían y funcionan diariamente en familias que no tienen la estructura o la estabilidad para facilitar el aprendizaje de los patrones de conducta necesarios para prestar atención, inhibir impulsos y autorregular el nivel de actividad en diferentes lugares; están en riesgo de desarrollar el TDA. Este riesgo es mayor si existe una predisposición genética en el niño.

Gerring, Brady, Chen, Vasa, Grados, Branden, Bryan y Denckla (1998) coinciden en que si hay límites claros y control de su disciplina es más difícil que se presente el TDA, y que existe una mayor incidencia en niños.

### Ambiente escolar

Las limitaciones de espacio, un nivel alto de distracciones en el salón de clases, las demandas académicas muy bajas o muy altas y las técnicas de enseñanza inadecuadas pueden contribuir a agudizar las dificultades de atención y de autorregulación en los niños con este trastorno (Bauermeister, 2000).

### Limitaciones económicas

Según Bauermeister, el cual no presenta datos, el TDA se encuentra con mayor frecuencia en personas que se han desarrollado en comunidades con bajos recursos económicos. Ya que abundan los riesgos de cuidado prenatal deficiente y la presencia de complicaciones médicas durante el embarazo, el parto y posteriormente la falta de recursos para contrarrestar la vulnerabilidad del niño a desarrollar el TDA y también por la presencia de eventos estresantes intensos.

## Definiciones

A continuación se refieren las definiciones de diversos autores citados en Juárez 2004, los cuales hacen mención a las características más destacadas de este trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad:

- El trastorno por déficit de atención se refiere al hecho de que los periodos en los que puede mantenerse la atención tienen una duración insuficiente, lo cual le impide al niño realizar actividades académicas en forma efectiva. (Juárez, 2004)
- El trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin impulsividad está constituido por un conjunto de fenómenos neuro psicológicos, cuyos síntomas principales son los periodos cortos de atención y la hiperactividad.(Juárez, 2004)
- El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por grados inapropiados de distracción, exceso de actividad e impulsividad. (Juárez, 2004)
- El TDAH es un trastorno neurológico caracterizado por problemas para mantener la atención y el esfuerzo mental para inhibir los impulsos y se caracteriza por niveles excesivos de actividad.( Juárez, 2004)
- El TDAH es un trastorno de producción, no es un problema de aprendizaje. Una persona con TDAH puede conocer bien la información, el material, pero tiene problemas para representar ó expresar esa información (especialmente la expresión escrita), ó para hacerlo con consistencia.( Juárez, 2004)

- EL TDAH es un trastorno fisiológico que causa dificultad para inhibir el comportamiento orientado a una meta. (Juárez, 2004)
- El TDAH es un trastorno del desarrollo resultante de la baja actividad en el centro de atención/ inhibitorio del cerebro, cuyas características surgen en la infancia temprana. Se considera un desorden de naturaleza relativamente crónica.(Juárez, 2004)
- El TDAH es un trastorno que causa un nivel excesivo de actividad, distracción excesiva, sensibilidad y exageradas reacciones emocionales. (Rief, 2000) Editorial medica panamericana

Estas definiciones nos dan la idea generalizada que este trastorno afecta, la atención, la actividad motora y la impulsividad afectando el campo educativo y social en su desarrollo, que las causas neuroquímicas y psicodinámicas y su tratamiento es multidisciplinario, médicos, profesores y psicólogos sin olvidar a la adaptación social (los padres, la familia en general a la sociedad).



## Tipos

### Subtipos de TDA (Basado en Pineda,1998 y en el DSM IV, 1995 citado en Van Wielink, 2004)

Tipo	Código	Descripción
TDA I	314.00	TDA de tipo combinado: Si las características de la inatención e hiperactividad se encuentran en los 6 últimos meses.
TDA II	314.01	TDA predominantemente del tipo inatención: Si el criterio de la inatención está presente pero el criterio de la hiperactividad No ha estado presente en los últimos 6 meses.
TDA III	314.02	TDA predominantemente del tipo hiper activo - impulsivo: Si el criterio de la hiperactividad está presente pero el criterio de la inatención, no ha estado presente en los últimos 6 meses.

Nota de este código: Para individuos (especialmente adolescentes y adultos) que presentan síntomas, pero no reúnen todos los criterios, debe especificarse que se encuentran en remisión parcial.

Entre la población latina la concurrencia del TDA es de 16.1 %, el hiperactivo es el tipo más frecuentemente encontrado, pues tiene una concurrencia de 8.5 % mientras el de tipo combinado, es de 3.3% . (Van-Wielink, 2004, p. 49).

En el DSM IV (1995) la característica esencial del TDA, es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad que es más frecuente y grave que el observado en sujetos del mismo nivel de desarrollo.

Los problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad y los síntomas deben producirse por lo menos en dos ambientes, el familiar y el escolar.

#### **1.4.1. Trastorno por Déficit de Atención I (DSM IV, 1995)**

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

Características de la inatención:

- Frecuent es dificultades para la atención a los detalles o errores por descuido en trabajos escolares u otras actividades.
- Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- A menudo no escucha lo que se le dice.
- Dificultad para seguir instrucciones y para finalizar tareas escolares, encargo u obligaciones. No se debe al negativismo o a la no comprensión.
- Dificultad para organizar tareas o actividades.
- Evita las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, o muestra un intenso disgusto ante ellas.
- Frecuentemente pierde cosas necesarias para la realización de tareas y actividades.
- Se distrae fácil y frecuentemente por un estímulo externo.
- Frecuentemente es olvidadizo en sus actividades diarias.
- No puede establecer un orden de prioridades entre los estímulos que se le presentan.

### **1.4.2. Trastorno por Déficit de Atención II (DSM IV, 1995)**

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad- impulsividad han persistido durante, por lo menos seis meses, a un grado que causa problemas de adaptación que es inconsistente con el nivel de desarrollo.

Características de la hiperactividad:

- Frecuentemente juguetea con manos y pies o se retuerce en el asiento.
- Deja el asiento en la clase o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado.
- Corretea o trepa en forma excesiva en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos se puede limitar a sentimientos subjetivos o inquietud).
- Dificultad para involucrarse silenciosamente en actividades de placer.
- Actúa con exceso de movimiento.
- Habla demasiado.

Características de la impulsividad:

- Contesta las preguntas antes de ser completadas.
- Tiene problemas para aguardar su turno.
- Interrumpe o se mete con otros (interrumpe conversaciones o juegos).

La impulsividad esta muy relacionada con el grado de tolerancia a la frustración. La conducta impulsiva junto con la falta de conciencia del riesgo las hace más propensos a los accidentes.

El niño hiperactivo carece de reflexividad y madurez suficientes para analizar eficazmente una situación real y mucho menos, hipotética, por tanto su conducta resulta normalmente inmadura e inadecuada.

Algunos de los síntomas de hiperactividad impulsividad o de falta de atención, que causaron problemas estaban presentes antes de los 7 años de edad. Esto se debe a que durante los primeros 3 años escolares deben aprender a "sujetarse" en sus asientos, descargándose a través de movimientos más finos (rascarse, sentarse de otra manera, etc.) En las niñas hiperactivas, es más frecuente este movimiento más fino y constante. Por lo que muchas veces pasa desapercibida a la sombra de los varones.

Para que el niño aprenda a controlarse deben:

- Proporcionarle modelos adecuados de conducta tranquila y reposada.
- Hacerle tomar conciencia de sus dificultades para estar sentado.
- Ayudarle a evitar las situaciones que le causan descontrol mientras no pueda controlarlas (periodos de espera)
- Exigirle autocontrol en medida de sus posibilidades reales.
- Entrenarle en autocontrol mediante videos que le permitan valorar sus progresos.

La educación de los niños hiperactivos radica en mantener el control entre lo que le exigimos y lo que podemos exigirle en función de su propia capacidad.

En algunos casos, también puede presentar dificultades en la coordinación motriz y en la estructuración perceptiva.

#### **1.4.3. Trastorno por Déficit de Atención III (DSM IV, 1995)**

El individuo presenta tanto las características de inatención como las de hiperactividad e impulsividad.

Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un desorden penetrante del desarrollo (esquizofrenia u otros desordenes sicóticos) y no se explican por otros desordenes mentales (de talante, de ansiedad, etc.).

## Síntomas del TDAH

Los síntomas psicológicos del TDA no se manifiestan en todos los pacientes y un ejemplo de ello radica en el hecho de que los niños que cursan con TDA pueden o no ser hiperactivos, (Van Wielink, 2004).

Los principales síntomas del TDA son:

- Periodos cortos de atención para la edad mental del niño.
- Impulsividad
- Distracción fácil
- Sobre actividad motora (hiperactividad)

### **. Inatención o Distracción fácil.**

Es el síntoma cardenal del TDA. Se hace más evidente si la actividad es aburrida para el niño, como las tareas escolares.

Cuando la actividad es muy novedosa o divertido, en algunos pequeños los periodos de atención pueden llegar a ser normales. La diferencia estriba en que los niños sin TDA si ponen atención en clases o al realizar tareas que no les agradan.

La distracción fácil es consecuencia de la falta de atención y puede deberse a estímulos sensoriales, visuales (sentarse junto a la ventana), auditivos (ruidos en el salón), somáticos (zapatos ajustados), o se puede originar en el control de los pensamientos, como sucede con la fantasía desmedida. La fantasía no solo es un poderoso factor de distracción, si no incluso de evasión psicológica a manera de un mecanismo de defensa, que les evita enfrentar su dura realidad académica y/o existencial. Por ello en sus ensoñaciones llegan a ser héroes durante sus tediosas horas de clases.

### **. Impulsividad.**

Falla para inhibir los impulsos nerviosos instintivos o reflejos. Hay que considerar que al inhibir nuestros impulsos por un tiempo adecuado podemos entonces pasar a un análisis de los mismos y decidir actuar o no de tal manera, en especial si ese breve tiempo de reflexión nos permitió escuchar del otro una cortes disculpa.

Los niños impulsivos con TDA actúan sin pensar en las consecuencias. Frecuentemente estos niños hacen lo que primero les pasa por la mente y no calculan los resultados.

Otros problemas habituales son el robo impulsivo y las mentiras frecuentes. Esto hace que las actividades triviales se conviertan en peligrosas.

### **. Hiperactividad.**

Es el aumento exagerado de la actividad motora. Es muy evidente en los adolescentes y va desvaneciéndose hasta que es difícil de detectar en los adultos.

Asimismo existe una diferencia entre géneros para manifestarse, los niños varones suelen mostrar una gran actividad motora y en las niñas pueden evidenciarlo en aumento de la actividad verbal. Existe un lado positivo de este síntoma, conocemos adultos que no paran y en consecuencia son muy exitosos en su profesión.

### **. Impaciencia.**

Es el no saber esperar con calma una cosa que tarda tiempo en realizarse o no saber sufrir el tiempo necesario para llevar a cabo algún trabajo o tarea. Es una

consecuencia de la mezcla de impulsividad e hiperactividad aunada a la falta de noción del tiempo real.

La mala letra que es común en estos chicos, suele ser consecuencia de la prisa que tienen al escribir. De la mala coordinación visomotriz o de ambas.

#### **. Sobre excitación emocional.**

Parece no tener un término medio en sus emociones. Además, las transmite fácilmente. Cuando esta alegre, es el niño simple, el payaso de la reunión o la alegría de la fiesta. Cuando esta enojado hace rabietas, y suele ser agresivo. A este estado psicológico se le llama también labilidad emocional.

#### **. Desobediencia.**

Estos niños tienen problemas con la disciplina ya que olvidan las reglas de conducta o las ignoran, por una mezcla de impulsividad impaciencia y sobre excitación emocional. Se recomienda que a estos chicos no se les encargue hacer más de una cosa a la vez.

Se le debe repetir la regla o conducta que se altero si es posible dando las razones de ella ya que es importante que el niño haga suyas las reglas que se le tratan de enseñar. Antes de aplicar algún castigo frente a la desobediencia, se sugiere reflexionar en la idea de que "Nadie esta obligado a realizar lo imposible".

#### **. Problemas Sociales.**

No tienen amigos de su edad por que su impulsividad y temperamento hace que sus compañeros los rechacen. Incluso es posible que sean señalados como lacras y se evite el contacto con ellos. Trae problemas de adaptación social que se reflejaran en la vida adulta. Un niño así suele llegar a ser el típico "rebelde

sin causa" que, en realidad si la tiene y es la ignorancia de los adultos que lo rodean durante su desarrollo.

### **. Desorganización.**

Para realizar diversas actividades se requiere de un orden y estructura para llevarlas a cabo; estos elementos dependen fundamentalmente de la capacidad memorística del ser humano, así como el entrenamiento en las habilidades propias de dicha aptitud.

Por tanto en los pacientes con TDA tiene como causa principal una deficiente memoria inmediata: olvidan las cosas, pierden los útiles, el suéter y otras prendas, o se meten en problemas al tomar las cosas prestadas y perderlas.

### **. Concepto del tiempo.**

El niño con TDA no posee este concepto del tiempo que en mucho depende del buen uso de la memoria inmediata. Para darnos una idea de este problema podemos hacer el experimento de adelantar y atrasar el reloj y seguir la rutina del día.



## **Modificaciones de los síntomas según la edad.**

El TDA evoluciona progresivamente durante las diferentes etapas del desarrollo escolar, logrando una variación en los síntomas que se presentan (Van Wielink, 2004).

### **Etapas preescolar.**

Se distingue por una actividad marcadamente inagotable que se asocia con rasgos impulsivos como rabietas y comportamiento agresivo, a la vez que implica un mayor riesgo de daños por accidentes.

Es recomendable que los padres apoyados por los profesores lleven un registro de las conductas del infante para facilitar un futuro diagnóstico profesional.

Estos niños tendrán problemas al iniciar el sueño o para permanecer dormidos, en tanto que las relaciones con sus padres frecuentemente serán tensas dada la naturaleza impulsiva y explosiva del niño (Carlson, Jacobvitz y Sroufe, 1995, Palfrey y Levine, 1985).

Comportamientos según el rango de edad.

**0-2 años.** No pueden estandarizarse patrones específicos. Dichos datos consisten en vocalizaciones extrañas y constantes, el bebé se muestra irritable y se resiste al afecto o a ser mimado.

**2-3 años.** Predisposición a los accidentes, actitud negativa e impulsiva. Falta de coordinación motora fina y gruesa.

**3-5 años.** En esta edad aparecen los primeros reportes escolares, que suelen repetirse con frecuencia y son canalizados al psicólogo por su comportamiento.

Las escuelas con profesores ignorantes y sin vocación expulsan a estos niños e inician un desajuste emocional por toda su vida.

### **Etapa escolar.**

**5-12 años.** En esta hay grandes cambios de la actividad escolar pues le exigen hacer dos cosas imposibles para el, que se este quieto y que se concentre. Se ejerce una mayor presión escolar sobre el niño. Se hacen evidentes los problemas de aprendizaje, dado a la formalidad del sistema educativo tradicional. Hay dificultades de escritura y conflictos en matemáticas. Aparecen problemas de depresión y ansiedad. En esta etapa se puede alterar favorable o desfavorablemente el futuro del niño.

**12-19 años.** Disminuye el problema de hiperactividad, sin embargo la inatención, baja concentración e impulsividad siguen presentes afectando el área académica y las relaciones interpersonales. Si el desempeño escolar no fue corregido a tiempo, abran perdido las bases necesarias para el desempeño escolar futuro.

**19 y más.** Tendrán rasgos de este trastorno cuando sean adultos y se le denomina TDA residual. Tendrá baja autoestima y posible depresión.

### **Etapa adulta.**

Aquellos que fueron bien encausados lograran éxito en su desempeño laboral. Si no se les atendió se caracterizaran por baja autoestima, depresión, cambios de profesión frecuentes, inadaptación social, problemas matrimoniales y uso o abuso de drogas.

## Diagnóstico

En la actualidad el diagnóstico del Trastorno por Déficit de atención (TDA) se basa, en primera instancia, en los síntomas que se obtienen de la información proporcionada por el individuo, sus padres o profesores; elaborándose con esta una Historia clínica (Van Wielink, 2004)

La neurociencia de la cognición ve al TDA como un trastorno derivado del funcionamiento ineficiente tanto de la memoria de trabajo (que es un proceso de codificación) como el resto de las funciones ejecutivas.

Sabemos que este trastorno no se debe a traumas psicológicos de la infancia, como puede ser un niño maltratado o un hogar desintegrado.

Las diversas pruebas psicológicas de la conducta, son generalmente utilizadas para medir las variedades del TDA. Existen diversos cuestionarios que permiten diagnosticarlo y que son llenados por los padres y profesores.

La aproximación más adecuada para realizar un diagnóstico debe incluir:

- Una entrevista completa con los adultos encargados del niño.
- Una evaluación de las funciones cognoscitivas.
- Una evaluación general del estado médico y neurológico del niño.
- Una evaluación de las habilidades y logros académicos del niño.
- El uso de escalas dirigidas al TDA, para padres y profesores (ver Anexo 1).
- Los reportes escolares.

## Tratamiento

Los fármacos no eliminan el déficit de atención con o sin hiperactividad pero reducen sus manifestaciones y facilitan la adaptación social y escolar del niño, así como sus progresos académicos y su desarrollo cognitivo. Los tratamientos farmacológicos deben ser recomendados por el neurólogo o el psiquiatra tras el estudio individualizado de cada niño. (Van Wielink, 2004)

### 1.6.1. Tratamiento Alópata

Los fármacos actúan al aumentar los neurotransmisores con lo cual el cerebro funciona con mayor eficacia.

Al introducir MPTP (N- Metil 1, 2, 3, 6 tetrahidroxyridina) en monos se produjo en estos una disfunción cognoscitiva similar a los patrones de comportamiento de los niños con TDA (Roentgen y Schenider, 1991) Al realizarles una autopsia se demuestra bajos niveles de neurotransmisores, principalmente dopamina y la noradrenalina no se altera. Estos cambios se localizar en la corteza del lóbulo frontal (prefrontal) y temporal inferior (Schneider, 1990). Resulta evidente que en los sujetos con TDA hay una alteración en la cantidad y balance de los neurotransmisores.

Tratamiento con estimulantes

Estimulantes	Dosis diaria (mg)	Dosis según el peso (mg/kg)	Veces por día
Metilfenidato	5-90	1.0-2.0	Dos a tres
Metilfenidato SR	5-90	1.0-2.0	Dos a tres
Metilfenidato OROS (concerta)	5-90	1.0-2.0	Una a dos
Dextroanfetaminas (aderall)	5-60	0.3-1.5	Dos a tres
Pemoline	37.5	1.0-3.0	Una a dos

### Tratamiento con antidepresivos

Antidepresivos	Dosis (mg/kg/día)	Vida media (en h)
Tri cíclicos		
Imipramina	1-3	20
Nortriptilina	0.5-4	20
Atípicos		
Bupropion	2.6	21
Venlafaxina	1-3	7

Se verifica una normalización con el uso de fármacos como Ritalin (Metilfenidato) que aumenta la dopamina y mejora los síntomas.

La frecuencia de éste en la consulta médica varía según el grupo estudiado, del 10% de todos los problemas de conducta en infantes que acuden a una unidad pediátrica; hasta el 50% en las unidades paído psiquiátricas (Cantwell, 1996). La demanda de los medicamentos se ha duplicado cada 7 años últimamente.

Los fármacos que se utilizan en el tratamiento del TDA tienen un efecto terapéutico que actúa sobre los neurotransmisores cerebrales de distintas maneras:

- a) Promueven su liberación en mayor cantidad, como los estimulantes.
- b) Los antidepresivos impiden la eliminación rápida de los neurotransmisores.

#### 1.6.2. Tratamiento Alternativo

Kaplan y su equipo de investigación en un estudio realizado en el año de 1989 observaron una mejoría clara en la conducta del 50% de los niños hiperactivos que siguieron una dieta exenta de numerosas sustancias elementales (glutamato y azúcares) y compuestas (colorantes y conservadores). También se

ha observado que la ingesta de azúcar en los niños hiperactivos aumenta su nivel de agitación, no obstante, una dieta sin azúcar no corrige el cuadro hiperactivo.

Puesto que seguir un régimen alimenticio distinto al habitual, implica una modificación en la vida familiar, un aumento de las expectativas sobre la buena conducta del niño, un aumento de la tensión positiva y una mayor paciencia de los familiares mientras se esperan los efectos de un nuevo tratamiento.

En base a lo anterior se recomienda no utilizar alimentos con las sustancias mencionadas como una ayuda a la disminución de las alteraciones de conducta del cuadro del TDA con y sin hiperactividad. Pero teniendo claro que no corrige este trastorno.

### **1.6.3. Tratamiento Psicológico**

#### **Terapia Conductual (Orjales, 1995)**

La finalidad del tratamiento Psicológico para los niños con TDA con y sin hiperactividad, es conseguir que sea capaz de alcanzar por si mismo una total autonomía, tanto en la regulación de su conducta como en los hábitos de su vida cotidiana, orden y colaboración y en su autonomía cognitiva<sup>1</sup> y emocional<sup>2</sup>, utilizando técnicas cognitivas y técnicas conductuales, para su reeducación.

Se recomienda un tratamiento multidisciplinario, conjuntando el alópata y el psicológico; para su pronta mejoría.

---

<sup>1</sup> **Autonomía cognitiva:** capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación, autocorrección, selección de las estrategias de actuación más adecuadas según la situación.

<sup>2</sup> **Autonomía emocional:** con independencia de los adultos, autoestima sana y relaciones sociales satisfactorias.

Los métodos operantes se orientan hacia el control de conductas alteradas y supone que éstas dependen de factores, acontecimientos o estímulos presentes en el medio ambiente. Al controlar las circunstancias ambientales es posible reducir, alterar y mejorar el comportamiento infantil.

Según este enfoque, las conductas se emiten y mantienen por los efectos que provocan en el ambiente (Marsellach, 1998).

Este tratamiento manipula una serie de procedimientos que promueven la adquisición de ciertas conductas deseadas mediante un programa de Reforzamiento Diferencial de otras Conductas (RDO).

En este programa se refuerzan las respuestas incompatibles con la conducta no deseada, como: no interrumpir, esperar su turno, estar quieto, etc. Para extinguir las conductas inadecuadas (Núñez, 2000)

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

Los reforzadores concretos, así como los de aceptación social; por lo general se presentan juntos al iniciar el tratamiento y conforme se avanza con el programa se van espaciando. Esto trae como consecuencias el incremento de respuestas deseadas. (Ribes, 1976 en Núñez 2000)

## Capítulo II: Enfoque cognitivo conductual

### Características generales

Según el enfoque cognitivo conductual, la modificación de la conducta de una persona tiene grandes posibilidades pues es reenseñarle a reflexionar sobre sus pensamientos en cuanto a resolver situaciones angustiantes y que detecten de una manera más favorable la manera de reaccionar ante ellas y producir una respuesta más aceptada (Ellis 1980; Lazarus, 1980; Mahoney, 1984).

Para García (1998) la cognición es el área de la psicología que estudia los eventos internos, tales como la memoria, imaginación, formación de conceptos, verbalizaciones internas, etc.

Estos eventos cubiertos son susceptibles de ser manipulados y controlados de la misma forma que las respuestas abiertas (Mahoney, Thoresen, y Dauaher, 1972).

Este enfoque cuenta con estrategias muy efectivas para lograr el control de reeducación y cambios de actitud para un mejor desempeño educativo, conductual, logrando una mejor vida social, adaptándose al medio ambiente que lo rodea y aprendiendo a vivir con sus deficiencias, equilibrando su atención, controlando su impulsividad e hiperactividad en cada caso particular. No todos tienen el mismo grado o deficiencia desarrollado ni en cantidad menos en calidad pues depende del tipo de canalización y tratamiento requerido así como el ambiente y clase socioeconómica a la cual pertenece, y el compromiso individual .

Sus técnicas son explicadas a continuación y son de la terapia conductual como de la cognitiva, en virtud de que esta unión considera la parte de refuerzos positivos a las facilidades que el niño aporta como los refuerzos negativos para que no se repitan las conductas inapropiadas, sobretodo tomando en consideración sus pensamientos impulsivos y reflexionando con el niño, hasta lograr el aprendizaje del individuo para obtener la respuesta adecuada.



## Técnicas

Dentro de las técnicas del enfoque cognitivo conductual existen las técnicas operantes y las cognitivas, las operantes son las siguientes:

- Moldeamiento.
- Encadenamiento.
- Economía de Fichas.
- Reforzamiento positivo.
- Costo de respuesta o castigo negativo.
- Tiempo fuera.

Las Técnicas cognitivas son:

- Entrenamiento en autoinstrucciones
- Técnica de la tortuga
- Entrenamiento en solución de problemas emocionales

Cada una de estas serán descritas a continuación:

### Técnicas Operantes

#### Moldeamiento

Es un procedimiento en el que refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta. Para que el reforzamiento tenga lugar, es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa. Cierta conducta previa traerá determinado refuerzo, que a su vez se proporcionará solo ante tal conducta.

El refuerzo es cualquier objeto o evento que incremente la probabilidad de la conducta que lo precede. De esta manera, lo que hará el reforzamiento es

fortalecer la probabilidad de la conducta respecto de cual es contingente (Holland y Skinner 1970).

El encadenamiento es la formación de un conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones; de lo que trata es de conseguir una *unidad de tal manera que éstas se subsumen en una nueva conducta.*

Los ámbitos de aplicación de la técnica de encadenamiento, dependen de que se disponga de los fragmentos para la nueva unidad conductual deseada; pero se pueden sugerir ciertas áreas en las que con más frecuencia se da la situación para el encadenamiento. Esto puede ser la autonomía doméstica, el desarrollo de la fluidez verbal y a ciertos aspectos de la instrucción académica.

### Economía de fichas

Es un procedimiento dirigido a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas. Consiste en la introducción en el medio del niño de un reforzador artificial generalizado intercambiable por los reforzadores habituales en aquél.

La emisión de este reforzador artificial está estrictamente controlada por el modificador de conducta y es contingente a la emisión, por parte del niño aquéllas conductas que se desee incrementar ó mantener (Labrador et. al, citado en Cruz, 2001).

Un ejemplo de cómo emplear ésta técnica con los niños con TDAH, consiste en entregar al niño una ficha con valor de un punto cada vez que el profesor o los padres consideren que ha cumplido con la conducta deseada (por ejemplo: trabajar sentado cinco minutos o terminar el trabajo en clase).

### Reforzamiento Positivo

Como se había mencionado, las consecuencias de una conducta determinan su destino. En términos técnicos, una consecuencia derivada de un comportamiento y que incrementa la posibilidad de repetirlo se llama refuerzo. El refuerzo positivo consiste en dar una recompensa: alimento, dinero o elogio; inmediatamente después de la respuesta positiva (Papalia y Wendkos, 2000).

### Costo de Respuesta o Castigo Negativo

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

Este procedimiento es utilizado para controlar conductas inadecuadas de los niños con TDAH; básicamente consiste en que el niño puede conservar o perder sus puntos dependiendo de su comportamiento. Cada vez que el niño se comporta de forma inadecuada, pierde una serie de puntos, al final del día podrá canjear los puntos sobrantes por refuerzos positivos como: tiempo de ocio, actividades divertidas, caramelos, juguetes, ver su programa favorito de televisión, etc. (Orjales, 1995).

### Tiempo fuera de reforzamiento (Time Out)

Consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener reforzamiento o sacar a la persona de este durante un determinado período, de

manera contingente a la emisión de la conducta desadaptada. Es una técnica que puede utilizarse cuando se conocen cuáles son los refuerzos que mantienen una conducta, pero no se pueden controlar las fuentes de entrega de éstos reforzadores.

Es una técnica efectiva en la reducción de la conducta, que ha sido aplicada desde niños de año y medio hasta adultos con retraso mental o trastornos psicóticos. Ha sido eficaz en casos como rabietas, peleas en la mesa, robo de comida, conductas destructivas y agresivas, negativismo y desobediencia, etc. (Labrador, cruzado y Muñoz, 1995).

## **Técnicas Cognitivas**

### Entrenamiento en autoinstrucciones

Las autoinstrucciones es una de las técnicas más eficaces para el manejo del comportamiento, ya que su propósito fundamental es el control de las verbalizaciones internas o externas sobre la conducta abierta en base a la explicación de interiorizar el lenguaje, según Luria y Vigosky. Proponen estos tres estadios. En el uno el habla de otros (adultos, etc.) controla y dirige la conducta del niño, en el dos las verbalizaciones abiertas del niño regulan su conducta; y en el tres el lenguaje cubierto del niño asume un rol autogobernante (Orjales, 1988).

Estos pasos permiten al niño, reestructurar, organizar, y ordenar la esfera cognitiva que le dará una guía que genera su autocontrol.

Para que el niño logre interiorizar se procede de la siguiente manera:

- El niño toma conciencia de que de forma inconsciente, a veces utiliza pasos para realizar las tareas.

1. El terapeuta pide al niño que realice una tarea de cierta complejidad.
  2. Mientras el niño procede el terapeuta irá tomando nota de los pasos que el niño va realizando, las rectificaciones, las tomas de decisión, etc.
  3. Finalizada la tarea se corrige y se rectifica si es necesario.
  4. Se pide al niño que especifique que pasos sugeriría a otro niño para que resolviera una tarea semejante sin cometer ningún fallo.
  5. Se muestra al niño la lista de todos los pasos que hemos visto que ha dado el mientras realizaba la tarea y se compara con la list de los pocos pasos que el sugiere al niño. Haciéndole tomar conciencia de que muchos de los pasos que seguimos son automáticos, pero no por eso menos importantes.
- Proponemos al niño las autoinstrucciones.
    1. Mostramos imágenes que representan las autoinstrucciones.
    2. Explicamos que representan pasos para solucionar tareas y cuales son, pidiéndole al niño que las resuma en una expresión que escribiremos debajo.
  - El terapeuta realiza una tarea sencilla aplicando las autoinstrucciones.
    1. Se trata de que el terapeuta haga de modelo para el niño, así que debe realizar la tarea mencionando cada uno de los pasos y analizando de forma reflexiva toda la información, tomando decisiones de forma adecuada, analizar los pros y los contras, etc.
  - El niño realiza la tarea mientras el terapeuta va diciendo cada uno de los pasos.
  - El niño va diciendo cada uno de los pasos mientras realiza una tarea similar.
    1. El niño comenzará a aburrirse porque mencionar los pasos cada vez resulta un tarea ardua y pesada. El terapeuta puede reforzar con puntos su utilización.
  - El niño susurra las autoinstrucciones al realizar cualquier tarea.
  - Se generaliza su utilización adaptándolas a todo tipo de tareas.

- Se generaliza la utilización de las autoinstrucciones adaptándolas a los deberes de la casa.
  1. Los padres deben recibir el entrenamiento adecuado.
  2. Se reforzará con puntos su utilización durante cualquier tarea.
- El niño trata de utilizar las autoinstrucciones en el aula.
  1. Una vez que el niño domine su práctica se presentara el uso de las autoinstrucciones a toda la clase.
- El niño piensa las autoinstrucciones mientras realiza la tarea.  
(Autoinstrucciones encubiertas)
  1. Aunque en un principio resulta una técnica lenta y laboriosa, la aplicación de las autoinstrucciones ha tenido mucho éxito para reducir la impulsividad del niño hiperactivo y representa el marco perfecto para enseñar al niño estrategias específicas de solución de problemas.

De esta forma se van transformando los pensamientos impulsivos en respuestas adaptativas.

### Técnica de la tortuga

Fue diseñada por M. Sheider (1974) como un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva en el aula encontrándose muy útil en situaciones de descontrol por carga emocional. Se aplica en niños de edades preescolar hasta 7 años de edad. La escenificación de la tortuga se utiliza como un planteamiento lúdico de una técnica de relajación y autocontrol (Orjales, 1988).

Se aplica a todo el grupo y se introduce con una historia sobre una tortuga, cuyo comportamiento refleja la falta de control emocional de los niños con TDAH.

- El terapeuta lee la siguiente historia:

"En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía..... años de edad y justo entonces acaba de empezar ..... curso. Se llamaba Tortuguita.

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

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

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

Un día, cuando se sentía más triste y desanimada que nunca se encontró con la tortuga más grande y más vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años y su tamaño era enorme. La tortuga sabia se acercó a

tortuguita y le pregunto que le ocurría. Tortuguita tardo en responder impresionada.”

- El terapeuta invita a los niños a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida, y su intento de introducirse en el caparazón.
- Cuando la tortuga reintroduce en el caparazón para vencer los sentimientos de rabia y furia, los niños escenificaran pegando la barbilla en el pecho colocando los brazos a lo largo del cuerpo y presionando fuertemente la barbilla, brazos y puños cerrados mientras cuentan hasta 10; la distensión posterior provoca una relajación inmediata.
- Esta sesión que se realiza durante una hora de clase y en presencia del maestro, concluye con la invitación a realizar la tortuga cuando sientan ganas de resolver alguna situación con agresividad.
- Para motivar la aplicación de esta técnica se propone a los niños un refuerzo colectivo: una tortuguita de verdad.
- Si todos los niños aplican la técnica de la tortuga, obtendrán puntos para la tortuga. Tortuga que todos aprenderán a cuidar y que se llevaran por turnos los fines de semana para que no se quede sola.
- El maestro dibujara una tortuga grande en una cartulina. El caparazón de la tortuga estará cubierta de escamas, casillas que serán los puntos a conseguir.
- Los niños podrán tachar o colorear una de las escamas en dos ocasiones
  - Si han conseguido hacer la tortuga en un momento difícil.
  - Si le han recordado a otro niño que lo hiciera cuando se iba a descontrolar.
- Cuando entre todos se consiga rellenar la tortuga, el profesor comprara una tortuguita de verdad para el aula.
- El profesor o terapeuta reforzara los avances en el cartel de la tortuga, cada vez que entre al aula a realizar alguna actividad.



Esta técnica esta basada en los estudios de los siguientes investigadores: Kanfer (1970- 1971). Quien indica que las áreas cognoscitivas requeridas para un buen auto control son: autovigilancia, autocontrol, y autorecompensa.

### Entrenamiento en solución de problemas emocionales

Para Spivack y Shure (1974) las habilidades en la solución de problemas interpersonales son cinco:

- Sensibilidad a problemas
- Razonamiento alternativo
- Pensamiento por medios y fines.
- Razonamiento de consecuencias.
- Pensamiento causal (Kirby, 1992)

Para medir estos procesos cognoscitivos se cuenta con la Prueba de Solución de Problemas por Medio y Fines (Means – Ende Problem Solving Test, MEPS).

Esta prueba mide la capacidad del niño para articular los medio y fines, paso por paso; al resolver determinado problema social, al reconocer y apreciar los obstáculos con que se encuentra y el tiempo necesario anticipado para saber como solucionarlo.

(Shure y Spivack, 1972 en Cruz, 2001)

Esta prueba MEPS para niños consta de anécdotas acerca de problemas sociales, tales como la de entablar amistades, ser electo jefe de grupo, etc.

Se lee en voz alta el inicio y el final de cierta narración y se le pide al niño que imagine la parte media; la puntuación obtenida en la prueba es la suma del número de medios, obstáculos y referencias específicas de tiempos mencionados al completar las historias (Kirby, 1992).

- Aplica una perspectiva cognoscitiva a los problemas clínicos
- Dirige la atención hacia el papel del pensamiento en la etiología y el cambio de los problemas.
- Buscan modificar o cambiar patrones de pensamientos que contribuyen a los problemas el paciente.
- Estas técnicas tienen una enorme cantidad de apoyo empírico y son las más eficaces de todas las intervenciones psicológicas.

### Limitaciones

- No podemos entrar en el pensamiento de los niños, por lo que ellos lo tienen que trabajar.
- Casi siempre la eliminación de la ansiedad en seres humanos se trata mediante la imaginación de sus temores.
- Estas intervenciones buscan modificar o cambiar patrones de pensamientos que según se piensa contribuyen a los problemas del paciente.
- Debe ser un trabajo personal y nadie puede hacerlo en lugar del paciente; aunque se le puede guiar.

### Biofeedback

La bioretroalimentación (biofeedback) consiste en el control voluntario de diversas funciones del organismo como son: la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y en el caso del TDA, los diversos estados de conciencia. Hay reportes de que ésta técnica mejora el TDA, cuando se usa junto con la electroencefalografía; sin embargo se encuentra en sus etapas iniciales de investigación por lo que aún no puede ser recomendada (Van Wielink, 2004).

Neurofeedback es el tratamiento actual que permite a los pacientes el desarrollo de estrategias que ayudan a modificar y entrenar la actividad cerebral.

Sin efectos secundarios, no invasivo, no crea dependencia y es totalmente científico. Algunos logros del tratamiento de este tratamiento son:

- Incrementa los procesos de atención y concentración.
- Mejora la conducta y el aprendizaje.
- Incrementa la autoestima.
- Mejora el autocontrol y la interacción social.
- Mejora el desempeño de las tareas.
- Incrementa la capacidad intelectual.
- Maximiza el desarrollo del potencial innato.

Concluyendo, la decisión sobre el tratamiento a seguir con el niño con TDAH; depende de varios factores como el estado clínico, las posibilidades económicas de los padres y la aceptación de los adultos respecto cuáles alternativas terapéuticas disponen. Si el tratamiento es oportuno y adecuado, el pronóstico será favorable para el niño.

## Capítulo III: Docencia

### Definición

La docencia, también llamada enseñanza, es el proceso mediante el cual se adquiere información sobre una determinada materia.

Sin la docencia no podría haber progreso. El resultado de la docencia es la instrucción, conjunto de conocimientos que constituyen la cultura de un individuo.

Etimológicamente, enseñar (en latín, *insignare*) significa «señalar», «mostrar algo a alguien», significado éste que solo supone una acción por parte del que enseña, el docente, sin que tenga que existir necesariamente un correlato en el discente, es decir, el que recibe la enseñanza. (Enciclopedia Hispánica, 2004). Sin embargo, desde el punto de vista didáctico, la docencia pretende también el perfeccionamiento del sujeto a través del aprendizaje .

Enseñanza y aprendizaje constituyen, pues, las dos fases del proceso de adquisición de conocimientos, cuya manifestación concreta es la instrucción alcanzada en un momento dado. Esos tres aspectos esenciales se hallan íntimamente relacionados en el plano escolar. En el proceso educativo, la enseñanza -impartida por el profesor- se desarrolla en función del aprendizaje -que realiza el alumno- y de la instrucción, conjunto de los conocimientos adquiridos.

Entre las diferentes contribuciones científicas al tema destacan las teorías psicológicas sobre el aprendizaje, que han aportado elementos tan valiosos como la necesidad de motivación o de estímulos positivos, fundamentales para una enseñanza más eficaz.

## **Funciones ejecutivas.**

Los síntomas del TDA se originan en un mal control de las funciones ejecutivas; el dominio de estas es gradual en el desarrollo normal de todos los individuos con forme va creciendo (Van Wielink, 2004).

### **. Autocontrol.**

Es la capacidad para inhibir o retardar la respuesta propia tanto motora como emocional. El autocontrol domina la impulsividad, incluye el control del afecto, la motivación y el grado de alerta. Es indispensable para realizar con éxito una tarea o actividad. Por ejemplo: permanecer sentado, no importunar a los compañeros de clase.

### **. Memoria de trabajo.**

Es el tipo de memoria que usamos para almacenar lo que esta sucediendo y para realizar la actividad que estamos desarrollando en ese momento. Además, constituye el primer paso del proceso que permite guardar en el cerebro los recuerdos en forma definitiva. El mal funcionamiento de esta habilidad nos hace olvidadizos y distraídos.

### **. Internalización del lenguaje.**

Conforme el niño crece adquiere la habilidad de "hablarse a si mismo", tener pensamientos y escucharlos, lo que permite que generemos normas adecuadas de comportamiento y constituye una herramienta esencial para razonar.

### **. Deducción.**

Permite el auto análisis, así como resolver problemas complejos. En la escuela se utiliza en los grados avanzados de matemáticas y otras ciencias exactas que con frecuencia son áreas de pobre desempeño para estos niños.

## Rol del Docente

El rol del docente es enseñar a leer, escribir, contar, adquirir valores, información cultural y científica. Son parte muy importante en la educación de los niños. Muchas veces pasan más tiempo con los niños que sus padres o tutores. Por lo que son un ejemplo a seguir para muchos niños (Orjales, 1995).

Además, tienen un papel de observar y canalizar a los niños con problemas de sordera, miopía, desnutrición, emocionales y psicológicos.

El docente en primer año es formador de hábitos, responsabilidad, superación y autoestima.

Así mismo, el rol del docente es parte del crecimiento y desarrollo del niño como individuo. Influye en el proceso del niño entre sus derechos, obligaciones y poder equilibrarlos adecuadamente.

Hoy en día el docente tiene también dentro de su rol la responsabilidad para poder canalizar adecuadamente a cualquier alumno con déficit de atención con o sin hiperactividad, apoyándose en los límites establecidos dentro del salón.

Del profesor depende:

- Que sea detectado a tiempo el cuadro de Déficit de Atención. Por lo general a los profesores les cuesta menos trabajo percatarse de que las cosas no van bien, puesto que tienen como referencia al resto de los niños del grupo.
- La forma en que los padres van a entender y aceptar las señales de alerta del profesor. Un profesor debe ser lo más objetivo y riguroso posible en el momento de dar la información a los padres, relajando la angustia si ve que es desmedida y alertando si los padres parecen quitar demasiada importancia al problema.

- La mejora del comportamiento del niño en el aula.
- El control de los efectos negativos que el comportamiento del niño pueda tener sobre los demás alumnos del curso, sin culpabilizar o estigmatizar a ninguno.

Para ello debe:

- Asesorar a los padres para que busquen ayuda.
- Informarle de los progresos de su hijo y sugerir pautas de actuación comunes para el colegio y la casa.
- Solicitar a los padres información del especialista y ponerse en contacto con él para un trato más directo si este es necesario.
- Conocer y aplicar técnicas cognitivas y conductuales en el aula de forma que maximice el rendimiento del niño y mejore su conducta en el centro escolar.
- Ayudar a generalizar lo que el niño ha aprendido en las sesiones individuales a la situación de aula utilizando las autoinstrucciones, las estrategias, por ejemplo, como marco de referencia para todos los niños.
- Adecuar las exigencias al nivel del niño.
- Favorecer la mejora de la autoestima y el autocontrol.

Para realizar su labor necesita:

- Un diagnóstico temprano de la situación en que se encuentra su alumno/a (a partir del informe del psicopedagogo y el neurólogo)
- Información clara de que es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (información que puede recoger de los especialistas y de libros sobre el tema)
- Información sobre el grado de afectación de su alumno/a (que conductas deben modificarse, el nivel académico que tiene el nivel de atención que puede prestar a una tarea concreta, si puede exigirle que trabaje 15 min. o 1 hora, etc.)

- Tener presente que el problema tiene solución y que la evaluación del niño depende en gran medida de su actitud y de la colaboración de los padres.
- Disponer del asesoramiento adecuado sobre la mejor forma de generalizar algunas técnicas empleadas en el tratamiento individual al aula (a través del contacto continuado con el psicopedagogo)
- Recibir instrucción directa sobre el tratamiento general del niño y específica sobre las pautas de actuación para el aula (mantener correspondencia con el psicopedagogo, contándole situaciones concretas para que se analicen si las respuestas fueron las adecuadas al momento)
- Colaborar con el neurólogo en el registro del comportamiento del niño durante la toma de la medicación con el fin de ajustar la dosis adecuada. Los neurólogos recetan un tipo de medicación para estimular la atención del niño y controlar su conducta. Al tratarse de estimulantes los especialistas solo recetan las dosis necesarias para que el niño pueda mantener la atención durante la jornada escolar. Por este motivo los padres no pueden valorar las mejoras en la conducta del niño. Ellos no pueden objetivar las mejoras producto de la medicación porque cuando el niño esta en casa los efectos han desaparecido. El profesor puede aportar información muy valiosa valiéndose de un sencillo registro siguiendo una escala de 0 a 2 puntos:

0: no esta más inquieto que el resto de los niños de la clase.

1: Se encuentra algo inquieto. Le cuesta concentrarse.

2: Se encuentra muy inquieto. Se levanta o molesta. No se concentra.

Para facilitar la labor del profesor:

- Para cada conducta que se quiera cambiar, tratar de utilizar el mayor número de aproximaciones diferentes al problema. Reforzar las buenas acciones y actitudes.
- Retirar la atención ante malas conductas cuando éstas se produzcan con mucha frecuencia y refuerza (premia) con atención las contrarias.
- Plantear las normas de clase para todos, no solo para el niño hiperactivo.





- Tratar de evitar aquellas situaciones que se sabe que el niño hiperactivo no puede controlar.
- Recordar que no se puede cambiar todas sus conductas al mismo tiempo. Comenzar por cambiar las menos difíciles de modificar.
- Tan importante es adaptar la tarea a un niño como programar un sistema de registro para que éste compruebe de forma visible que mejora.
- Si se quiere modificar una conducta se debe desmenuzar en pasos pequeños y reforzar cada uno de ellos.
- Evitar la competencia de unos niños con otros.
- Modificar las condiciones del ambiente del aula para favorecer la concentración en la clase.

## **Conclusiones**

Los docentes que remiten a los niños por problemas de aprendizaje y de conducta, no canalizan considerando el TDA con o sin Hiperactividad, por lo tanto se frustran los niños en este lapso de tiempo perdido, pues no reciben la ayuda multidisciplinaria de los psiquiatras, psicólogos, profesores y padres. Puesto que al no poder mantener la atención sostenida necesaria para aprender, es etiquetado como "flojo o poco inteligente" lo cual no es verdad, en virtud de lo que se ha revisado en cuanto a la divagación de pensamiento por falta de neurotransmisoras que se involucran en la atención sostenida por lapsos largos y en cada caso es individualizado el tratamiento multidisciplinario.

El Trastorno por Déficit de Atención ha cambiado de nombre varias veces a través del tiempo, debido a los avances de investigaciones y la influencia del momento. Este trastorno afecta del 3 al 5% de la población, en su mayoría a niños y sus síntomas se disparan si su ambiente familiar es disfuncional.

Su etiología es genética en un 80% de los casos, la otra parte del porcentaje es por desnutrición, infecciones del sistema nervioso central, errores del metabolismo, toxinas externas, traumatismos craneales o infarto cerebral y efectos de medicación, por lo cual es de vital importancia los cuidados prenatales, durante el parto y en sus primeras etapas de vida en virtud de ser los cimientos de la salud y evitar la adquisición de este trastorno.

Es un trastorno neurológico caracterizado por la dificultad en mantener la atención, el esfuerzo mental para inhibir impulsos y excesivos niveles de actividad motora. Los neurotransmisores afectados son norepinefina, serotonina y dopamina; el desequilibrio en las cantidades necesarias provocan tensión, impulsividad, falta de motivación y falta de atención.

El análisis espectral del EEG y el estímulo magnético transcraneal muestran el retardo de la frecuencia cerebral normalizada por lo que nos ayudan a diagnosticar el TDA.

Gracias a que en 1957 Brandley introdujo tratamiento de anfetaminas para este padecimiento, posteriormente se medicó con estimulantes y antidepresivos, obteniendo un resultado positivo ya que estas sustancias permiten que los niveles de neurotransmisores deficientes estén equilibrados, que logren mantener más tiempo la atención, controlen su actividad motriz excesiva y su impulsividad; propiciando tanto un aprendizaje más efectivo como su adaptación social y de comportamiento.

El déficit de atención se clasifica en tres tipos: Combinado (TDAH), Predominantemente inatento e Hiperactivo impulsivo. Por lo cual cada tipo debe ser tratado con un tratamiento específico e individualizado.

Las características de los tipos anteriores deben presentarse por lo menos seis meses constantes para que se pueda diagnosticar al individuo con éste trastorno.

Los problemas pueden aparecer antes de los 7 años de edad y los síntomas se desarrollan por lo menos en dos ambientes, por ejemplo el familiar y el escolar. Por tanto es necesario el apoyo en ambos ambientes, para una mejor rehabilitación.

Este trastorno no desaparece, únicamente se va transformando a través de las etapas de desarrollo del hombre. Es importante un tratamiento multidisciplinario donde se involucren terapias médicas, cognitivo conductuales y la reeducación de métodos de aprendizaje.

El enfoque cognitivo conductual es una herramienta para ayudar a controlar las conductas alteradas y deficiencias causadas por este trastorno.

El ambiente familiar es decisivo para lograr una adaptación del individuo con este trastorno tanto en el ambiente escolar como en su ambiente social. El ambiente escolar es la clave para el desarrollo integral, pues el profesor tiene que aportar e invertir otras técnicas más eficaces para poder controlar la atención de estos niños sin etiquetarlos, para que logre una buena proyección en su vida futura.

La mayor parte de los adultos encargados de la educación de los niños (profesores y padres de familia) tienden a reforzar las actitudes negativas ya que les prestan más atención cuando los castigan o regañan que cuando se comportan adecuadamente; lo que se debe hacer en estos casos es ignorar al infante que no se comporta adecuadamente y premiarlo cuando se comporte adecuadamente (mediante atención y premios).

Los profesores son los elementos primordiales para que estos niños reciban ayuda en sus primeras fases, para evitar el efecto bola de nieve, lo cual logra subsanar el problema sin aunarse a otros padecimientos negativistas y antisociales. Muchas veces, los profesores no conocen la existencia de este padecimiento, no los canalizan, y los expulsan de las escuelas a temprana edad, por lo tanto los privan de la oportunidad de prepararse y adaptarse al medio y ser socialmente aceptados.

Usualmente los niños con TDA que no son atendidos a tiempo, se vuelven adolescentes rebeldes y lógicamente no encajan en el sistema sociopolítico con ello algunos se convierten en delincuentes o jóvenes con adicciones.

El taller de sensibilización a docentes es necesario para fomentar la calidad de trabajo estudiantil y facilitando la labor de docentes y padres de familia.

“La calidad del grupo se mide con la capacidad del miembro más débil”.

**Propuesta de un Taller de sensibilización a profesores para el adecuado manejo de niños con TDA con o sin H, desde el enfoque cognitivo conductual.**

Justificación:

**El profesor es un elemento muy importante para ayudar a detectar y canalizar a niños con TDA, pues ellos tienen otros niños de la misma edad y sobresalen las dificultades de estos, cuenta con la capacidad.**

El Trastorno de Déficit de Atención es un trastorno neurológico que afecta a la atención y la estabilidad motriz. Ya que los docentes carecen de información sobre el TDA, la presencia de estos síntomas en el aula de clases, trae una autoestima baja a estos niños, afectando de una manera negativa las diferentes áreas de su vida. Por lo cual, considero pertinente la propuesta de un taller de sensibilización a profesores para el adecuado manejo de estos niños y la canalización pertinente en cada caso individual. Ya que, una vez que los docentes tengan estas herramientas de conocimiento sobre este trastorno van a contribuir a mejorar la calidad población estudiantil.

El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, se presenta en un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años lo padecen. Es probable que los profesores tengan de 1 a 3 niños con este trastorno en una misma clase. Un alto porcentaje de niños con este Trastorno por Déficit de Atención mantienen sus problemas de atención y de conducta, arrojando un historial de grandes fracasos y expulsiones escolares.

Estudios advierten que un 25% de esta población incurren en actos delictivos, abusan de las drogas o el alcohol y tienen problemas de personalidad durante la vida adulta.

**Propuesta de un Taller de sensibilización a profesores para el adecuado manejo de niños con TDA con o sin H, desde el enfoque cognitivo conductual.**

Justificación:

**El profesor es un elemento muy importante para ayudar a detectar y canalizar a niños con TDA, pues ellos tienen otros niños de la misma edad y sobresalen las dificultades de estos, cuenta con la capacidad.**

El Trastorno de Déficit de Atención es un trastorno neurológico que afecta a la atención y la estabilidad motriz. Ya que los docentes carecen de información sobre el TDA, la presencia de estos síntomas en el aula de clases, trae una autoestima baja a estos niños, afectando de una manera negativa las diferentes áreas de su vida. Por lo cual, considero pertinente la propuesta de un taller de sensibilización a profesores para el adecuado manejo de estos niños y la canalización pertinente en cada caso individual. Ya que, una vez que los docentes tengan estas herramientas de conocimiento sobre este trastorno van a contribuir a mejorar la calidad población estudiantil.

El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, se presenta en un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años lo padecen. Es probable que los profesores tengan de 1 a 3 niños con este trastorno en una misma clase. Un alto porcentaje de niños con este Trastorno por Déficit de Atención mantienen sus problemas de atención y de conducta, arrojando un historial de grandes fracasos y expulsiones escolares.

Estudios advierten que un 25% de esta población incurren en actos delictivos, abusan de las drogas o el alcohol y tienen problemas de personalidad durante la vida adulta.

A pesar de esta alarmante observación, muchos de estos niños bien conducidos pueden llegar a ser personas perfectamente adaptadas al entorno.

Se hace indispensable un taller para que los profesores se sensibilicen con el buen trato y aprendan a manejar todos los aspectos, falta de atención, hiperactividad e impulsividad, característicos del trastorno. Los cuales se traducen en problemas en el aula y se lograrían canalizar adecuadamente al tratamiento multidisciplinario requerido con la intervención del profesor.

El rendimiento escolar es la primera prueba de valía personal que experimenta el niño y que de la aceptación de los compañeros de clase depende que el niño tenga una buena o mala auto imagen social, comprenderemos las repercusiones de esta sintomatología en el desarrollo de su personalidad.

El efecto bola de nieve, los problemas de Atención, Impulsividad e Hiperactividad infantiles son más fáciles de encauzar cuanto más pronto se inicia la intervención. Un buen inicio es hacer de su conocimiento las características del niño con TDA con o sin Hiperactividad en sus tres conductas sobresalientes. (vid supra)

El niño hiperactivo se porta mal cuando debe enfrentarse a tareas aburridas y repetitivas en las que le cuesta más trabajo mantener la atención, que en tareas novedosas (Shroyer, Zentall, 1986).

Aclarando que la desmotivación por la tarea tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos y no en la vaguería o la desgana (esto radica en el gran esfuerzo que tienen que realizar para mantener la atención que sobrepasa a sus posibilidades y prefieren claudicar)

## **Objetivos Específicos**

- Informar a los docentes de la existencia del TDA con y sin Hiperactividad. Definiendo las características de los niños que lo poseen.
- Agilizar la detección del TDA en el aula.
- Canalizar al tratamiento adecuado a esta población.
- Proporcionar técnicas para su manejo en el aula.
- Exhortar al docente a formar parte del tratamiento adecuado de esta población.

## **Descripción del Taller**

Primera fase: Conocer las causas de este trastorno, tipos y sus características en cada caso. Se impartirá en dos sesiones.

Segunda fase: modificación de la conducta por medio del enfoque cognitivo conductual haciendo de su conocimiento algunas técnicas para el manejo y modificación de conductas inapropiadas dentro del aula y socialización adecuada de éstos niños con el grupo. Se requieren de cinco sesiones.

Tercera fase: escalas evaluativas, que servirán como pautas para la valoración de estos niños con trastorno por déficit de atención. Sólo es necesaria una sesión.

Aspecto Físico: El salón tendrá una amplia ventilación, con 10 mesas, 21 sillas, además de contar con material como: cañón, lap-top, y material escrito. Además contará con espacio suficiente para contener una población de 10 a 20 profesores con edad aproximada de entre 25 y 50 años. Ejerciendo como docentes en escuelas públicas o privadas en el área metropolitana de la ciudad de México y sus alrededores. El taller tendrá una duración de 12 horas, con 8 sesiones. La duración de cada sesión es de aproximadamente una hora con 30 minutos.



Cronograma de actividades:

Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales
1	Motivación para adquirir esta información. Conocer este trastorno y como canalizarlo.	Dinámica de integración: Canasta Revuelta y Discusión sobre el rol del docente. Definir el TDA con y sin H. Dar a conocer causas e historia del mismo.	Cañón Laptop. Material escrito.
2	Explicar el TDA sin H y sus características.	Describir las características de este trastorno según el DSMIV. Dar ejemplos con sus respectivas soluciones en el aula.	Cañón Laptop. Material escrito.
3	Explicar el TDA con H y sus características.	Describir las características del TDAH según el DSMIV. Dar ejemplos con sus respectivas soluciones en el aula.	Cañón Laptop. Material escrito.
4	Explicar el TDA combinado y sus características.	Describir las características del TDA combinado según el DSMIV. Dar ejemplos con sus respectivas soluciones en el aula.	Cañón Laptop. Material escrito.
5	Capacitar a los docentes para detectar a los infantes con este trastorno.	Proporcionar y enseñar la aplicación de los cuestionarios. Así como, las escalas evaluativas, que servirán como pautas para la valoración de estos niños con trastorno por	Cañón Laptop. Material escrito.

		déficit de atención	
6	Informar el tipo de tratamientos conjuntos necesarios para el mejoramiento del alumno, haciendo hincapié en el resultado.	Informar al docente sobre el tratamiento alópata, alternativo y psicológico.	Cañón Laptop. Material escrito.
7	Informar técnicas del enfoque cognitivo - conductual para el mejor aprovechamiento escolar.	Proporcionar las técnicas del enfoque cognitivo conductual.	Cañón Laptop. Material escrito.
8	Dar técnicas para el manejo y modificación de conductas inapropiadas dentro del aula y socialización adecuada de éstos niños con el grupo.	Proporcionar las técnicas para el manejo y modificación de conductas inapropiadas dentro del aula y socialización adecuada de éstos niños con el grupo.	Cañón Laptop. Material escrito.

## Sesión 1

### Objetivo:

Motivación para adquirir esta información. Conocer este trastorno y como canalizarlo.

### Dinámica de integración: Canasta Revuelta.

Esta dinámica consiste en formar círculo con sillas suficientes para los asistentes menos una. Cada participante dirá su nombre y una fruta (no se debe repetir). El que se encuentra de pie debe decir "canasta revuelta", entendiendo con esta frase que se intercambiaran de lugares (el se deberá sentar), el que ahora se encuentra de pie ordenara a alguien que diga el nombre y la fruta de las personas ubicadas a su lado izquierdo y derecho. Y así sucesivamente hasta que todos hayan participado.

### Discusión sobre el rol del docente.

Los docentes serán capaces de proporcionar sus opiniones de acuerdo a sus conocimientos empíricos, para ello levantarán la mano y se les dará la palabra. Finalmente se hará una síntesis con las ideas recabadas.

### Definir el TDA con y sin H.

Para definir el TDA con y sin H se utilizará la información citada en el capítulo 1 en el inciso 1.3.

### Dar a conocer causas e historia del TDA con y sin H.

Se utilizara la información citada en los incisos 1.1 y 1.2.

Ejercicio de tarea: Observar en el aula de clase, a los niños con estas características, únicamente con el sentido de la vista.

## Sesión 2

Objetivo:

Explicar el TDA sin H y sus características.

Describir las características del TDA según el DSMIV.

Para esto se utiliza la información encontrada en el inciso 1.4.1.

Dar ejemplos con sus respectivas soluciones en el aula.

Un profesor indica a sus alumnos que se lleven su libro de ortografía a casa y realicen las páginas 5 y 6 del libro. Un niño se va a casa y olvida que tenía que llevar su libro. Al día siguiente el profesor le pregunta por que no hizo la tarea y el responde que se le olvidó su libro, el profesor le dice que puede hacerla en el receso. Durante el receso el niño tiene su libro y empieza, pero un compañero entra por su balón y el niño se pone a pensar en lo que haría si tuviera una pelota, por lo que no termina.

Para solucionar este problema se puede manejar el método de las auto instrucciones, lo cual requiere de supervisión, tiempo y dedicación. Debe de decir cada paso que se necesita para responder el libro, incluso si estos parecen lógicos. Primero en voz alta, después en voz baja y posteriormente en su cabeza. Logrando esto, el niño pone más atención en lo que hace y aprende a controlarse. Se puede implementar en toda la clase.

En este punto se da la oportunidad a los asistentes de plantear ejemplos y tratar de solucionarlos, con guía de la persona que imparte el curso.

### Sesión 3

Objetivo:

Explicar el TDA con H y sus características.

Describir las características del TDAH según el DSMIV.

Para esto se utiliza la información encontrada en el inciso 1.4.2.

Dar ejemplos con sus respectivas soluciones en el aula.

El profesor de español informa a los alumnos que deben copiar lo que esta escribiendo en el pizarrón, uno de sus alumnos se levanta y corre hacia él; el profesor le pregunta que necesita, el niño se va corriendo al lugar del material y le grita que quiere jugar.

Para ayudarlo el profesor debe conservar la calma, hacerle saber que tiene dificultades para estar sentado, poner atención en lo que hace todo el tiempo, exigirle autocontrol solo en sus posibilidades y tener paciencia.

El profesor de matemáticas pone un problema: Una tienda tiene 100 manzanas ¿Cuántas manzanas tendría si vendiera...? Antes de terminar de preguntar un niño se precipita en responder que tendría menos de 100 manzanas.

Para ayudarlo el profesor debe conservar la calma, hacerle saber que tiene dificultades para esperar su turno, poner atención en lo que hace, exigirle autocontrol solo en sus posibilidades reales y tener paciencia. Las auto instrucciones pueden ayudar en gran medida.

En este punto se da la oportunidad a los asistentes de plantear ejemplos y tratar de solucionarlos, con guía de la persona que imparte el curso.

## **Sesión 4**

Objetivo:

Explicar el TDA combinado y sus características

*Describir las características del TDA combinado según el DSMIV.*

Para esto se utiliza la información encontrada en el inciso 1.4.3.

Dar ejemplos con sus respectivas soluciones en el aula.

Un docente de matemáticas esta explicando el tema del día anterior, un alumno esta distraído, se levanta y va hacia la ventana. El profesor le pide que se siente con su monótona voz, por lo que el niño no se percata del intento del profesor por que permanezca en su lugar. ¿Qué debe hacer el profesor?

En este punto se da la oportunidad a los asistentes de plantear ejemplos y tratar de solucionarlos, con guía de la persona que imparte el curso.

## **Sesión 5**

Objetivo:

Capacitar a los docentes para detectar a los infantes con este trastorno.

Proporcionar y enseñar la aplicación de los cuestionarios. Así como, las escalas evaluativas, que servirán como pautas para la valoración de estos niños con trastorno por déficit de atención.

Comunicarles varias formas de darle a los padres esta información adecuadamente, incluyendo los lugares para su canalización profesional.

Y trabajar en conjunto, para seguir evaluando sus avances con un frente común para su mejor adaptación.

## **Sesión 6**

Objetivo:

Informar el tipo de tratamientos conjuntos necesarios para el mejoramiento del alumno, haciendo hincapié en el resultado.

Informar al docente sobre el tratamiento alópata, alternativo y psicológico.  
Para esto se utiliza la información encontrada en el inciso 1.6.

## **Sesión 7**

Objetivo:

Informar técnicas del enfoque cognitivo -conductual para el mejor aprovechamiento escolar

Proporcionar las técnicas del enfoque cognitivo conductual  
Para esto se utiliza la información encontrada en el inciso 2.2.

## **Sesión 8**

Objetivo:

Dar técnicas para el manejo y modificación de conductas inapropiadas dentro del aula y socialización adecuada de éstos niños con el grupo

Proporcionar las técnicas para el manejo y modificación de conductas inapropiadas dentro del aula y socialización adecuada de éstos niños con el grupo.

**Anexo****Anexo 1.****Cuadro 5.1. Cuestionario breve para el diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención.\***

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Año escolar \_\_\_\_\_ Llenado por \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_ Escolaridad del informante \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
 Puntos\*\* : Nunca (0). Algunas veces (1). Muchas veces (2). Casi siempre (3).

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

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

\* Criterios del DSM IV para el TDA, *The University of Georgia*, Instituto Neurológico, Universidad de Antioquia, Universidad de San Buenaventura. Cuestionario para padres (1).

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



## Anexo 2

## Escala Evaluativa Abreviada de Connors para Maestros (ATRS)

NOMBRE DEL NIÑO(A): \_\_\_\_\_

LLENADO EL: \_\_\_\_\_ MAESTRO(A): \_\_\_\_\_

Instrucciones: Sírvase considerar sólo el \_\_\_\_\_ (la) último(a) 1 (día, semana, mes) al llenar la lista de verificación. Marque el espacio que corresponda a la cantidad de actividad: Ninguna, Sólo un poco, Bastante o Mucha, que más se ajuste a su valoración del niño.

Observación	Cantidad de actividad			
	Ninguna	Sólo un poco	Bastante	Mucha
1. Inquieto o demasiado activo				
2. Excitable, impulsivo				
3. Molesta a los demás niños				
4. No termina lo que empieza - capacidad de atención corta				
5. Se mueve constantemente				
6. Distruido, su atención se desvía fácilmente				
7. Desea satisfacción inmediata de sus demandas - se frustra con facilidad				
8. Llora con frecuencia y ante cualquier situación				
9. Su estado de ánimo varía rápidamente y de manera drástica				
10. Arranques de mal genio, conducta explosiva y caprichosa				

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

## Anexo 3

### Escala Evaluativa Abreviada de Connors para Maestros (ATRS)

NOMBRE DEL NIÑO(A): \_\_\_\_\_

LLENADO EL: \_\_\_\_\_ MAESTRO(A): \_\_\_\_\_

Instrucciones: Sírvase considerar sólo el \_\_\_\_\_ (la) último(a) 1 (día, semana, mes) al llenar la lista de verificación. Marque el espacio que corresponda a la cantidad de actividad: Ninguna, Sólo un poco, Bastante o Mucha, que más se ajuste a su valoración del niño.

Observación	Cantidad de actividad			
	Ninguna	Sólo un poco	Bastante	Mucha
1. Inquieto o demasiado activo				
2. Excitable, impulsivo				
3. Molesta a los demás niños				
4. No termina lo que empieza – capacidad de atención corta				
5. Se mueve constantemente				
6. Distruido, su atención se desvía fácilmente				
7. Desea satisfacción inmediata de sus demandas – se frustra con facilidad				
8. Lloro con frecuencia y ante cualquier situación				
9. Su estado de ánimo varía rápidamente y de manera drástica				
10. Arranques de mal genio, conducta explosiva y caprichosa				

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

Por el doctor G. Keith Connors.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**Anexo 4:****Registro de Valoración del Tratamiento**

NIÑO(A):		EDAD:		MAESTRO(A):		
EDAD	ATRS CORTE EN PUNTUACION		DOSIS DE MEDICAMENTO Y PUNTUACIONES ATRS			
	VARONES	HEMBRAS	FECHA: _____ DOSIS: _____	FECHA: _____ DOSIS: _____	FECHA: _____ DOSIS: _____	
6-8	18	13				
9-11	20	14				
12-14	13	7				
15-17	13	16				

Aviso: Sirvase anotar aquí el nombre y la dosis en mg. del medicamento. Anote si se toma el medicamento más de una vez al día, así como cualquier efecto secundario observable:

**Registro de Valoración del Tratamiento**

NIÑO(A):		EDAD:		MAESTRO(A):		
EDAD	ATRS CORTE EN PUNTUACION		DOSIS DE MEDICAMENTO Y PUNTUACIONES ATRS			
	VARONES	HEMBRAS	FECHA: _____ DOSIS: _____	FECHA: _____ DOSIS: _____	FECHA: _____ DOSIS: _____	
6-8	18	13				
9-11	20	14				
12-14	13	7				
15-17	13	16				

Aviso: Sirvase anotar aquí el nombre y la dosis en mg. del medicamento. Anote si se toma el medicamento más de una vez al día, así como cualquier efecto secundario observable:

## Referencias

- ABBAGNANO Nicola, (1994) Diccionario de Filosofía. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- Aronson, M., Hagberg, B., Gillberg, C. (1997) Attention deficit and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation. A follow up study.
- Bauermeister J. J. (2000) Hiperactivo, impulsivo, distraído, ¿me conoces? Atención, Inc. San Juan de Puerto Rico.
- Berquin, P. C., Giedd, J. N., Jackbse, L. K. et al. (1998). Cerebellum in attention. Deficit hyperactivity disorder a morphometric MRI study.
- Biederman, J; Faraone, S. V., Mick, E. Spencer, I. et al. (1995), High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study, en Am. J. Psychiatry, 152:431-435.
- Bird, H. R., Canino G.; Rubio Stipeck, M., (1988). Estimates of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico.
- Brent, D. A., Crumrine, P.K., Varma, R. R. et al., (1987), Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy, en Pediatrics, 80: 909-917.
- CAMÍ Jordi (1996), Psicoestimulantes. Ed. Aguilar, Madrid.
- Cantwell, D.P. (1996). Classification of child and adolescent psychopathology.

- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care.
- Cruickshank W., (1992) El niño con daño cerebral, en la escuela, en el hogar y en la comunidad, Editorial Trillas, México.
- Cruz M. P., (2001) El niño con trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Propuesta de un manual para padres y maestros, Universidad Autónoma de México, México.
- Desn Galler, J. R. Ramsey, F. Solimano, G. et al. (1983). The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development, II: Classroom behavior.
- DSM IV. (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Editorial Masson, España,.
- Elia, J; Gulotta, C.; Rose, S. R. et al., (1994) Thyroid function and attention- deficit hyperactivity disorder.
- ENCICLOPEDIA HISPÁNICA, (2004) Editorial Barsa Planeta,.
- ENCICLOPEDIA LEXIS 22, (1980) Tomo 13. Ed. Biblograf, España.
- Esser, G., Shmidt, M. H. Woerner, W., (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children: results of a longitudinal study.
- Faraone, S.V. (1996) Discussion of: Genetic influence of parent-reported attention – related problems in a Norwegian general population twin sample.

- Ferriero, D. M. Demsey, D. A. (1999) The impact of addictive and harmful substances on fetal brain development.
- Flick G. ADD/ADHD, (2000) Cambio de comportamiento, estrategias y actividades Tomo 2, México.
- Flick G. ADD/ADHD, (2000) Cambio de comportamiento, estrategias y actividades Tomo 3, México.
- Galindo G., (1996) Trastorno por Déficit de Atención y Conducta Disruptiva Editorial Cras, México.
- García y Alcántara D. (1989) Aportaciones de la aproximación cognitiva conductual al tratamiento de la hiperactividad en niños, Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de México, México.
- García D. (1998) Las autoinstrucciones como alternativa de tratamiento para niños hiperactivos con Déficit de Atención. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de México, México.
- Gerring, J. P., Brady, K. D., Chen, A., Vasa, R, Grados, M., Bandeen Roche, K.J. Bryan, R. N. Denckla, M. B. (1998). Premorbid prevalence of ADHD and development of secondary ADHD after closed head injury.
- GRATCH Luis Oscar, (2001) El Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD), clínica diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Ed. Médica Panamericana, Argentina.

- Hauser, P; Zametkin, A.J. Martínez, P. et al; (1993) Attention déficit hyperactivity disorder in people with generalizaed resistance to thyroid hormone en N. Eng. J. Med.
- Juarez Ramirez, Silvia Oralia (2004), Una propuesta a padres par mejorar la autoestima en niños con trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad. Tesina de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kaplan H. y Sadock B., (1987) Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat, España.
- Kirby G., (1992) Trastorno por déficit de atención. Editorial Limusa, México D. F.
- Lazar, J. W. Frank, Y; (1998) Frontal systems dysfunction in children with attention- deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities, en J. Neuropsychiatry Clm. Neurosci. Primavera, 10: 160-167.
- Lou, H. (1996) Etiology and pathogenesis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Significance of prematurity and perinatal hypoxic- haemodinamie encelopathy.
- Martínez C. y Pérez Gil., (2003) Aprender a vivir con TDAH. Editorial Grupo Norma, México.
- Millberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V. et al. (1997) ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents.
- Núñez P. (2000) La relajación y las autoinstrucciones en la respuesta de impulsividad en el niño con trastorno de atención deficiente con

hiperactividad, Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de México, México.

- Orjales I., (1995) Déficit de atención con hiperactividad, Editorial Cepe, Madrid.
- PAPALIA Diane E., WENDKOS OLDS Sally, (2000) Psicología. Ed. Mc Graw Hill, México.
- Partin B., Language disorders across the lifespan. Singular Publishing Group, inc. California, USA. 1999.
- PHARES E. Jerry, (2000) Psicología Clínica, conceptos, métodos y práctica. Ed. El Manual Moderno, 2ª Edición México.
- Pineda, D. A. Kampaus, R. W., Mora, M. O. et al. (1998) Estandarización de la escala para padres del Sistema de Evaluación Multidimensional de los Comportamientos de los niños (BASC).
- Rief S. (2000) Lista de evaluación ADD / ADHD (orientación y técnicas para apoyar a maestros y padres) Tomo I.
- Roeltgen, D. P., Schneider, J.S. (1991) Chronic low- dose MPTP in nonhuman primates: a possible model for attention deficit disorder.
- Schneider, M. (1990) Turtle technique in the classroom. Teaching Exceptional Children.
- Shaffer Davis R., (2000) Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia. Internacional Thomson editores, 5ª Edición, México.



- Shroyer, C. y Zentall, S. S. (1986): effects of rate, no relevant information, and repetition on the listening comprehension of hyperactive children.
- Swanson, J. M. Sunohara, G. A. Kennedy, J.L. Regino, R., Fineberg, E. et al. (1998). Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a family- based approach.
- VAN-WIELINK Guillermo, (2004) Déficit de atención con Hiperactividad. Ed. Trillas, 2ª Edición México Febrero.