

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Psicología

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL
SOBRE LA AUTOESTIMA EN NIÑOS CON TRASTORNO
POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADOS EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ARELLANO RAMIREZ OCTAVIO
ASTORGA ALPIZAR MARTHA ALICIA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

REVISORA DE TESIS: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

SINODALES: LIC. RICARDO DIAZ GUTIERREZ

MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1	5
EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD	5
1.1 Historia	5
1.2 Inatención	12
1.3 Hiperactividad	16
1.4 Impulsividad	18
1.5 Síntomas secundarios	20
1.5.1 Problemas conductuales	20
1.5.2 Problemas académicos	22
1.5.3 Síntomas emocionales	23
1.5.4 Síntomas físicos	26
CAPITULO 2	28
LA AUTOESTIMA	28
2.1 Definiciones de autoestima	28
2.2 La autoestima en los niños	32
2.2.1 Antecedentes del tratamiento de la baja autoestima en niños con TDA-H en México	35
CAPITULO 3	38
TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TDA-H	38
3.1 Aproximación cognoscitivo-conductual	38
3.1.1 La modificación de conducta	38
3.1.2 Autoinstrucciones	39
3.1.3 Modelamiento	41
3.1.4 Terapia racional emotiva	42
3.1.5 Creencias irracionales	42
3.1.6 Sistema de Economía de fichas	43
3.1.7 Tiempo fuera	44
3.2 Tratamiento Farmacológico	44
METODO	47
Planteamiento del problema	47
Justificación	47
Objetivos	50
Hipótesis	50
Tipo de diseño	51
Variables	51
Definición conceptual de variables	51
Definición operacional de variables	52
Sujetos	53
Tipo de estudio	53
Instrumentos	54
Materiales	56

Procedimiento	57
RESULTADOS	66
Resultados obtenidos con la prueba de Autoestima para niños	71
Resultados obtenidos con la prueba DRPP	76
Resultados obtenidos con la prueba de Conners	81
DISCUSION Y CONCLUSIONES	88
LIMITACIONES	100
SUGERENCIAS	102
REFERENCIAS	104
ANEXOS	109

RESUMEN

La baja autoestima en los niños que padecen TDA-H es muy frecuente debido a que los síntomas del trastorno provocan que constantemente sean castigados, rechazados, marginados y etiquetados dentro de su entorno abarcando las áreas más importantes que son la familiar, escolar y social. La autoestima en los niños puede ser definida como la evaluación de la información contenida en el autoconcepto (percepción de uno mismo) y procede de los sentimientos del niño acerca de todo lo que es, la autoestima es entonces la combinación objetiva sobre uno mismo y la evaluación subjetiva de dicha información, por lo que es también producto de la discrepancia entre la percepción de uno mismo y el ideal de uno mismo, si existe una gran discrepancia se produce una baja autoestima y una escasa discrepancia es indicador de una alta autoestima, por lo que en los niños con TDA-H la discrepancia es alta.

El presente trabajo se trató de un estudio en donde se realizó una intervención terapéutica con un enfoque cognoscitivo-conductual sobre la baja autoestima de los niños con TDA-H, para lo que se realizó un programa con dibujos que incluyó las técnicas de autoinstrucciones, modelamiento y autorreforzamiento, se intentó que los dibujos fueran llamativos para conseguir que se mantuviera la atención en el programa durante los 20 minutos de duración del mismo.

El programa para la autoestima se implementó en los últimos 20 minutos de la sesión de terapia psicopedagógica que duraba 60 minutos, cabe mencionar que además de esta intervención los niños estaban iniciando también con tratamiento farmacológico.

De un total de 102 niños pertenecientes a un consultorio privado y con características previamente determinadas se eligió a 30 niños para conformar el grupo experimental y para el grupo control (15 y 15), para el grupo comparativo se eligió a 15 niños que nunca habían sido diagnosticados y sin tratamiento alguno.

Los examinadores hicieron dos mediciones, una antes y otra después de implementar el programa para la autoestima para lo que se utilizaron las pruebas de Autoestima para niños de Pope, McHale y Craighead, el Sistema de Detección y Referencia de los Problemas de los niños de Primaria de Sánchez (DRPP) , y la Escala Revisada para Padres de Conners(CRSP-R).

Se compararon los resultados de cada una de las pruebas utilizadas en las dos mediciones utilizando la prueba de Muestras independientes de Kruskal Wallis después la U de Mann Withney y por último la prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon con el fin de observar los efectos que el programa tuvo.

Se concluyó que se acepta la hipótesis alterna ya que el programa cognoscitivo-conductual para la autoestima produce cambios significativos por lo que tiene un efecto en la autoestima. Debido a los análisis estadísticos realizados se puede concluir también que el efecto es favorable y la autoestima de los niños con TDA-H del grupo experimental aumentó. Con el análisis de los otros instrumentos utilizados también se encontró que las diferencias que se ven en el pretest se mantienen en el postest por lo que se percibe poca mejoría de los síntomas con el tiempo de tratamiento psicopedagógico y farmacológico en ambos grupos.

La finalidad de esta investigación fue aportar un elemento terapéutico como alternativa para el tratamiento de la baja autoestima de los niños con TDA-H.

INTRODUCCION

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una de las causas más comunes por las que se refiere a un niño a los servicios de salud mental, la prevalencia es variable pero de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) del 3 al 5 por ciento de los niños padecen este trastorno (Greenberg & Horn, 1991; Orjales, 1999), en este manual se define al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad como "un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, el cual es más frecuente y grave de lo observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar". En su revisión histórica del TDA- H Mardomingo (1994) cita la definición que Barkley propuso en 1987 de manera textual: "Hiperactividad es un trastorno en el desarrollo de la atención, control de impulsos y la conducta gobernada por reglas (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que surge en el desarrollo temprano, es significativamente crónico y afecta todas las áreas de funcionamiento, no se atribuye a retardo mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o desórdenes emocionales severos".

Varios autores (Barkey, 1987; Benjumea & Mojarro, 1992; Mardomingo, 1994; Orjales, 1999; Alves, 2000; Bauermeister, 2000; Ruíz, 2004) coinciden en sus definiciones del trastorno tomando en cuenta los siguientes síntomas: lapsos cortos de atención, hiperactividad e impulsividad como síntomas principales, además de baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad, los berrinches y las dificultades en las relaciones sociales como características conductuales adicionales que acompañan a los síntomas principales en la mayoría de los casos.

Las definiciones que las diversas corrientes psicológicas le han dado a la autoestima en su mayoría coinciden en señalar que por un lado cuenta la evaluación y valoración que la

persona se da a sí misma de acuerdo a cómo percibe sus capacidades y actitudes y por el otro lado lo que percibe de los demás; así, de ambas percepciones el sujeto hace una interpretación otorgándose un valor positivo o negativo de sí mismo; es decir, un juicio personal (Verduzco, 1992; Caso, 1999).

En cuanto a la autoestima en los niños varios autores tales como Pope, Mc Hale & Craighead, 1988 y Coopersmith, 1967 señalan que parece ser importante el medio en el que se desenvuelve un niño en donde la presencia de los padres y los amigos o compañeros es esencial para el adecuado desarrollo de la misma. Ahondando en la relación con los padres, se ha observado que en la medida en que el niño se siente aceptado o ignorado en lo que hace en esta medida el se aceptará o rechazará a sí mismo, los padres constituyen el primer punto de referencia y fungen como un reflejo para que el niño se forme una imagen positiva o negativa de sí mismo. En otras palabras, la autoestima puede entenderse como el conjunto de sentimientos y creencias que las personas tienen y que se encuentran relacionados con sus valores, capacidades y habilidades para enfrentar y superar obstáculos, dichos sentimientos y creencias giran en torno a si son capaces o no, si se consideran personas buenas o malas, listas o tontas y también si merecen o no ser queridas (Bauermeister, 2000).

Los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienden a desarrollar una baja autoestima debido a que los síntomas propios del trastorno afectan de muchas maneras el concepto que tienen de sí mismos por los constantes regaños, llamadas de atención y el rechazo que pueden sentir de sus compañeros y de los adultos, incluyendo a los padres y maestros; dichas experiencias se traducen en fracasos constantes y más frecuentes que en otros niños la cuales se van acumulando poco a poco y como señala Orjales (1999) se va desarrollando un sentimiento de indefensión; en otras palabras, el niño

con TDA-H siente la falta de control de los efectos de su comportamiento sobre la realidad: "yo me esfuerzo, pero no veo que esto me lleve al éxito, haga lo que haga fracaso", este pensamiento contribuye notablemente a la formación de una baja autoestima. Por lo antes expuesto ahora se sabe que el niño con TDA-H a menudo no obtiene los logros que se esperan de ellos, los critican y castigan con frecuencia, los compañeros no quieren jugar con ellos o no los invitan a las fiestas o que están fracasando en la escuela por lo que el propósito del presente trabajo fué evaluar los efectos de un programa con el enfoque cognoscitivo-conductual sobre la autoestima de los niños con TDA-H, para dicho propósito previamente se elaboró un programa usando las técnicas de autoinstrucciones, autorrefuerzo y modelamiento con dibujos para ayudar al niño a modificar las percepciones y pensamientos equivocados que trae consigo el tener una baja autoestima modificándolos por otros positivos utilizando el autorrefuerzo cuando el niño logre la sustitución de manera satisfactoria. El programa estuvo constituido por 10 sesiones las cuales se llevaron a cabo en dos mediciones: una antes de comenzar el programa y otra al finalizar el programa; estas mediciones incluyeron los siguientes instrumentos: el Sistema de Detección y Referencia de los problemas de los niños de primaria (DRPP) (Sánchez, 1994), la Escala Revisada de Conners para Padres (CPRS-R) (Conners, 1997) y la Prueba de Autoestima de Pope, Craighead y Mc Hale validada y estandarizada para su uso con población mexicana por Caso (1999).

En los siguientes capítulos se hizo una revisión de la literatura acerca de la historia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, de la autoestima y el abordaje del enfoque cognoscitivo-conductual en cuanto al tratamiento del trastorno.

CAPITULO 1

EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

1.1 Historia

Actualmente existen muchas referencias de individuos que presentaban serios problemas de atención, hiperactividad y pobre control de impulsos desde antes del siglo XX como se verá a continuación en la revisión de la historia de este trastorno. Para comenzar, Shakespeare hizo referencia a los problemas de atención en uno de sus personajes en su obra *El Rey Enrique VIII* (Mash, 1996). Stewart (1970) hizo una descripción posterior de un niño hiperactivo cuando en 1985 Hoffman, psiquiatra alemán en unas viñetas para cuentos infantiles describe este tipo de conducta en un niño que llama "*Fidgety Phil*" (Grau, 2000) o "*Zappel Philips*" (Benjumea & Mojarro, 1992; Alves, 2000), que en español significa "*Felipe el travieso*". Más tarde, William James (1890) en sus *Principios de Psicología* describe algo que él llama una variante normal de carácter llamada "voluntad explosiva" en donde se habla de las dificultades experimentadas por quienes padecen lo que hoy llamamos TDA-H. Pocos años después se habló de otra descripción, la de Bouneville (1896), él observó a un grupo de niños que se caracterizaban por presentar intranquilidad, por tener conductas destructivas y el escaso control de impulsos, a este conjunto de síntomas lo denominó con la expresión de "niño inestable" (Mardomingo, 1994), tales síntomas incluían intranquilidad y destructividad, además de poca capacidad para controlar sus impulsos (Benjumea & Mojarro, 1992). Alves (2000) destaca otra de las primeras descripciones del trastorno hecha por el escritor francés Jules Renard a finales del siglo XIX en la obra "*Poil de carotte*", se trata de una descripción semiológica y clínicamente muy importante ya que se refiere a los aspectos personales, ambientales, escolares, familiares y evolutivos que acompañan a una persona con trastorno por déficit de atención;

Alves (2000) también destacó la poca mención que se hace en la literatura de este antecedente.

A partir de que este constructo comenzó a estudiarse ha sufrido muchos cambios, que comprenden el concepto del síndrome, los criterios diagnósticos y las recomendaciones terapéuticas; todos ellos dieron la pauta para llegar a lo que hoy en día se sabe sobre el trastorno. Como se mencionó antes, se tiene conocimiento de que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad fue descrito por primera vez por un médico alemán llamado Heinrich Hoffman en 1845 (Mash, 1996). Pero también varios autores (Benjumea & Mojarro, 1992; Mardomingo, 1994; Mash, 1996; Solloa, 1999; Joselevich, 2000) coinciden en que posteriormente fue Still en 1902 quien agrupó por primera vez los síntomas del trastorno haciendo una descripción más exacta de los síntomas más típicos es decir, la hiperactividad, la dificultad de aprendizaje, atención deficiente y trastornos de conducta; también observó que se daba preferentemente en varones, aunado esto a la presencia de factores familiares como el alcoholismo, conductas criminales o depresión en los parientes biológicos, por lo que le atribuyó una etiología principalmente orgánica, aunque también afirmó la influencia de los factores medioambientales; todos los síntomas antes mencionados quedaron englobados bajo el término de "defectos en el control moral".

Sancte de Santis en 1923 consideró no sólo el componente orgánico del trastorno sino también el origen psicológico al afirmar: "el síndrome de la inestabilidad es la expresión de los conflictos de la personalidad en formación" (Benjumea & Mojarro, 1992).

Continuando con la historia del trastorno se tomará parte de la revisión exhaustiva que hacen los autores Benjumea y Mojarro (1992) y Mardomingo (1994) ya que coinciden en muchos puntos, en tales revisiones incluye a Hohman (1922) y Ebaugh (1923), quienes observaron a un grupo de niños después de una encefalitis letárgica, que presentaban un

cuadro clínico residual con hiperactividad, impulsividad, labilidad del humor y conductas antisociales, y se le atribuía a una lesión del tronco cerebral, además de indiferencia, exhibicionismo, precocidad sexual, hipersomnias y reacciones histéricas. Strauss y Werner (1941) en los Estados Unidos contribuyeron a que se creara la denominación de "síndrome por daño cerebral mínimo" refiriéndose a un grupo de niños con hiperactividad, distractibilidad, impulsividad y retraso mental (Mardomingo, 1994).

Brandley en 1937 hizo un descubrimiento de gran trascendencia en un grupo de niños con hiperkinesia y distractibilidad al usar anfetaminas por primera vez dentro del tratamiento y ver que estos niños tenían un efecto paradójico a los estimulantes (Benjumea & Mojarro, 1992).

El término que estableciera Clements en 1966, de "disfunción cerebral mínima" prevaleció por muchos años describiendo una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos Neurológicos con 10 características en orden de mayor a menor frecuencia (Solloa, 1999):

- 1) Hiperactividad
- 2) Dificultades perceptomotoras
- 3) Labilidad emocional
- 4) Déficit en la coordinación general
- 5) Desórdenes de atención (lapsos de atención cortos, distractibilidad y perseverancia)
- 6) Impulsividad
- 7) Desórdenes de la memoria y el pensamiento
- 8) Problemas de aprendizaje en lectura, aritmética, escritura y ortografía
- 9) Dificultad del habla y audición
- 10) Signos neurológicos equívocos e irregularidades neurológicas

Como la descripción era vaga e inespecífica era fácil que cualquier niño con problemas de aprendizaje entrara aquí (Solloa, 1999) así como los casos que no sabían en donde colocar (Mardomingo, 1994). Es importante destacar que el uso del término disfunción implicaba la existencia de una alteración neuroquímica o neurofisiológica y no existía necesariamente un daño cerebral localizado, sino más bien "signos blandos" en el examen neurológico y anormalidades inespecíficas en el electroencefalograma (Benjumea & Mojarro, 1992; Bernardo de Quirós, 2000). Por lo que se concluye que el término de disfunción cerebral mínima fue considerado útil por algunos autores, aunque otros consideraron que no contribuyó a una mejor comprensión del problema por tratarse de un término vago, sobreinclusivo, de poco o ningún valor pronóstico y sin evidencia neurológica por lo que poco a poco se le fue abandonando, sin embargo, despertó el interés por nuevos métodos educativos y terapéuticos (Solloa, 1999, Bernardo de Quirós, 2000).

En 1968, con la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-9) y de la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-II de la APA), se cambió el término de Disfunción Cerebral Mínima por el de "reacción hiperkinética en la niñez" definido de la siguiente manera: "Este síndrome se caracteriza por sobreactividad ("restlessness"), distractibilidad ("short attention span"); especialmente en niños pequeños. Esta conducta usualmente disminuye en la adolescencia. Si esta conducta es causada por daño orgánico cerebral, debe ser diagnosticada bajo el síndrome cerebral orgánico, no psicótico apropiado" (Mash, 1996).

Más recientemente los clínicos y educadores de Norteamérica y Europa han conceptualizado al trastorno de manera diferente. En Norteamérica estos niños son

colocados en el diagnóstico de TDA-H como un desorden del desarrollo, mientras que en Europa es visto como un problema de conducta, una perturbación conductual, que nace de una disfunción familiar o una desventaja social (Mash, 1996).

En el DSM-III ya se distinguían dos tipos de Trastorno por déficit de atención: aquellos que presentaban hiperactividad y aquellos que no la presentaban. A partir de esta distinción, diversos autores (Barkley & Mc Murray, 1990; Carlson, 1986; Goodyear & Hynd, 1992) mencionan su importancia, además de que conduce a pensar que el TDA sin hiperactividad y el TDA con hiperactividad eran dos desórdenes diferentes que compartían la dificultad para mantener la atención (Mash, 1996).

Posteriormente, en el DSM-III-R (APA, 1987) recibió el nombre de "Trastorno por déficit de atención, hiperactividad (TDAH)" incorporando en una sola lista los tres síntomas principales (falta de atención, hiperactividad e impulsividad) con un solo umbral especificado para el diagnóstico y con un apartado de TDA sin hiperactividad que indicaba investigación insuficiente para guiar la construcción de criterios diagnósticos (Mash, 1996). Durante esta misma década Barkley sostuvo la hipótesis de que la clase de conducta del ser humano iniciada y sostenida por reglas y apoyo del lenguaje llamada por los conductistas como Hayes (1989) y Skinner (1953) "conducta gobernada por reglas" podría estar impedida en estos niños. Investigaciones en la década de los 80's y 90's condujeron a crear dos listas separadas de puntos a considerar para el TDA-H cuando se publicó el DSM-IV en 1994. Una de ellas era para la inatención y la otra para la conducta hiperactiva-impulsiva. Al establecer nuevamente la lista de síntomas de inatención se permitía el diagnóstico de un subtipo de TDA-H que consistía principalmente en describir un problema de atención. Esto permitió por primera vez la distinción de un subtipo de TDA-H que se caracterizaba principalmente por la conducta hiperactiva-impulsiva sin problemas de atención

significativos y otro en donde los problemas de atención eran el síntoma principal; además hay otra sección en donde se presentan los síntomas de ambos apartados y se le llamó TDA-H tipo combinado (Mash, 1996).

Por último, es importante mencionar que con el paso de los años se fueron perfeccionando las evaluaciones neuroquímicas, por imagen, genética, neurofisiológica, epidemiológica y neuropsicológica que han dado sustento al TDA-H tal y como se le conoce hoy en día (Ruíz & Sánchez, 2004).

La historia del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad queda cronológicamente resumida en el cuadro 1:

Cuadro 1

Hoffman (1945)	"Zappel Philipp"
Bourneville (1897)	"Niño inestable"
Still (1902)	"Defecto de control moral"
Tredgold (1908)	Deficiencia mental
Hoffmann (1922)	"Síndrome postencefálico"
Streker y Ebaugh (1925)	Por traumatismo cerebral
Kahn y Cohen (1934)	Síndrome de impulsividad orgánica
Bender (1942)	Síndrome postencefálico: Reacción de la personalidad de tipo psicopático con hipercinesia.
Strauss (1947)	Lesión cerebral mínima
Gollnitz (1954)	Psicosíndrome orgánico
Laufer y Cols. (1957)	Síndrome hiperquinético o trastorno del impulso hiperquinético
Clements y Peters (1957)	Disfunción cerebral mínima
DSM-II (1968)	Reacción hipercinética
CIE-9 (1978)	Síndrome hipercinético
DSM-III (1980)	Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad
DSM-III-R (1988)	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
CIE-10 (1992)	Trastorno de actividad y atención Trastorno hipercinético disocial
DSM-IV (1994)	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Tipo combinado

	Tipo con predominio de inatención Tipo con predominio de impulsividad-hiperactividad
--	---

Tomado de: Benjumea & Mojarro, 1992 (pp.799)

En la Edición Revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (2002) no se modifica la clasificación de la versión anterior de dicho Manual, a continuación se presentan los criterios diagnósticos para el Trastorno por Déficit de Atención:

A. (1) o (2)

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

Desatención

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

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

Hiperactividad

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

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
 - (g) a menudo tiene dificultades para guardar turno
 - (h) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela o en el trabajo y en la casa)
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

1.2 Inatención

En primer lugar es importante mencionar que la atención significa el inicio del procesamiento de la información que entra por los sentidos, en el desarrollo inicia con el reflejo de orientación al fijarse en un estímulo e inhibir lo demás que resulta irrelevante, posteriormente se van desarrollando en el niño distintos tipos de atención hasta llegar a la edad adulta, Barragán (2004) propone los siguientes:

1. Estado de alerta.

2. Atención enfocada: dependiendo del estímulo que reciba la atención se estimula o se inhibe.

3. Atención sostenida: que es la habilidad para mantener la atención por periodos prolongados o por el tiempo necesario para cumplir con una tarea determinada.

4. Atención selectiva: que es la capacidad para atender a un estímulo relevante en presencia de otros estímulos poco significativos.

5. Atención funcional: significa el grado y calidad de la atención.

La inatención consiste en la incapacidad para mantener la atención o responder a las tareas escolares, otros trabajos, o actividades de juego, por períodos de tiempo esperados en niños de su edad, además de que no siguen reglas o instrucciones (Hernández, 2000). El comportamiento inatento también involucra la falta de orientación precisa hacia una tarea relevante o aburrida pero obligatoria como las clases de matemáticas o de español, la falta de decisión y motivación para mantenerse en un estímulo determinado y la falta de atención sostenida en una tarea relevante y por el contrario se observa un cambio frecuente de actividades (Barragán, 2004). Los padres constantemente reportan que no ponen atención en lo que se les dice, que pasan de una actividad a otra. Como señala Weiss (1996) también en estos reportes se menciona que estos niños en unas situaciones no son capaces de mantenerse atentos y concentrados por el tiempo que la actividad requiere y en otras situaciones pueden pasar horas jugando, dibujando o construyendo con bloques, por citar algunos ejemplos. Lo anterior sugiere que la atención puede fijarse y mantenerse cuando el sujeto se encuentra interesado o motivado; en contraste, cuando las actividades le parecen rutinarias o monótonas no atiende (Wicks-Nelson, 1997), desde 1991 Greenberg & Horn señalaban que estos niños pudieran tener mayor dificultad para automotivarse a llevar a cabo satisfactoriamente tareas que les parecen poco interesantes. Hernández (2000)

coincide en lo anterior y además señala que estas actividades suelen ser las que les demandan esfuerzo mental y que les parecen desagradables, entonces las evitan, este hecho tendría su explicación en el defecto que tienen estos niños al no esperar por gratificación y refuerzo ya que ambos tienen que ser entregados de inmediato, es decir, presentan gran dificultad para inhibir sus respuestas, al no llegar la gratificación su tendencia será responder repentinamente y si las tareas a realizar les parecen aburridas o difíciles no se les encontrará con la alerta suficiente, decayendo de esta forma la atención (Benjumea & Mojarro, 1992).

En las dos últimas décadas se le ha dado énfasis a la atención sostenida o continua ya que se ha demostrado que estos niños poseen un déficit relacionado con la misma. La atención sostenida se define como la capacidad de mantener la atención ante un mismo estímulo durante un tiempo prolongado (Orjales, 1999), este tipo de atención posee tres mecanismos que ayudan a sostenerla: el primero sería el mantenerla en el tiempo, el otro se encargaría de organizarla y autodirigirla y el tercero es la cantidad de esfuerzo que se invierte. Estos niños presentan más errores de omisión y comisión en comparación con niños que no tienen el trastorno y sus medidas de latencia de respuesta son más bajas también (Benjumea & Mojarro, 1992). En relación con este tema, Douglas (1988) resumió su trabajo con la hipótesis de que los niños con TDA-H tienen un déficit generalizado en la autorregulación la cual afecta la organización en el procesamiento de la información, la movilización de la atención en el procesamiento de la información y la inhibición de respuestas inapropiadas en las modalidades visual, auditiva, motora y perceptual motora. Esta investigadora dice en su formulación que la manera como se organiza el procesamiento de la información abarca la planeación, la función ejecutiva, la metacognición, la regulación de la vigilia y el alertamiento (que se refiere al despliegue de

los recursos atencionales en relación con la demanda requerida para realizar una tarea determinada, incluyendo el mantenimiento de la atención todo el tiempo que se requiera) y el automonitoreo (Cicchetti y Cohen, 1995). La serie de procesos cognitivos antes mencionados quedan englobados en el término de funciones ejecutivas y según muchas investigaciones recientes se encuentran alterados en los niños con TDA-H, manifestándose en la mayoría de los casos al entrar a la adolescencia. Las funciones ejecutivas se encuentran conformadas por otras unidades funcionales estrechamente relacionadas con la atención y la concentración y comprenden volición, planeamiento, una acción propositiva, autorregulación del comportamiento, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo (Galindo, 2004). Incluida dentro de las funciones ejecutivas y como parte del funcionamiento del lóbulo frontal se encuentra la habilidad para mantener un grupo apropiado de reacciones que permitan resolver una tarea y modificarla si así se requiere, en el TDA-H se identifica un déficit en esta habilidad llamado perseverancia que implica una reacción o una unidad de conducta contextualmente inapropiada y que se repite sin intención, relacionada con esta inhabilidad está la perseverancia relacionada con la falta de flexibilidad cognitiva (indispensable para desarrollar las operaciones necesarias para solucionar la mayoría de los problemas) y cuyos signos clínicos más comunes son la repetición de la respuesta, la rigidez conceptual, la inhabilidad para utilizar la retroalimentación externa con el objeto de guiar la conducta y la perseverancia por adherencia a una estructura (Galindo, 2004).

Lo anterior facilita la comprensión de la conducta del niño con TDA-H así como la diversidad de motivos por los que su autoestima se va deteriorando.

También se ha demostrado un déficit en la atención selectiva que se define como la capacidad de seleccionar un estímulo entre otros, el niño con TDA-H presenta dificultad entonces para centrarse en la información relevante ignorando la información irrelevante de

una tarea determinada, mantener la atención bajo estas condiciones durante un periodo de tiempo prolongado le requiere mucho esfuerzo al niño y aumentan las probabilidades de que abandone la tarea. Otra dificultad es que estos niños no pueden establecer correctamente un orden de prioridades entre los estímulos que se les presentan (Orjales, 1999) por eso, entre más información irrelevante esté presente dentro de las tareas a realizar más dificultades presentará y tendrá menos probabilidades de llevarla a cabo correctamente.

La conducta desatenta de los niños con TDA-H queda resumida en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Descripción de la conducta desatenta en los niños con TDA-H

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">◦ No termina las tareas que empieza.◦ Comete muchos errores.◦ No se centra en los juegos.◦ Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.◦ Tiene dificultades para organizarse.◦ Evita las tareas que requieren esfuerzo.◦ Muy a menudo pierde cosas que necesita (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o ropa).◦ Se distrae con cualquier cosa.◦ Es muy descuidado en las actividades. |
|---|

Tomado de: Orjales, 1999, pp.36.

1.3 Hiperactividad

Según Taylor (1986) se abusa de la palabra hiperactividad en los niños ya que suele utilizarse casi de la misma forma para referirse a conducta o temperamento, también a algún tipo de desviación, síndrome, enfermedad y suele aplicarse también para referirse a agresión, conducta antisocial, falta de control de impulso y poca concentración (Benjumea & Mojarro, 1992).

Greenberg y Horn (1991) señalan que existe controversia acerca de la presencia de hiperactividad en estos niños, mencionan que en algunas investigaciones se ha encontrado

que no todos los niños con TDA-H son hiperactivos crónicos ni todos los niños con TDA-H presentan hiperactividad en todas las situaciones, es decir, cuando se presenta la actividad es casi siempre en situaciones de grupo en donde se demanda atención y concentración además de una conducta poco impulsiva, el ejemplo más claro es dentro del salón de clases en donde el niño no puede permanecer sentado y también a la hora de la comida, durante viajes en automóvil, en la iglesia, etc. Sin embargo, al poner a estos niños junto con otros en situaciones poco estructuradas, como juegos la hiperactividad no es notable o en situaciones novedosas en las que la hiperactividad disminuye hasta que la situación se vuelve familiar para el niño, por lo que estos autores proponen que este síntoma se puede presentar con frecuencia pero no ser esencial dentro del trastorno.

Por otro lado hay niños con TDA-H que si presentan problemas de actividad motora en exceso y de actividad inoportuna. Se reporta que no paran de moverse, son inquietos, nerviosos e incapaces de estar sentados sin moverse (Wicks-Nelson, 1997). Otros autores los describen como niños que se encuentran en movimiento constantemente, no pueden permanecer sentados, son impacientes, hablan mucho y se mueven excesivamente, es decir, su conducta suele ser caótica y aparece desde temprana edad en los niños (Benjumea & Mojarro, 1992; Mash, 1996). Por lo anterior, quienes conviven con el niño aceptan que al final del día terminan "exhaustos" y que el trato con ellos es "desgastante" para los padres, por otro lado parece que no pueden permanecer callados, son muy demandantes, su elocución tiende a ser desorganizada y a veces el que escucha no entiende su propósito (Galindo, 1996). La consecuencia de lo mencionado anteriormente es que su manejo resulta muy difícil para los padres. Además, cuando la conducta hiperactiva es exagerada llega a interferir notablemente con el aprendizaje escolar y, como se ha visto deteriora las

relaciones con el entorno, como compañeros, maestros, familia y demás amigos y otros familiares (Orjales, 1999).

Benjumea & Mojarro (1992) proponen el abordaje de la hiperactividad a partir de dos niveles, uno es la cualidad y cantidad de la hiperactividad (cuantitativamente los niños hiperactivos hacen más movimientos en comparación con los controles normales) y el segundo es la variabilidad de la misma, dependiendo de las situaciones a las que se enfrenten (se ha correlacionado a la hiperactividad con distintos campos como la escuela, la casa, el juego, etc). En cuanto a los niveles de hiperactividad, Barragán (2004) propone que la hiperactividad puede manifestarse de diferentes maneras: movimientos imperceptibles como mover un pie o estar golpeando la mesa con el dedo, movimientos de coordinación motora gruesa que consisten en inquietud y movimientos dudosamente propositivos persistentes y por último, verborrea que se manifiesta a través de habla excesiva, rápida y con múltiples tropiezos.

La hiperactividad suele estar presente durante toda la infancia y al llegar a la adolescencia disminuye notablemente sustituyéndose por una sensación interna de inquietud mientras que un elevado porcentaje (70%) aproximadamente sigue presentando inatención e impulsividad (Bernardo de Quirós, 2000).

Las conductas hiperactivas más frecuentes se resumen en el cuadro 3.

Cuadro 3. Resumen de conductas hiperactivas frecuentes.

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

Tomado de: Orjales, 1999, pp. 39.

1.4 Impulsividad

Se puede definir como una deficiencia en la inhibición de la conducta, manifestada como "actuar sin pensar", esto es, el niño entra de lleno a resolver problemas sin antes planear como hacerlo (Wicks-Nelson, 1997). Se observa a través de la conducta impaciente, los niños son incapaces de esperar turnos o de respetar reglas de juego. Son bruscos, es frecuente que interrumpen la conversación o actividad de los demás. Inician una tarea antes de que se les indique o se les termine de dar la instrucción correspondiente, no cuidan sus pertenencias en general. Es importante señalar que debido a esta impulsividad no miden el peligro y se ven envueltos en accidentes con frecuencia al grado de que algunos padres los describen como niños "propensos a accidentes" (Greenberg & Horn, 1991; Galindo, 1996). También parecen ser incapaces de frenar su conducta y demorar la gratificación (Wicks-Nelson, 1997). Por si fuera poco, hacen comentarios fuera de lugar y no atienden a las reglas o instrucciones que se les dan (Hernández, 2000), esto provoca que sean criticados y castigados con mayor frecuencia que otros niños.

Benjumea & Mojarro (1992) proponen dos tipos de impulsividad:

El primero se refiere a la impulsividad relacionada con la cognición, Kagan lleva a cabo una clara descripción del concepto en 1964 bajo el término de "reflexivo contra impulsivo" y se refiere a que una persona comúnmente se detiene a reflexionar y buscar las posibles soluciones a un problema determinado antes de emitir la respuesta, los niños impulsivos hacen todo lo contrario, es decir, responden rápida e invariablemente de manera incorrecta a un problema, traduciéndose esto como una falla en la capacidad de detenerse y pensar antes de responder, fallan en tareas que requieren "detenerse, mirar y escuchar", se detecta a través de pruebas o tests llamados de ejecución continua como el "Matching Familiar Figures (MFF)" donde se ha encontrado que estos niños tienen más errores en comparación

con controles normales y psiquiátricos. El segundo tipo de impulsividad es el tipo conductual el cual se refiere a las conductas que se llevan a cabo incontroladamente con el fin de conseguir gratificaciones inmediatas sin detenerse a pensar en las consecuencias.

Más recientemente, Orjales (1999) también hace la distinción entre dos tipos de impulsividad: la primera la llama "estilo cognoscitivo impulsivo" que se define como la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información que caracteriza los niños con TDA-H cuando se enfrenta a tareas complejas. La segunda es la que se encuentra ligada más a la falta de control motriz y emocional que conducen al niño a pensar antes de evaluar las consecuencias de sus acciones llevado por un deseo de gratificación inmediata. Más adelante propone que los niños impulsivos parecen funcionar con una frase como: "Deseo y actúo" mientras que los niños que son reflexivos conductualmente funcionarían con un lema muy diferente: "Deseo, pienso y luego actúo".

Barragán (2004) menciona que la impulsividad se debe a una escasa regulación como consecuencia de la falta de control sobre tres procesos que son fundamentales en la inhibición del comportamiento: el primero es la incapacidad para controlar el impulso, el segundo se refiere a la dificultad para detener una reacción iniciada y el tercero a la dificultad en la planeación de sus acciones.

La impulsividad conductual queda resumida de la siguiente forma:

Cuadro 4. Resumen de la impulsividad en los niños con TDA-H

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">◦ Se precipita en responder antes de que haya completado las preguntas◦ Tiene dificultades para guardar turno◦ Suele interrumpir o se inmiscuye en actividades de otros (Por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos) |
|--|

1.5 Síntomas secundarios

Ya se ha hablado de los síntomas primarios que pueden llegar a afectar considerablemente la vida de estos niños en los aspectos más importantes que son el académico, el social, el emocional y la física. A continuación se verán otros síntomas frecuentes en cada área.

1.5.1 Problemas conductuales

Los problemas conductuales que se presentan con más frecuencia en estos niños son la irritabilidad a veces como consecuencia de no poder esperar por gratificaciones por lo que sus reacciones suelen ser exageradas en intensidad. También se destaca la presencia de agresividad, en donde es importante mencionar que no es premeditada, se presenta en casa y la escuela principalmente y los demás suelen interpretarla como rudeza y ganas de fastidiar. Greenberg y Horn (1991) señalan que esta agresividad hace que estos niños sean vistos por los demás como desafiantes, hostiles y opositoristas cuando se les ordena hacer algo, además de que responden agresivamente a la menor provocación, y son estas características las que a veces los llevan a los servicios de salud mental más que los síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad. Los niños con TDA-H también presentan desobediencia ya que se les dificulta mucho seguir reglas y órdenes siendo recurrentes en sus fallas, y se vuelven el blanco de castigos frecuentes y muchas veces no llegan a comprender el motivo de estos. Benjumea & Mojarro (1992) mencionan que pueden presentarse mentiras, robos, tono agresivo, problemas en su autocontrol y poca habilidad para resolver problemas sociales.

La consecuencia inmediata de todo lo antes mencionado es que sus relaciones personales son pobres, se les dificulta mucho más encontrar amigos en comparación con los niños que no padecen TDA-H, dadas sus respuestas impulsivas y sus conductas disruptivas

son aislados socialmente y suelen sentirse más cómodos con niños menores o niños que sean más tolerantes con ellos.

A pesar de que cerca de la mitad o más de los niños que padecen TDA-H desarrolla una conducta negativista desafiante, no se trata de un patrón de conducta de rehusarse activamente a obedecer por medio de la resistencia verbal o física, sino que más bien se trata de una dificultad para actuar conforme a las instrucciones dadas o reglas establecidas tal y como se esperaría en niños de su edad, dicha dificultad ha conducido a suponer que sobretodo los niños con TDA-H con predominio de hiperactividad-impulsividad tienen una capacidad disminuída para responder en ausencia de consecuencias claras, frecuentes e inmediatas (Bauermeister, 2000).

1.5.2 Problemas académicos.

La consecuencia directa de los síntomas de falta de atención, hiperactividad impulsividad es el bajo rendimiento académico, ya que además de que se le dificulta poner atención a lo que el maestro dice, su conducta hiperactiva y su impulsividad provocan que las llamadas de atención sean frecuentes además de que son llevados a la dirección o suspendidos con cierta frecuencia por lo que también pierden clases, de esta forma van retrasándose en comparación con el resto de sus compañeros (Greenberg & Horn, 1991).

Es importante mencionar que el niño con TDA-H presenta dificultad para ser consistente en su desempeño por lo que sus calificaciones parecen un “sube y baja”, es decir, hay ocasiones en las que pueden realizar sus tareas con rapidez y exactitud obteniendo con esto buenos resultados que nos hacen pensar que el niño tiene la capacidad de demostrarnos lo mismo todo el tiempo, sin embargo, en el momento menos esperado sus calificaciones van en picada y nos demuestran todo lo contrario (Bauermeister, 2000).

Autores como Cantwell y Satterfield (1978), Conners (1980), Saffer y Allen (1976) coinciden en que la mayoría de los niños con TDA-H presenta problemas académicos, principalmente en escritura, lectura y cálculo, los porcentajes son altos, incluso desde un 60 a un 80 por ciento de los niños con TDA-H presentan un problema de aprendizaje (Greenberg & Horn, 1991; Benjumea & Mojarro, 1992) por lo que se habla también que frecuentemente el TDA-H coexiste con trastornos del aprendizaje, algunos de estos problemas son consecuencia directa de los problemas de atención y concentración que presentan y que hacen difícil que termine con sus tareas, además de la impulsividad en sus respuestas entre otros muchos factores.

Más recientemente Reséndiz (2004) confirmó que cerca del 50% de los niños con TDA-H requieren de supervisión pedagógica permanente ya que hasta un 30% de los niños con TDA-H padecen además un trastorno de aprendizaje, de los cuáles el 13% padece un trastorno específico en las matemáticas, el 14% presenta algún padecimiento del lenguaje y el 23% presenta ambas anomalías. Se ha encontrado que alrededor del 30% cursa de nuevo el año escolar o reprueba algún grado académico y del 10 al 35% termina por dejar inconclusos sus estudios.

1.5.3 Síntomas emocionales

La baja autoestima es uno de los síntomas que acompañan con frecuencia a estos niños y suelen ser consecuencia de los constantes castigos, de las experiencias negativas que provoca su inhabilidad para las relaciones interpersonales ya que son poco tolerantes e impulsivos, y en general pueden llegar a ser molestos para extraños y familiares quienes frecuentemente los etiquetan como "traviosos, maleducados o rebeldes" llegando a ser discriminados y aislados socialmente, todo lo anterior los conduce a percibirse negativamente y a prestar más atención a los aspectos negativos, a sentirse menos felices,

populares y capaces que sus compañeros de la misma edad, este problema puede ser más notorio al terminar la infancia y comenzar la adolescencia (Benjumea & Mojarro, 1992; Moreno, 1995; Weiss, 1996; Solloa, 1999; Bauermeister, 2000; Lozano, 2000; Peisekovicius, 2003).

Greenber & Horn (1991) afirmaron que todos estos problemas propician el desarrollo de una baja autoestima y autovalía como resultado de las constantes críticas, la frustración que se puede manifestar con agresión o también con depresión, síntomas somáticos como dolores de cabeza, estómago y otras quejas de dolor generalizadas. Martínez & Chávez (2003) señalan la importancia de la autoestima en el niño con TDA-H apuntando que cuando en la familia hay un niño con este trastorno, su hogar parece un campo de batalla ya que sucede lo siguiente: el niño rompe reglas, los padres gritan, el niño pelea con sus hermanos, papá y/o mamá pegan e insultan y todo está fuera de control o como señalaron también Hallowell & Ratey (2001) muy pronto el niño ó adolescente se consolida como el “chico problema” y se convierte en chivo expiatorio de todos los conflictos y problemas familiares, es decir, casi todo lo que va mal se le atribuye al niño con TDA-H, la consecuencia de esto es que con el paso del tiempo el niño se ve cubierto por lo que los autores llamaron “un manto de desdén y desprecio” que reprime el desarrollo de su confianza y su autoestima. Martínez & Chávez (2003) sugieren hacer cambios en la manera de educar al niño como por ejemplo: tener claro lo que se necesita y usar métodos más efectivos para que el niño desarrolle una buena autoestima y que el niño sea más seguro: “Es tener confianza en sí mismo”, ellas sugieren también que los padres al mostrarle al niño que él es capaz de salir adelante, cualquier niño que cuente con un adulto que crea en él es muy afortunado.

Otros síntomas que pueden llegar a presentarse en el área emocional son la depresión, labilidad emocional, poca tolerancia a la frustración e inmadurez emocional (Benjumea & Mojarro, 1992). También se desmoralizan con facilidad, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, se les dificulta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta lo que quieren y sienten, algunos niños llegan a mostrarse tercos y malhumorados con frecuencia (Orjales, 1999).

Ultimamente se les llama Trastornos Internalizados a los trastornos del estado ánimo que coexisten con frecuencia con el TDA-H, se ha encontrado que la morbilidad concomitante más frecuente se encuentra con el Trastorno Depresivo Mayor (cerca del 75% de los niños con TDA-H la padecen), con el Trastorno Bipolar (en investigaciones se corrobora que cerca del 27% de los niños con TDA-H comparten el diagnóstico de manía) y con algunos Trastornos por Ansiedad (entre el 15 y el 30% de los niños con TDA-H tienen además un Trastorno por Ansiedad) (De la Peña, Ulloa & Palacios, 2004).

Como se ha visto, con frecuencia estos niños desarrollan una baja autoestima, sin embargo también pueden tener una autoestima falsamente inflada como un intento de proteger su autoimagen atribuyéndose a sí mismo los éxitos pero no los fracasos en los que reacciona responsabilizando a los demás o excusándose atribuyendo la responsabilidad a factores externos fuera de su control. Orjales (1999) distingue tres tipos de comportamientos fácilmente observables que varían según las características individuales de cada niño y son los que se mencionan a continuación:

- 1.- Niños que manifiestan abiertamente que se sienten incapaces: Estos niños se quejan de que no pueden hacer las cosas, piden ayuda hasta para cosas simples, evitan trabajo que requiere de esfuerzo o actividades en las que no sabe si tendrá éxito o no, evita

tener responsabilidades, son muy sensibles ante situaciones frustrantes, y sus reacciones al fracaso son descontroladas y agresivas.

2.- Niños que esconden sus sentimientos de incapacidad: Estos niños, por el contrario, tratan de esconder el gran temor que sienten a no ser capaces, evitan cometer errores por lo que demandan de muchas instrucciones y dirección para conseguir de esta forma resultados aceptables. Esta actitud se ve de forma más clara en niñas que en niños, la presencia de ansiedad elevada ante el rendimiento académico es notoria ya que se imponen niveles altos de autoexigencia por lo que dedican demasiado tiempo en realizar sus tareas y los resultados muchas veces no van de acuerdo con el esfuerzo provocando una gran frustración al final.

3.- Niños que dan muestra de arrogancia y prepotencia: Este es el tipo más difícil, ya que se puede confundir con una aparente autoestima alta o positiva, estos niños requieren de una observación más profunda de su conducta para poder descubrir la inconsistencia de esta imagen, ya que debajo de la máscara de presunción y fanfarroneo, de burla y comparándose con niños de peor rendimiento, se esconde un niño frustrado que desea ocultar una imagen negativa de si mismo. Como consecuencia de esta actitud, suelen ser rechazados por compañeros y adultos por ser interpretados como egoístas, desconsiderados y crueles. Conforme peor es la autoestima de estos niños, peor será su comportamiento ante los demás, formándose así un círculo vicioso difícil de disolver.

1.5.4 Síntomas físicos

Lozano (2000) describe que desde que el niño es pequeño se comienzan a manifestar los síntomas del TDA-H con problemas del sueño, el cual es inquieto y ligero con períodos cortos seguidos de llanto y enojo, dificultades de la alimentación con poco apetito o inconstante, inquietud que se hace cada vez más evidente cuando el niño

comienza a caminar, irritabilidad ya que toleran poco tiempo el ser abrazados por familiares y extraños, además del llanto.

Benjumea & Mojarro (1992) hablan también de la presencia en ocasiones de enuresis y encopresis, aumento en las infecciones respiratorias superiores, mayor presencia de alergias, mayor número de anomalías físicas menores, trastornos del sueño, sus umbrales para el dolor son más altos, problemas de coordinación motora, que se ve a través de la torpeza en sus movimientos tanto gruesos como finos, por lo que el riesgo de sufrir accidentes aumenta, además mala calidad de escritura, problemas para abotonarse o recortar.

Greenberg y Horn (1991) hablan de una dificultad en la coordinación motora que también puede estar presente en algunos niños con TDA-H y que se manifiesta en problemas para tomar el lápiz para la escritura, lanzar una pelota, correr o saltar una cuerda, en los varones esto puede provocar que sean aislados ya que no los incluyen en los equipos por su bajo desempeño en actividades deportivas.

En este capítulo hemos hecho una revisión del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad encontrándonos con que ha sufrido muchos cambios a lo largo de su historia, tanto en el nombre como en la cantidad e intensidad de los síntomas, a partir de que comenzaron a describirse a principios del siglo XIX; actualmente hace falta más investigación ya que aún existe duda sobre su etiología. A continuación se revisarán las distintas definiciones de autoestima, así como los enfoques más importantes y las nuevas aportaciones a su estudio.

CAPITULO II

LA AUTOESTIMA

2.1 Definiciones de la autoestima

Existen muchos enfoques muy distintos unos de otros para conceptualizar la autoestima. Se revisaron los más importantes y el enfoque que enmarca a cada una de ellas.

Se señala a William James como uno de los primeros que estudió la autoestima definiéndola como "los sentimientos de autovalía de una persona determinados por el ratio de sus actuales logros entre sus supuestas potencialidades", apoyando esta afirmación con la siguiente razón: Autoestima = logros – éxito / pretensiones (Caso, 1999). Para él los logros que una persona tiene son medios en comparación a sus aspiraciones en cualquier área del comportamiento. Si dichos logros se acercan o alcanzan las aspiraciones en una determinada área, el resultado es una alta autoestima; si hay mucha divergencia entonces hay poca autoestima y la persona se ve a sí misma pobremente (Verduzco, 1992).

El sociólogo Mead propuso que la autoestima es derivada de la apreciación reflejada de los otros, es decir, internaliza las ideas y las actitudes expresadas por las figuras claves en su vida, y adoptándolas como propias, en otras palabras, se valora como ve que lo valoran y se rechaza en la medida en que lo rechazan, ignoran o disminuyen (Verduzco, 1992).

Con los neofreudianos, la autoestima tiene un fuerte componente afectivo, por ejemplo: Karen Horney decía que los sentimientos de desamparo, soledad y minusvalía, son producto de los factores adversos, son lo que ella llamó ansiedad básica, una mala relación entre madre e hijo es el antecedente para el desarrollo de dicha ansiedad, y teniendo la finalidad de afrontarla se construye una imagen ideal como un intento para fortalecer la

autoestima. Sullivan considera que las personas que rechazan al sujeto durante su vida son las responsables de que posteriormente la persona se anticipe y perciba el menosprecio o la evaluación negativa de otros. Adler dijo que los impedimentos físicos reales pueden producir sentimientos de inadecuación e insuficiencia los cuales amenazan fuertemente a la autoestima del sujeto (Verduzco, 1992; Caso, 1999).

Más adelante, el sociólogo Rosenberg ubicó a la autoestima como un componente del autoconcepto, definido como la totalidad de pensamientos y sentimientos de una persona con respecto a sí misma como objeto. El autoconcepto describe al self y la autoestima es el componente evaluativo del autoconcepto influenciado por la discrepancia entre el self deseado y el self real (Caso, 1999).

Coopersmith (1967) definió a la autoestima como: "la evaluación que el individuo hace, y constantemente tiene en relación a sí mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, significativo o exitoso y valioso. En suma, es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros a través de reportes verbales y otros comportamientos" (Verduzco, 1992).

Pope, Mc Hale & Craighead (1988) definen la autoestima en los niños como la evaluación de la información contenida en el autoconcepto, y procede de los sentimientos del niño acerca de todo lo que es, coinciden en que la autoestima se basa en la combinación objetiva sobre uno mismo y la evaluación subjetiva de dicha información, donde la autoestima es la discrepancia entre la percepción de uno mismo (la visión objetiva) y el ideal de uno mismo (aquello que la persona valora, que le gustaría ser), si existe una gran discrepancia se produce una baja autoestima, mientras que, habitualmente una escasa discrepancia es indicativo de alta autoestima (Caso, 1999).

Estos autores hablan de la importancia de pensar en la percepción de uno mismo y el ideal de uno mismo en la formación de la autoestima, la percepción de uno mismo se considera sinónimo del autoconcepto, es decir, la visión objetiva de las habilidades además de las características y cualidades presentes y ausentes; el ideal de uno mismo es la imagen que tiene la persona de lo que le gustaría ser, hablando de los atributos que le gustaría tener. Al existir discrepancia entre la percepción de uno mismo y el ideal de uno mismo es lo que trae problemas en la autoestima (Pope, Mc Hale & Craighead, 1988).

Para Palladino (1992) la autoestima es un sistema dinámico que cambia en relación con las experiencias y sentimientos y es la manera como la gente se siente y lo que piensa respecto a sí mismo y a los demás, medida a través de la manera como se actúa. También apunta que la autoestima es como el sistema interno que cada quien posee y la manera como se experimenta la vida. A la autoestima elevada como ella le llama la relaciona con tener un sentido positivo del propio valor inherente como persona y se constituye por sentimientos aprendidos y pensamientos positivos que se reflejan en una actitud positiva con pensamientos como "Puedo lograrlo". Por el contrario, la baja autoestima se provoca principalmente por reacciones emocionales desfavorables que vienen acumulándose desde la infancia como críticas de los padres, maestros y compañeros y de la sociedad en general, que desembocan en sentimientos de inferioridad y pobre autoestima que se ven reforzados además por los patrones negativos de creencias que forman el hábito de autodesvalorización como una norma de vida. Sugiere que la autoestima es una evaluación continua de sí mismo y por lo tanto puede aprenderse bajo un programa en el que se tenga una disposición para asumir la responsabilidad de los sentimientos, deseos, pensamientos, aptitudes e intereses propios, y también a aceptar atributos personales en general para actuar en consecuencia.

Otros autores como Clark, Clemen & Bean (2000) coinciden con Palladino al señalar que la autoestima es el concepto que tienen las personas de su valía y está basado en todos los pensamientos, sensaciones y experiencias que se han ido recogiendo durante toda la vida, todas estas impresiones, evaluaciones y experiencias acumuladas se conjuntan en un sentimiento positivo hacia uno mismo o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que se esperaba. La autoestima afecta prácticamente todas las facetas de la vida de una persona y afirman que de no satisfacerse la necesidad de autovaloración tampoco pueden satisfacerse otras necesidades como la creatividad, los logros personales, etc. Aseguran que las personas que se sienten bien consigo mismas casi siempre se sentirán bien en la vida, serán capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que se les plantean.

En 1994 Sánchez-Cánovas & Sánchez-López señalan que la autoestima es utilizada para referirse a un sentimiento de amor propio positivo, a la percepción positiva de uno mismo, ellos afirman que mantener una percepción positiva de uno mismo constituye un importante aspecto del ajuste emocional y de la salud mental (Caso, 1999).

En el mismo año, Oubrayrie, Leonardis & Sanfont definen a la autoestima como el proceso a través del cual el individuo elabora juicios positivos y negativos de sí mismo con respecto a su desempeño, capacidades y atributos, proporcionando a la identidad personal su aspecto afectivo siendo uno de los fundamentos de la autoimagen (Caso, 1999).

2.2 La autoestima en los niños

Algunos puntos de vista señalan que la autoestima en los niños tiene que ver con sus niveles de confianza, curiosidad, deseo de explorar y en la capacidad para adaptarse al

cambio, los niños que tienen altos niveles de todas las características anteriores seguramente poseen una alta autoestima, mientras que los que poseen bajos niveles tendrán una baja autoestima (Papalia, 1997).

En los niños hasta de tres años, la opinión que tienen de sí mismos es muy parecida a la que sus padres tienen de ellos, basada esta opinión en cómo el niño interpreta el trato que recibe por parte de ellos y otras personas, si se siente aceptado o no, si se siente atendido o ignorado, castigado o no. También los compañeros son muy importantes en el desarrollo de la autoestima, influyen mucho con los juegos en los que se seleccionan a los compañeros, si se les invita a participar y en cómo se sigue a unos y se ignoran a otros (Verduzco, 1992).

Coopersmith, en sus trabajos sobre la autoestima en los niños encontró que la relación de éstos con sus padres determinaban la autoestima del niño, se dedicó a estudiar también las características de aquellos padres cuyos hijos desarrollaron una buena autoestima, en dicha investigación no encontró correlaciones significativas con factores como la riqueza familiar, la educación, la zona geográfica, la clase social, la profesión del padre o el hecho de que la madre siempre estuviera en casa, sin embargo lo que sí halló fue que la importancia de la calidad de la relación entre el hijo y los adultos importantes en su vida y encontró cinco condiciones asociadas a una alta estima en los niños: la primera se refiere a que el niño es capaz de experimentar una total aceptación de sus pensamientos, sentimientos y el valor de su propia persona; el segundo afirma que el niño funciona dentro de un contexto con límites definidos e impuestos con claridad que son justos, y en un punto medio entre la opresión y la negociación lo que le permite al niño sentirse seguro y con una base clara para autoevaluar su comportamiento; la tercera condición habla de que el niño experimenta respeto hacia su dignidad como ser humano ya que los padres toman en

cuenta las opiniones y deseos del niño y la posibilidad de atender o no a ellos dependiendo de la situación, hay capacidad de negociación de reglas existiendo límites claros, se pone mayor énfasis a la recompensa y el refuerzo positivo que al castigo y se centran más en lo positivo que en lo negativo; la cuarta condición habla de que los padres poseen normas elevadas y altas expectativas en lo que respecta al comportamiento y al rendimiento; y por último, la quinta condición señala que los padres generalmente tienen una alta autoestima por lo que sirven a sus hijos como modelos de lo que ellos deben aprender (Branden, 1994).

Además de estas cinco condiciones propuestas por Coopersmith existen otras tres condiciones principales que están asociadas con el desarrollo de sentimientos positivos en el niño, los cuales se encuentran muy en relación con los cinco puntos antes mencionados, el primero es la aceptación del niño con sus capacidades, limitaciones, fuerzas y debilidades, es importante que conozca sus debilidades y dificultades ayudándole a entender que en determinado momento de su vida solo puede hacer lo que hace y ser determinada persona, los padres contribuyen aceptando ellos mismos al niño, aprobando sus conductas, y no deseando que se parezca a alguien que no es, ya que "la aceptación por parte de los demás es una condición básica para aceptarse uno mismo". El segundo son los límites, los cuales le dan una guía clara, estándares y expectativas que le permiten darse cuenta de si está actuando bien de acuerdo con las reglas, dichos límites son internalizados de tal forma que ayudan al niño a conducirse aceptablemente. El último es el trato respetuoso que permite que las necesidades individuales sean aceptadas. Por lo anterior, los padres de niños con elevada autoestima asumen la dirección, imponen reglas pero con la flexibilidad necesaria para modificarlas y aceptan a sus hijos (Verduzco, 1992).

Otro autor que estudió la autoestima en niños fue Reasoner, quien concluyó que las imágenes y el trato que el niño recibe de las personas que lo rodean ejercen fuerte

influencia en la formación de la autoestima (Verduzco, 1992). Coinciden en cierta forma con Coopersmith al afirmar que es importante un ambiente con estructura suficiente para que el niño tenga parámetros y una línea a seguir.

Susan Harter (1983) habló de la autoestima en los niños y adolescentes y propuso con su modelo que la autoestima es el nivel de valía que la persona tiene de sí misma, la autoestima global se encuentra en lo más alto mientras que en los niveles inferiores se encuentran las dimensiones de competencia escolar y atlética, de la aceptación social, apariencia física y comportamiento apropiado, las tres primeras están más relacionadas con el apoyo social y las dos últimas se relacionan más con el apoyo familiar. Harter señala que durante los periodos formativos del desarrollo hay cambios que hacen variar y fluctuar los niveles de competencia, en la niñez tardía y adolescencia, por tal motivo los cambios en el ambiente conllevan a cambios en la autoestima ya sea positiva o negativamente, esto depende de lo favorecedor que haya sido el ambiente.

Ya se habló anteriormente de lo que proponen Pope, Mc Hale y Craighead (1988) con respecto a la autoestima en los niños, se agrega que al hablar de autoestima en los niños estos autores dicen que se tienen que tomar en cuenta cinco áreas: el área social, es decir, las necesidades sociales de los niños y qué tanto se sienten satisfechos con sus relaciones de amistad; la segunda es el área académica, aquí el niño se evalúa a sí mismo como estudiante, si se ve exitoso o fracasado de acuerdo con los modelos que tiene; la tercera es el área familiar en donde el niño refleja si se siente como un miembro estimado de su familia, si se siente seguro del amor y respeto que recibe de sus padres y hermanos, dependiendo de cómo sean estos sentimientos será la autoestima del niño; la cuarta es la imagen corporal en donde se combinan el aspecto y las capacidades físicas; y la última es la

autoestima global que consiste en la valoración general de uno mismo basada en la evaluación que se hace en todas las áreas.

Más recientemente Martínez y Chávez (2003) mencionaron la importancia de la participación de los padres en el desarrollo saludable de la autoestima del niño con TDA-H, en primera la clave es que el niño tenga “confianza en si mismo”, los niños le ayudan mostrándole como es capaz de salir adelante, es importante observar y descubrir las acciones que el niño puede hacer bien y fomentar dichas acciones, este es el papel más importante que los padres pueden llevar a cabo para inspirar que el niño tenga confianza en sí mismo, según las autoras el éxito en la vida se determina cuando un niño puede desarrollar un talento, esto sucede si hubo un adulto que ha creído en él y ha fomentado ese talento, por último señalan que si los padres le muestran sus habilidades el niño podrá enfocarse a ellas, esto se puede hacer alabando pequeñas acciones que él si puede ejecutar, es bueno que se halague al niño por hechos reales (ejemplo: “¡Hoy sí pudiste vestirme solo!”, “¡Qué bien te amarraste las agujetas!”, “¡Qué bonito está tu dibujo!”) y no por cosas que no sucedieron ya que esto puede ser perjudicial.

2.2.1 Antecedentes del tratamiento de la baja autoestima en niños con TDA-H en México

Como antecedentes de este trabajo en nuestro país, se encuentra primero el trabajo de Verduzco y García (1989) en donde se propone un programa para padres que tiene hijos con trastornos de atención para aumentar la autoestima de éstos niños, en él se propone el trabajo con los padres en cuatro aspectos básicos de la formación de la autoestima según Coopersmith (1967) y Reasoner (1986) los cuales son: aceptación, respeto, límites y apoyo; concluyendo con esta investigación que es muy importante trabajar primero estos aspectos en los padres y después con sus hijos ya que los padres no habían manejado en ellos

mismos estos aspectos dificultando que fueran manejados en sus hijos. En el mismo año se publicó el trabajo de Verduzco, en donde se hace la primera versión en español del inventario de Coopersmith para medir la autoestima en niños ya que aún no se contaba con un instrumento para medirla lo que limitaba su estudio en nuestro país, se tomó una población de 292 niños (128 hombres y 164 mujeres) de una primaria del sur de la Ciudad de México, de nivel socioeconómico medio y bajo con edades entre 8 y 15 años, se especificó que era un estudio que serviría de parámetro para futuras investigaciones. Posteriormente, Verduzco (1992) sustenta teóricamente que los niños con TDA frecuentemente presentan baja autoestima ya que se forman una imagen de sí mismos negativa (resultado de las apreciaciones que perciben de los demás) limitando así su desarrollo normal; utilizando el Inventario de Coopersmith traducido al español, confiabilizado y validado lo aplicó a 4 grupos (TDA sin tratamiento, TDA con tratamiento de reeducación de 6 meses a un año, niños sin TDA llamados "normales" y el grupo con y sin tratamiento se confirma la hipótesis de que los últimos tienen una autoestima significativamente más baja y al comparar los grupos de TDA con y sin tratamiento y el "control" no se encontraron diferencias significativas. Con lo anterior se concluye que los niños con TDA tienden a presentar autoestima baja, sobre todo si no reciben tratamiento de ningún tipo.

Aunque los trabajos anteriores destacan la importancia de la autoestima en los niños y sobre todo en los niños con TDA-H, hasta donde la revisión de la literatura ha permitido saber no hay trabajos en los que se plantee como propósito una intervención cognoscitivo-conductual enfocada a impactar la autoestima de los niños. Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo es llevar a cabo un abordaje con el niño como una opción a considerar en

el tratamiento de la autoestima dentro del manejo integral de los niños con TDA-H, principalmente dentro del campo de intervención del psicólogo.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

3.1 Aproximación cognoscitivo-conductual

3.1.1 La modificación de conducta

La modificación de conducta es usada actualmente y desde hace muchos años en el tratamiento de una amplia diversidad de problemas conductuales (excesos y deficiencias, como son llamados dentro de este enfoque), dentro de las opciones de tratamiento para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad se encontró que la modificación conductual ha tenido una participación importante.

Antes que nada se revisaron las características más importantes de la modificación de conducta:

En primer lugar, los términos en los que se va a definir un problema son medidos con facilidad así como también sus resultados pueden ser medidos para saber si realmente hubo cambios en la conducta o no, con el fin de saber si se alivió o no el problema. Con las técnicas y procedimientos de tratamiento usados en la modificación de conducta se reorganiza el ambiente en donde se desenvuelve el sujeto. Otra característica es que dada la precisión en la descripción de los métodos empleados se facilita su lectura por cualquier otro profesional que desee conocer el trabajo hecho. Una característica más es que sus técnicas provienen de investigaciones dentro del campo de la psicología experimental, tomando los principios del condicionamiento operante y pavloviano siendo los más útiles hasta el momento (Martin & Pear, 1999).

Las aplicaciones de la modificación de conducta como se ha señalado antes demuestran la mejoría de una gran gama de problemas comportamentales en muchas áreas

como la educación, trabajo social, enfermería, psicología clínica, psiquiatría, medicina, negocios, industrias, deportes, por mencionar las más importantes (Martin & Pear, 1999).

A continuación se hablará de la técnica cognoscitivo-conductual que se empleó en este trabajo, se revisará su surgimiento, sus antecedentes y sus actuales aplicaciones.

3.1.2 Autoinstrucciones

Esta técnica es una de las más empleadas en los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Fue desarrollada por Meichenbaum y Goodman a principios de los años setentas basándose en los trabajos de Luria (1961, 1969) y Vigotsky (1962) en donde se propone que el lenguaje en los niños pequeños funciona como guía y ordenador de su conducta externa (Caballo, 1995; Kazdin, 1996). El modelo de Luria comprende tres etapas dentro de las cuales el niño va guiando su conducta motora a través del lenguaje; en la primera etapa el adulto ejerce control externo en la conducta del niño por medio de su lenguaje, en la segunda etapa el niño ya es capaz de controlar su conducta con su propio lenguaje en voz alta y en la tercera etapa el niño guía su propia conducta con el lenguaje interno o encubierto (Bernard & Joyce, 1984; Caballo, 1995).

Pope, Mc Hale & Craighead (1988) describieron el procedimiento de autoinstrucciones llamándolo autocontrol y se refieren a su desarrollo en los niños pasando por tres estadios principales: el primero es el control de padres o quienes educan al niño por medio del lenguaje y acciones que establecen la pauta de comportamiento del niño, después a partir de los tres o cuatro años los niños pueden dirigir su conducta utilizando su lenguaje en voz alta muchas veces simultáneamente con la actividad que realiza, posteriormente el niño utilizará el lenguaje para planear una actividad antes de llevarla a cabo, aquí es donde

el lenguaje adquiere su propiedad de autodirigir la conducta en forma de pensamiento o lenguaje encubierto.

En términos generales, el procedimiento llevado a cabo por Meichenbaum en el tratamiento con niños consta de cinco fases (Caballo, 1995): Primero el terapeuta modela lo que se debe hacer hablándose a sí mismo en voz alta, después el niño realiza la misma tarea que modeló el terapeuta y éste va dando al niño las instrucciones en voz alta, luego el niño vuelve a llevar a cabo la tarea dándose a sí mismo las instrucciones en voz baja y por último el paciente autodirige su comportamiento con autoinstrucciones internas.

Las autoinstrucciones fueron utilizadas desde el inicio en niños con hiperactividad y parece ser éste su principal uso hasta la fecha en el tratamiento de niños con TDA-H debido a que estos niños presentan incapacidad para utilizar eventos, procesos y estructuras cognoscitivas para mediar y regular su conducta. El uso del modelo de Vigotsky y Luria para enseñar al niño a usar las autoinstrucciones verbales para solucionar sus problemas fue de gran utilidad (Kirby & Grimley, 1992) y muestra de ello es el trabajo de Meichenbaum y otros investigadores que al lograr decrementar la conducta impulsiva, los errores en tareas y la mejora en la ejecución de algunas ejecuciones cognoscitivas, a partir de esto el número de problemas, poblaciones y variaciones de procedimiento en los que se han empleado las autoinstrucciones se ha incrementado (Kazdin, 1996). A continuación se mencionaron algunas investigaciones que sirven como antecedente de éste trabajo:

Solís-Cámara (1985) comparó la efectividad del entrenamiento en la habilidad para atender versus el uso de autoinstrucciones con modelamiento para la modificación de la impulsividad cognoscitiva utilizando la prueba de Emparejamiento de figuras semejantes (Matching Familiar Figures Tests, MFF), la cual es una prueba que mide impulsividad-reflexividad, se utilizó con niños de cuarto año de primaria, encontrándose que el

entrenamiento en autoinstrucciones con modelamiento logró reducir el número de errores y la exactitud en las latencias del desempeño logrando un estilo más reflexivo que impulsivo y mejorando con esto la ejecución de los niños en la prueba MFF.

En el trabajo de García y Alcántara (1989) se intentó probar la efectividad de la aproximación cognoscitivo-conductual en el tratamiento de los niños hiperactivos, participaron 6 sujetos de ambos sexos de 4 y 5 años divididos en tres grupos en los que se utilizaron las técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones en un grupo, técnicas de control operante en otro grupo y técnicas de autoinstrucciones y técnicas de control operante en el último grupo. Se encontró que la combinación de autoinstrucciones y control operante fue la que redujo con mayor rapidez la conducta hiperactiva.

No se ha encontrado alguna investigación que apoye el uso de autoinstrucciones en el tratamiento de la autoestima en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad por lo que se espera que para ello este trabajo haga un aporte o que sirva para futuras investigaciones ya sea probando o no su efectividad como programa terapéutico para mejorar la autoestima de estos niños. Se pretende utilizar la técnica de autoinstrucciones en combinación con modelamiento usando ejemplos de situaciones en las áreas: familiar, académica, social y de imagen corporal para modificar en cada una los problemas de baja autoestima que pueden presentarse y los pensamientos irracionales (tomados de la terapia racional emotiva) que los acompañan. A continuación se describirán el modelamiento y la terapia racional emotiva.

3.1.3 Modelamiento

El modelamiento es un procedimiento que consiste en mostrar la conducta deseada o una que se le parezca mucho, además de decirle a la persona lo que se espera de ella, el objetivo de esto es inducir a la persona para que realice la misma conducta, se usa con

mucha frecuencia y pertenece a la vida cotidiana de los seres humanos ya que todos tendemos a imitar el comportamiento de otras personas en un momento determinado y sobre todo si éste comportamiento va acompañado de consecuencias favorables para la persona (Martin & Pear, 1999).

3.1.4 Terapia racional emotiva

Su nombre se basa en que la mayor parte de los problemas emocionales cotidianos provienen de las afirmaciones irracionales que la gente hace sobre sí misma, cuando los acontecimientos de su vida no van orientados hacia donde la persona desea y la gente tiende a llevar los pensamientos hasta el extremo diciéndose a sí mismo que las cosas son tan horribles que no las pueden soportar de ninguna forma (Martin & Pear, 1999). Fue desarrollada por Albert Ellis (1979) quien consideraba que estos pensamientos o autoverbalizaciones implícitas conducen a emociones y conductas negativas y desadaptativas para la persona (Kazdin, 1996). De lo que se trata es de enseñar a los pacientes a contrarrestar estos pensamientos irracionales sobre sí mismos, y sustituirlos por ideas más positivas y realistas (Martin & Pear, 1999).

3.1.5 Creencias irracionales en los niños

Para Bernard y Joyce (1984) se determina si un niño se verá afectado emocional o conductualmente por sus creencias irracionales de una o varias formas depende de los siguientes aspectos:

- El número de creencias irracionales que el niño tenga
- El número de situaciones en donde el niño aplique estas creencias (la casa, la escuela, con sus compañeros, con adultos, en el juego)
- La fuerza de la creencia del niño

- La magnitud en la que el niño tiende a distorsionar la realidad, observado esto en los errores de inferencia que comete acerca de lo que pasó o pasará.

Waters, en 1982 (citado en Bernard & Joyce, 1984) presentan una lista de creencias irracionales de los niños, la cual está formada por 10 creencias que a continuación se detallan:

- 1.- Es horrible si no le agrado a otros.
- 2.- Es malo si cometo un error.
- 3.- Todo debe hacerse a mi manera; siempre debo obtener lo que quiero.
- 4.- Las cosas deben ser fáciles para mí.
- 5.- El mundo debe ser justo y la gente mala debe ser castigada.
- 6.- No debo mostrar mis sentimientos.
- 7.- Los adultos deben ser perfectos.
- 8.- Sólo existe una respuesta correcta.
- 9.- Siempre debo ganar.
- 10.- No debo esperar para obtener nada.

Se concluye afirmando que muchos de los problemas que tienen niños y adolescentes se basan en estas creencias.

3.1.6 Sistema de economía de fichas

Puesto que las reglas son importantes para el buen funcionamiento de los grupos, es importante que se establezcan mecanismos que mejoren la efectividad de las mismas. Una de las formas de lograr que el niño con TDA-H las cumpla es la implementación de un programa de economía de fichas o puntos debido a que se trata de estímulos inmediatos y concretos. Se deberá explicar al niño que se le pagará una ficha o punto por cada tarea realizada y al juntar determinado número de fichas se le darán privilegios o cosas. Este

sistema ayuda al niño a aprender las rutinas, cumplir las reglas y además tiene la posibilidad de conectar la conducta deseada con una consecuencia positiva (Martínez & Chávez, 2003).

3.1.7 Tiempo fuera

Consiste en llevar al niño a un lugar específico previamente determinado con la menor cantidad de estímulos posibles como puede ser una silla en un rincón de la casa sin dejar de supervisarlo cuando pierda el control sobre su conducta o cuando esté muy enojado. Este método ha resultado muy útil en conductas como los berrinches, los golpes o pleitos con los hermanos y es una forma de enseñar al niño a tener control sobre su conducta y a buscar soluciones simples además de que el tiempo que permanece en ese lugar (el cual debe ser determinado previamente por los padres) fomentará la reflexión y el análisis de las situaciones que lo conducen al tiempo fuera (Martínez & Chávez, 2003).

3.2 Tratamiento farmacológico

Se sabe que el TDA-H tiene una base neurológica que tiene que ver con irregularidades en la producción de algunos neurotransmisores afectando la atención y la falta de autocontrol presentes en estos niños. Muchas investigaciones demuestran que el uso de fármacos estimulantes produce aumento en las catecolaminas provocando un aumento en la atención y una reducción en la hiperactividad, facilitando la adaptación social y escolar del niño, así como sus procesos académicos y su desarrollo cognoscitivo (Orjales, 1999; Solloa, 2001).

Los especialistas encargados de recomendar el tratamiento farmacológico apropiado para cada caso son los neurólogos después de haber realizado un estudio del caso y un diagnóstico preciso, se recomienda en niños mayores de 5 años, por lo general tiene una duración de dos años y se administra en forma de pastillas que toma el niño antes de ir a la

escuela para que los efectos se manifiesten en las horas de clase. Las evidencias clínicas y los estudios neurológicos al respecto, dejan ver claramente su eficacia, de hecho aumentan notoriamente los progresos conseguidos de otras intervenciones ya que el niño puede responder a las exigencias escolares con mayor rapidez, está más abierto a aprovechar las estrategias que se le enseñen en entrenamiento cognoscitivo, al trabajo en clase o a los deberes de casa, y se anima al ver los progresos. Se ha demostrado también que el tratamiento farmacológico mejora el rendimiento en programas cognoscitivo-comportamentales (Orjales, 1999) y en general cuando se combina con otras intervenciones terapéuticas como el entrenamiento a padres en la modificación de conducta, psicoterapia, intervenciones educativas y orientación a padres y maestros en el manejo de la conducta y de problemas académicos, la baja autoestima, problemas interpersonales y conducta oposicionista aumentan la probabilidad de éxito (Heydl & Bernardo de Quirós, 2000).

Es importante mencionar que un grupo de especialistas neuropediatras y psiquiatras convocados por la Academia Mexicana de Pediatría consideraron importante realizar un consenso acerca del tratamiento farmacológico para el niño con TDA-H en México que servirá de recomendación para el Consejo Nacional para las Adicciones de la Secretaría de Salud (Garza, 2004) y del cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. Los medicamentos utilizados en el tratamiento del TDA-H constituyen una herramienta útil y segura.
2. Los fármacos para el TDA-H deben ser prescritos exclusivamente por médicos.
3. Un médico debe vigilar la evolución de todo niño que se encuentre en tratamiento farmacológico.

4. El fármaco se elige de acuerdo al caso en particular, con evaluación especial de la morbilidad concomitante (trastornos o enfermedades relacionadas) y de las repercusiones escolares, sociales y personales.

Como se dijo anteriormente los fármacos estimulantes han sido los más estudiados desde la década de los 60's para tratar a niños con TDA-H, principalmente el metilfenidato (Ritalin), encontrándose con respuesta favorable en la mayoría de los niños (Heydl & Bernardo de Quirós, 2000). Cady, en 1996 encontró que los estimulantes mejoran la atención sostenida y las estrategias de búsqueda de información. Otros investigadores han demostrado que aumenta la eficacia en la lectura y los problemas de matemáticas, cuando se presentan dos tareas simultáneas favorece la actividad cognoscitiva enfocada a la tarea principal y aumentan el control de la impulsividad cognoscitiva (Heydl & Bernardo de Quirós, 2000).

Muchos padres no aceptan la utilización del tratamiento farmacológico por temor a los efectos adversos (Orjales, 1999); al respecto se ha demostrado que los efectos adversos no son de gran importancia y son transitorios, los más frecuentes y que desaparecen a las pocas semanas de iniciado el tratamiento son: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad y dolor abdominal (Heydl & Bernardo de Quirós, 2000).

Objetivos

- Evaluar los efectos de un programa con enfoque cognoscitivo-conductual sobre la autoestima en niños con TDA-H que se encuentran actualmente bajo tratamiento psicopedagógico y farmacológico.

- Identificar diferencias dentro de cada grupo antes y después del programa.

- Evaluar mediante una comparación interna de los grupos los efectos del programa para la autoestima, esto es, si hubo cambios después de implementar el mismo.
- Identificar si hubo o no diferencias en la autoestima después de implementado el programa comparando el grupo experimental con los grupos control y comparativo y los grupos control y comparativo entre sí.
- Identificar otros factores en las pruebas DRPP y CPRS-R pudieran estar coexistiendo con el TDA-H.

Hipótesis

Hi: "Existen diferencias significativas entre el grupo comparativo y el grupo experimental antes y después de la aplicación de un programa para la autoestima con un enfoque cognoscitivo-conductual en niños con TDA-H"

Ho: "No existen diferencias significativas entre el grupo comparativo y el grupo experimental antes y después de la aplicación de un programa para la autoestima con un enfoque cognoscitivo-conductual en niños con TDA-H"

Hi: "La implementación del programa con enfoque cognoscitivo-conductual tiene un efecto positivo sobre la autoestima en los niños con TDA-H"

Ho: "La implementación del programa con enfoque cognoscitivo-conducatal no tiene un efecto sobre la autoestima en los niños con TDA-H"

METODO

Planteamiento del problema

Se consideró importante conocer los efectos que tiene sobre la autoestima la participación en un programa terapéutico con el enfoque cognoscitivo-conductual en niños con diagnóstico de TDA-H debido a que es un problema que se reporta en la literatura como frecuente (Verduzco & García, 1989; Moreno, 1995; Barabazs, 1996; Bauermeister, 2000; Peisekovicius, 2003) y que impide que se desarrolle una adecuada confianza en sí mismo y en sus capacidades, sin dejar de tomar en cuenta que debido a la falta de atención, la impulsividad e hiperactividad frecuentemente se les dificulten tareas que a la mayoría de sus compañeros no les cuestan trabajo, o que se vean involucrados en situaciones desagradables tanto en casa como en la escuela con sus compañeros y otros adultos, por lo que también se pretendía que aunque a veces las circunstancias les sean adversas y se vean involucrados constantemente en experiencias negativas, no les afecten en su autoestima e intenten mantener la confianza y una percepción apropiada de sí mismos modificando las ideas y pensamientos equivocados que pudieran tener y que obstaculizan aún más su desempeño y la eficacia de sus relaciones con los demás. Por lo que en forma de pregunta el planteamiento del problema se estableció de la siguiente forma:

¿Qué efectos tiene sobre la autoestima la participación en un programa terapéutico con el enfoque cognoscitivo-conductual?

Justificación

Por lo mencionado en la introducción y también porque estos niños comienzan a manifestar los síntomas del trastorno a edad temprana es que su manejo es difícil desde entonces, de tal forma que son diferentes al resto de los niños y al entrar en la etapa escolar

se agregan dificultades ya que constantemente son señalados por los profesores como problemáticos; es decir, desobedientes, con problemas académicos y con problemas para relacionarse adecuadamente con sus compañeros, lo que además provoca que se aislen de los demás. Estos problemas también se presentan en casa, los padres se desesperan fácilmente con ellos, son regañados y castigados con frecuencia; también perciben el rechazo de sus compañeros, y de las figuras de autoridad (padres y maestros) quienes, como apunta Barkley (1990) tienden a establecer un mayor número de reglas y a ser más controladores con ellos (Wicks-Nelson & Allen, 1997), ya que prestan más atención a sus conductas desadaptativas y a otros aspectos negativos, y hacen pocas referencias positivas a los logros que puedan tener (Moreno, 1995). Todos estos factores inciden en una baja autoestima ya que los niños sienten que no son aceptados y que no pueden cumplir satisfactoriamente con las demandas del medio ambiente (Weiss, 1996; Solloa, 1999). Por otro lado, cuando un niño con TDA-H tiene baja autoestima el tratamiento que recibe puede ser visto de una manera negativa ya que en un momento dado provoca que se sientan diferentes al resto de sus compañeros y por lo tanto consideran que los éxitos que puedan obtener en la escuela y otras áreas son debido al medicamento y no a su propio esfuerzo y habilidad (Moreno, 1995; Barabasz & Barabasz, 1996). Por todo lo antes mencionado, se destacó la importancia de proporcionar a estos niños un apoyo adicional con un programa basado en el enfoque cognoscitivo-conductual para elevar la autoestima, ya que al no intervenir en este aspecto tan importante para el adecuado desarrollo emocional de los niños con TDA-H, se convierten en adolescentes inseguros con una imagen devaluada de sí mismos y de sus propias capacidades, y como señalan Pope, Mc Hale & Craighead (1988) en su modelo explicativo de la autoestima los factores personales y eventos medioambientales interactúan e influyen definitivamente en la autoestima. También

Coopersmith (1967) le otorgó un papel muy importante a la competencia académica y a la aceptación social proveniente de padres y grupo de iguales (Caso, 1999).

Este problema es de total competencia del psicólogo, principalmente del psicólogo clínico, ya que a él acuden padres y profesores quienes tienen hijos o alumnos que cubren las características diagnósticas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y que desean saber el manejo psicopedagógico ya que en un considerable porcentaje de los casos el TDA-H coexiste con dificultades académicas o trastornos del aprendizaje en lectura, escritura ó cálculo, además de que les interesa saber de qué manera pueden lograr que el trastorno y los sentimientos generados por el niño con respecto a éste no afecten su desarrollo emocional; por tal motivo se sugirió que la propuesta de programa terapéutico a desarrollar pudiera ser una herramienta útil para el psicólogo que se enfrenta con el problema adicional de baja autoestima en niños con TDA-H, la cual pudiera estar afectando el autoconcepto del niño e impedir el pleno desarrollo de sus capacidades. Es importante resaltar que el desarrollo de una buena autoestima en los años de niñez es importante ya que en la adolescencia pueden sufrirse grandes altibajos resultado de lo que pueda influir en cada momento como hechos, personas, situaciones nuevas o en las que se experimenta y si no se tiene una autoestima positiva todo se verá negativamente e impedirá el desarrollo de las capacidades del adolescente (Clark, Clemen & Bean, 1987), por lo anterior se pretendía que se tratara de un programa preventivo que ayudara en cierta medida a afrontar mejor la adolescencia.

Objetivos

- Evaluar los efectos de un programa con enfoque cognoscitivo-conductual sobre la autoestima en niños con TDA-H que se encuentran actualmente bajo tratamiento psicopedagógico y farmacológico.
- Identificar diferencias dentro de cada grupo antes y después del programa.
- Evaluar mediante una comparación interna de los grupos los efectos del programa para la autoestima, esto es, si hubo cambios después de implementar el mismo.
- Identificar si hubo o no diferencias en la autoestima después de implementado el programa comparando el grupo experimental con los grupos control y comparativo y los grupos control y comparativo entre sí.
- Identificar otros factores en las pruebas DRPP y CPRS-R pudieran estar coexistiendo con el TDA-H.

Hipótesis

Hi: "Existen diferencias significativas entre el grupo comparativo y el grupo experimental antes y después de la aplicación de un programa para la autoestima con un enfoque cognoscitivo-conductual en niños con TDA-H"

Ho: "No existen diferencias significativas entre el grupo comparativo y el grupo experimental antes y después de la aplicación de un programa para la autoestima con un enfoque cognoscitivo-conductual en niños con TDA-H"

Hi: "La implementación del programa con enfoque cognoscitivo-conductual tiene un efecto positivo sobre la autoestima en los niños con TDA-H"

Ho: "La implementación del programa con enfoque cognoscitivo-conductual no tiene un efecto sobre la autoestima en los niños con TDA-H"

Tipo de diseño

El tipo de diseño será cuasiexperimental con preprueba-postprueba y grupos intactos (Hernández, Fernández & Baptista, 2000).

Variables

Variable independiente: programa cognoscitivo-conductual para elevar la autoestima en niños con TDA-H.

Variable dependiente: la autoestima en niños con TDA-H.

Definición conceptual

Variable independiente:

Programa cognoscitivo-conductual: Aplicación de procedimientos cognoscitivo-conductuales tales como las autoinstrucciones, el modelado y autorrefuerzo en un programa diseñado en donde se modificará una conducta y se sustituirá por otra conducta que resulte más favorable en comparación con la anterior y que consta de dos fases: a) fase de línea

base o de evaluación comportamental preprograma y b) una fase de tratamiento (Martin & Pear, 1999).

Variable dependiente:

Autoestima: "Es el resultado de la discrepancia entre el ideal de uno mismo y la percepción de uno mismo, si es poca la autoestima es buena y si la discrepancia es grande la autoestima será baja" (Pope, Mc hale & Craighead, 1988).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: "La característica esencial es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar"(APA, 1994).

Definición operacional

Variable independiente:

Programa cognoscitivo-conductual: Aplicación de las técnicas cognoscitivo-conductuales de autoinstrucciones, modelado y autorrefuerzo dentro de un programa de 10 sesiones para modificar la baja autoestima de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Variable dependiente:

Autoestima: Todos los puntajes de la Prueba de Autoestima para niños de Pope, Mc Hale & Craighead que se encuentren por debajo del percentil 51 y dentro de la categoría diagnóstica de Media Baja y Baja.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Cuando el perfil de un niño tenga los factores de atención, hiperactividad e impulsividad del Sistema de detección y referencia de

los niños de primaria dentro de la característica de severidad y las puntuaciones del Conners puntúan desde Ligeramente significativo hasta Marcadamente significativo.

Sujetos

El tipo de muestra fue no probabilística accidental por cuotas (Hernández, Fernández & Baptista, 2000), la cual estará conformada por 3 grupos de 15 niños en cada grupo de 8 a 12 años de edad, 45 en total, seleccionados por padecer un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad diagnosticado por el especialista en Neurología Pediátrica y corroborado por la evaluación psicopedagógica, conductual y emocional realizada en el consultorio, quienes actualmente se encontraran por iniciar ó iniciando tratamiento psicopedagógico y tratamiento farmacológico, los niños podían estar cursando desde el primer año hasta el sexto año de primaria y todos provenían de escuelas particulares y con un nivel socioeconómico medio a medio alto. Cabe señalar que el número de participantes en los tres grupos (15 en cada uno) se limitó por la disponibilidad de la población y porque se cumplieran los criterios de edad, diagnóstico de TDA-H y baja autoestima, además del tiempo de terapia que fue de 10 sesiones con una duración de 20 minutos una vez por semana y al finalizar la terapia psicopedagógica individual la cual tenía una duración de 60 minutos por lo que durante éstas 10 sesiones de programa para la autoestima, también de manera individual se redujo a 40 minutos la sesión psicopedagógica. Se tuvo previsto que algunos abandonaron el tratamiento antes de terminar el programa y que se eliminó a los que no eran constantes en la asistencia a sus sesiones.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio exploratorio ya que al hacer una revisión de la literatura no se encontraron antecedentes del presente trabajo y tal como lo señalan Hernández, Fernández & Baptista (2000) un estudio exploratorio se lleva a cabo cuando el tema a examinar ha sido poco estudiado o que no se ha abordado antes y lo que se encontró fueron investigaciones dentro de diferentes contextos.

Instrumentos

Se midió la autoestima con la Prueba de Autoestima Infantil de Alice Pope, Susan Mc Hale & Edward Craighead (1988), la cual fue validada y confiabilizada para niños mexicanos por Caso en 1999 con el objeto de contar con una prueba que permitiera evaluar la autoestima de niños y preadolescentes mexicanos considerando sus autoevaluaciones con respecto a las principales áreas de influencia durante su desarrollo. La escala está conformada por 21 reactivos agrupados en tres factores que son: evaluación positiva, percepción de competencia y evaluación negativa para evaluar la autoestima global, la familiar, la social, la física y la escolar. Las opciones de respuesta fueron: a) siempre, b) algunas veces y c) nunca. Su nivel de consistencia interna es de .82 en la escala total.

Se utilizó también el Sistema de Detección y Referencia de los Problemas de los niños de Primaria: DRPP que ha sido desarrollado y modificado a través del tiempo desde su creación en 1994 a la fecha por el Dr. Pedro Sánchez en la Universidad Autónoma de Yucatán con el objetivo de detectar los problemas que pueden aquejar a niños mexicanos en edad escolar (entre 6 y 12 años) que puedan estar afectando su desempeño dentro del salón de clases, consta de un cuestionario con 189 reactivos que los padres van contestando con tres opciones de respuesta que son: Si, No o No sé, después de contestados todos los

reactivos el sistema computarizado establece un perfil de 25 factores (Tabla 1) con una descripción del niño y la identificación de las áreas problema, si es que la hubiera y que pudieran estar interfiriendo en su desempeño académico, además se hace al final del perfil una sugerencia que está formada hasta por 20 hipótesis diagnósticas y de ser necesario se sugiere una referencia de acuerdo con el problema detectado (Santiago, 2000)

I	Oposición	I	TDAH
II	Agresión	II	Organicidad
III	Temperamento	III	Problema afectivo
IV	Atención	IV	Problema alimentario
V	Impulsividad	V	Problema de ansiedad
VI	Hiperactividad	VI	Problema de conducta
VII	Ansiedad	VII	Problema emocional
VIII	Autoestima	VIII	Problema de lenguaje
IX	Depresión	IX	Problema motor
X	Socialización	X	Psicosis infantil
XI	Competencia social	XI	Problemas de salud
XII	Obsesión	XII	Retraso mental
XIII	Labilidad afectiva	XIII	Problemas de socialización
XIV	Psicosis	XIV	Problema escolar
XV	Sueño	XV	Pobre autoestima
XVI	Psicomotor	XVI	Problema de aprendizaje
XVII	Comida	XVII	Enuresis
XVIII	Organicidad	XVIII	Epilepsia
XIX	Salud física	XIX	Sonambulismo
XX	Conducta adaptativa	XX	Pica
XXI	Lectura		
XXII	Escritura		
XXIII	Lenguaje		
XXIV	Inteligencia		
XXV	Desempeño escolar		

Tomado de: Santiago, 2000 (pp.54). 25 factores que conforman el DRPP (lado izquierdo) y 20 hipótesis diagnósticas (lado derecho).

Para la medición de los síntomas y detección de cambios antes y después de la aplicación del programa para la autoestima se utilizó la Escala Revisada de Connors para

Padres, *Conners Parent Rating Scale Revised* (CPRS-R) de Goyette, Conners y Urich (1997), esta versión incluye un número de mejoras en un grupo de mediciones que han sido parte de los instrumentos estandarizados hechos con el propósito de valorar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y problemas de conducta relacionados en niños y adolescentes. La Escala Revisada de Conners también incluye una versión para ser contestada por los profesores y otra para autoevaluación en el caso de adolescentes desde los 12 hasta los 17 años. En este estudio únicamente se empleó la versión para padres. La Escala se utiliza desde los 3 años hasta los 17 años e incluye reactivos para medir síntomas externalizados (conducta desafiante en respuesta a reglas, discusiones con adultos, conducta disruptiva, temperamento alto, hostilidad verbal y agresión física) y síntomas internalizados (ansiedad, problemas emocionales, psicossomáticos y de obsesividad y perfeccionismo) estos síntomas son útiles por la característica de no ser observados directamente. Posee un rango de consistencia interna alrededor de .75 a .90 y un coeficiente de confiabilidad test-retest que va de .60 a .90. En términos de validez se utilizaron técnicas de análisis de factores por lo que la validez convergente y divergente se sustenta examinando las relaciones entre las puntuaciones de la Escala y otras mediciones relacionadas. La Escala Revisada de Conners para Padres consta de dos versiones que son la corta y la larga, en este estudio se utilizó la versión larga compuesta por 80 reactivos distribuidos en 14 subescalas que son las siguientes:

- A. Oposicional (10 reactivos)
- B. Problemas de Nivel Cognitivo/Distracción (12 reactivos)
- C. Hiperactividad (9 reactivos)
- D. Ansioso-Tímido (8 reactivos)
- E. Perfeccionista (7 reactivos)
- F. Problemas sociales (5 reactivos)
- G. Psicossomático (6 reactivos)
- H. Índice-Conners de ADHD (10 reactivos)
- I. Índice Global Conners: Inquieto-Impulsivo (7 reactivos)

- J. Índice Global Conners: Inestabilidad Emocional (3 reactivos)
- K. Índice Global Conners: Total (12 reactivos)
- L. DSM-IV: Desatento (9 reactivos)
- M. DSM-IV: Hiperactivo-Impulsivo (9 reactivos)
- N. DSM-IV: Total (18 reactivos)

Materiales

- 1 computadora con procesador mínimo de 386 MHz para cargar el DRPP.
- Lápiz y goma.
- 60 dibujos tipo cómic con un estilo llamado “Manga japonés” ideados y elaborados específicamente para este programa de intervención para la autoestima en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad , diseñados en colores vivos y en hojas tamaño carta, 7 de ellos ejemplificaron la buena autoestima, 5 la baja autoestima, 10 para los pensamientos irracionales y el resto para realizar la modificación del pensamiento utilizando las técnicas cognoscitivo-conductuales de autoinstrucciones, modelamiento y autorrefuerzo
- Con respecto al lugar de aplicación se contó con 3 diferentes consultorios para el trabajo terapéutico con buenas condiciones de iluminación y ventilación, un escritorio, 2 sillas y sin interrupciones.

Procedimiento

Procedimiento general

1.- Se formaron tres grupos, el primero fue el grupo comparativo de "normales" es decir, niños que no tenían el diagnóstico de TDA-H ni ningún otro; el segundo grupo y el tercer grupo se conformaron por niños diagnosticados con TDA-H y baja autoestima que estuvieran iniciando tratamiento psicopedagógico y farmacológico, el segundo grupo

recibió tratamiento para la autoestima (grupo experimental con TDA-H) y el tercer grupo no lo recibió (grupo control con TDA-H). Se llevaron a cabo dos mediciones, una antes de comenzar el programa y la segunda al terminar el programa. En cada medición se aplicaron a los tres grupos el Sistema DRPP, la Escala de Conners para padres y la prueba para niños de autoestima de Pope, Mc Hale y Craighead.

Procedimiento para el grupo comparativo de "normales"

- 1.- Se buscaron en escuelas niños iguales en edad y nivel socioeconómico a cada niño de los grupos experimental y control con TDA-H.
- 2.- Se obtuvieron los permisos correspondientes en la escuela, con los padres y los maestros de ser necesario.
- 3.- Una vez seleccionados se aplicaron el Sistema DRPP, la Escala de Conners para padres y la Prueba de autoestima de Pope, Mc Hale y Craighead a los niños, y de acuerdo con las puntuaciones obtenidas se descartó a aquellos que obtuvieron puntuaciones denominadas como “sin problema” o “sospecha de problema”.
- 4.- La medición antes del tratamiento se llevó a cabo al iniciar el programa y la segunda medición inmediatamente después de terminada la última sesión.
- 5.- Se agradeció a la escuela, maestros y padres por los permisos otorgados.

Procedimiento para el grupo control con TDA-H

- 1.- De todos los niños que llegaban al consultorio canalizados por las escuelas o médicos especialistas en neuropsiquiatría y psiquiatría se seleccionaron a quienes tenían el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad como principal diagnóstico y que

estuvieran por iniciar el tratamiento psicopedagógico y farmacológico, además debían cumplir con el criterio de edad establecido previamente (8-12 años).

2.- Se aplicó la Prueba de autoestima de Pope, Mc Hale y Craighead.

3.- Se aplicó el Sistema DRPP y la Escala de Connors a los padres de los niños seleccionados.

4.- Este grupo continuó con su tratamiento psicopedagógico y farmacológico se cumplían las 10 sesiones de duración del programa de autoestima se les fueron aplicando tanto a los niños como a los padres los instrumentos psicológicos que se habían aplicado al inicio de su terapia psicopedagógica.

5.- Al finalizar el grupo experimental su tratamiento para la autoestima entonces se hizo la evaluación final de los resultados del programa cognoscitivo-conductual para la autoestima aplicando los instrumentos previos.

6.- Se agradeció a los participantes.

7.- Por aspectos éticos e independientemente de los resultados del programa para la autoestima se tuvo contemplado implementarlo en este grupo ya que al contar con las mismas características diagnósticas del grupo experimental (TDA-H y baja autoestima) también tenían el derecho de recibir la misma oportunidad de tratamiento.

Procedimiento experimental con los niños con TDA-H que recibieron el programa de autoestima

1.- Para seleccionar al grupo experimental, este debió cumplir en primera con los requisitos de edad y nivel socioeconómico previamente establecidos además del criterio de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad confirmados por el especialista correspondiente y dicho diagnóstico debía ser el principal.

2.- Una vez conformado el grupo experimental se aplicó la prueba de autoestima para niños de Pope, Mc Hale y Craighead y permanecieron dentro del grupo los que tenían baja autoestima.

3.- Se aplicó el Sistema DRPP a los padres de los niños seleccionados.

4.- Se implementó el programa de autoestima para niños con TDA-H previamente elaborado, el cual consistió en 10 sesiones divididas en 3 de explicación con el fin de que por medio de ejemplos con dibujos (ver anexo) el niño pueda identificar algunas situaciones similares o iguales que le pudieron haber estado sucediendo además de que se identificaron también uno o varios de los pensamientos irracionales que probablemente estaban presentes también y por último se explicó de manera sencilla y breve cómo funcionaban las autoinstrucciones también con ejemplos de situaciones (ver anexo) para que el niño lograra identificar algunas de las frases negativas que pudieran llegar a decirse a sí mismos; de la sesión 4 a la sesión 10 se llevó a cabo la intervención con 4 ejemplos representados por dibujos en cada sesión (ver anexo) de algunas situaciones cotidianas abarcando las áreas familiar, académica, social e imagen corporal en donde se sustituyeron los pensamientos y el lenguaje encubierto negativos que acompañaron a los niños con baja autoestima por otros más positivos, en donde también se incluyó una parte en donde el niño se autorreforzó si lograba la sustitución de manera satisfactoria. Se consideró importante intervenir desde este punto para lograr mediante el uso de las autoinstrucciones con el modelamiento y el autorrefuerzo el cambio de estos pensamientos por otros que mejoraran la opinión que el niño tenía de sí y a la vez que incrementaran su confianza pese a que a veces el medio ambiente no fuera del todo favorecedor por las situaciones en las que cotidianamente se ve envuelto producto de la sintomatología propia del TDA-H y que a

veces disminuyen sus probabilidades de éxito en las áreas más importantes de su vida que son la familiar, académica, social e imagen corporal.

Este procedimiento se describirá detalladamente a continuación:

SESION 1

¿Qué es la autoestima?

Se introdujo dentro del programa haciendo de manera sencilla y fácil de entender una explicación de lo importante que es la autoestima para que el niño lograra identificar de manera más clara como era la suya utilizando los ejemplos dados por Vallés (1996). Se analizaron situaciones que ejemplificaran por medio de dibujos lo que se les deseaba transmitir, se mostraron algunos dibujos en el apartado de Anexos:

- 1.- Está orgullosa (o) de sus logros: "Que bien me quedó"
- 2.- Hace las cosas por sí mismo (a) sin esperar que otros lo hagan: "Yo lo hago"
- 3.- Asume responsabilidades: "Yo me encargo de..."
- 4.- Acepta y tolera cuando no le va bien en lo que hace sin que se sienta muy mal: "No lo logré pero intentaré de nuevo"
- 5.- Afronta retos con entusiasmo: "Es muy difícil pero lo voy a intentar"
- 6.- Se siente capaz de influir en los demás: "Déjame enseñarte como se hace, lo aprendí y ya puedo ayudarte"
- 7.- Expresa emociones y sentimientos: "Hoy estoy contento (a) porque..."

Después de presentar cada uno de estos ejemplos, se vieron ejemplos de niños y niñas (tomados también de Vallés, 1996) que tienen baja autoestima y se mostraron imágenes como las anteriores con las situaciones a continuación planteadas (ver anexo):

- 1.- Evita las situaciones que le provocan ansiedad: "No quisiera ir a la escuela hoy porque el examen de.... va a ser muy difícil".

- 2.- Darle poco valor a sus propias capacidades: "Nunca dibujo nada que valga la pena"
- 3.- Sentir que los demás no le consideran ni valoran: "No quieren jugar conmigo"
- 4.- Trasladar las responsabilidades a los demás. No tener un criterio propio de actuación en determinadas situaciones: "Como no me dijiste donde estaba la ropa no me he vestido"
- 5.- Dejarse influir con mucha facilidad por los demás: "Ellas me dijeron que hiciera.... y lo hice"

SESION 2

Pensamientos irracionales

Se introdujo el nuevo tema, también se mostró un dibujo representando cada Pensamiento Irracional ,dichos pensamientos se tomaron de Bernard y Joyce (1984) y las situaciones fueron ideadas por los autores del presente trabajo:

- 1.- Es terrible si no le agrado a otros.
- 2.- Es malo que yo comenta un error.
- 3.- Todo debe ser como yo quiero, siempre debo tener lo que quiero.
- 4.- Las cosas deben ser fáciles para mí.
- 5.- El mundo debe ser justo y la gente mala debe ser castigada.
- 6.- No debo mostrar mis sentimientos.
- 7.- Los adultos deben ser perfectos.
- 8.- Sólo existe una respuesta correcta.
- 9.- Siempre debo ganar.
- 10.- No debería esperar para obtener nada.

Después del último, se le preguntó al niño si identificaba alguno (s) y podía decir que sí o no, pero se le debía animar si se consideraba necesario con ejemplos o preguntar si entendió, se finalizaba la sesión.

SESION 3

Autoinstrucciones

Se tomó como base el programa para mejorar la autoestima en niños y adolescentes utilizando las autoafirmaciones de Pope, Mc Hale y Craighead (1988) y también el modelo de Meichenbaum (1977) de autoinstrucciones con modelado. Después de haber conocido y logrado identificar su autoestima y los probables pensamientos irracionales que pudieran tener ya se encontraban en condiciones de identificar en sí mismos situaciones en las que se hagan autoafirmaciones negativas por lo que se leyeron las siguientes frases y se esperaron las respuestas del niño para anotarlas en su hoja de registro:

"Cuando mis papás me regañan me digo a mí mismo..."

"Cuando me equivoco pienso..."

"No sé..."

"Cuando saco malas calificaciones, pienso..."

"No me sale nada bien..."

"Cuando mis amigos se enojan conmigo, me digo..."

"Cuando intento alguna cosa y no me sale, y a otros niños sí pienso..."

"Me preocupa..."

"Cuando me miro en el espejo, pienso..."

"Sería mejor si yo..."

"Todo el mundo debería..."

SESION 4

Intervención

El proceso para enseñar a desarrollar su lenguaje interno consta de tres pasos (Pope, Mc Hale & Craighead, 1988) que son los siguientes: 1) ayudarle a controlar sus procesos mentales o actividades "encubiertas" (como la tendencia a pensar de sí mismo de manera reprobatoria; b) enseñarle a evaluar su conducta manifiesta y encubierta (ver si sus pensamientos o su conducta se ajustan a ciertos modelos); y c) enseñarle a reforzarse a sí mismo por su conducta. Dichos pasos se enseñaron conforme transcurrían las sesiones. Esta sesión era el primer paso en donde se identificaban las autoafirmaciones y se le ayudó a controlarlas.

Se le explicó al niño este aspecto del lenguaje interno y se le dieron ejemplos.

Con los ejemplos los niños podían apreciar mejor de lo que se estaba hablando y de esta manera terminaba la sesión de ese día.

SESIÓN 5

Se introdujo la sesión de hoy haciendo un resumen de la sesión anterior y se resaltó la importancia de que lograra identificar cuales eran las frases negativas que ha llegado a decirse a sí mismo.

SESION 6

Con lo que se ha visto en las sesiones anteriores el niño estaba preparado para hacer una evaluación de su conducta y de poder controlar las autoafirmaciones negativas que en determinadas situaciones llegara a hacerse, a continuación se le enseñó a reforzarse a sí mismo cuando utilizara autoafirmaciones positivas o a la hora de rebatir las que son negativas. Se presentaron ejemplos de circunstancias que fueran dolorosas en alto grado para el niño por ser negativas. Dichas situaciones abarcaron las áreas más importantes a

reforzar y así lograr que el niño tuviera un cambio en cuanto a la forma en que se veía así mismo y la opinión hacia el mismo, las áreas son: familiar, escolar, social e imagen corporal.

Se combinó la técnica de autoinstrucciones con modelado para lograr una modificación de las autoafirmaciones que hace el niño siguiendo para éste fin el modelo que propuso Meichenbaum en 1977 (Caballo, 1995) que consta de los siguientes 5 pasos:

- a) Modelo por parte del terapeuta hablándose a sí mismo en voz alta (en este caso fueron los modelos que se propusieron en los ejemplos representados con dibujos, los cuales tenían el diálogo y pensamiento en voz alta acerca de la situación a cargo del niño o niña protagonista de cada historia)
- b) El niño realizaba la situación hecha previamente por el terapeuta con la guía de éste, en voz alta (la situación representada en el dibujo se llevara a cabo por el niño o niña y la ayuda del terapeuta como otro de los personajes y como guía)
- c) El niño volvía a realizar la situación, ahora en voz alta, guiado por el terapeuta en voz baja (la situación del dibujo se llevaba a cabo con la guía del terapeuta en voz baja)
- d) El niño realizó la situación pero se guía a sí mismo en voz baja.
- e) El niño realizó la situación guiándose con autoinstrucciones internas.

Siguiendo los 5 pasos detallados en el párrafo anterior se mostró el dibujo (ver anexo) de la situación negativa, después se rebatió la idea y el sentimiento negativo con otra situación, con una idea y un sentimiento más positivo que contiene además el autorrefuerzo por haber logrado cambiar la idea y se modeló con el niño siguiendo en orden los pasos con ayuda del experimentador.

Se le enseñó al niño como puede modificar sus frases negativas por otras positivas.

A partir de esta sesión y hasta la sesión 10 se presentaron cuatro ejemplos por sesión de cada una de las cuatro áreas en las que se intervendrá: familiar, escolar, social e imagen corporal (ver anexo).

5.- Al concluir el programa se aplicaron de nuevo las pruebas de autoestima y el DRPP.

RESULTADOS

Como ya se ha mencionado, la autoestima de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se ve afectada por diversos motivos que tienen que ver con sus síntomas y que depende de la severidad de los mismos el grado en el que se puede ver disminuída ya que todos los que los rodean constantemente los reprenden, sancionan o castigan, les nombran con adjetivos cargados de una connotación negativa, les hacen saber que no están cumpliendo con las expectativas que se tienen puestas en ellos, etc., puesto que la autoestima en los niños está basada en el concepto que sus figuras significativas tengan de ellos provocará que la percepción que tengan de sí mismos sea negativa.

Por lo tanto, este trabajo tuvo por objetivo evaluar los efectos de un programa cognoscitivo-conductual sobre la autoestima de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el programa cognoscitivo-conductual para la autoestima fue implementado como parte del tratamiento de uno de los tres grupos que conformaron la muestra.

Se comenzó por seleccionar la muestra de un total de 102 niños, de los cuales se eligió solamente a 45 niños y niñas pertenecientes a escuelas privadas y que cumplieran con todos los criterios de inclusión y con las mismas características demográficas (género, edad, nivel socioeconómico y grado escolar); 15 niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y baja autoestima conformaron el grupo experimental, 15 niños con las mismas características del grupo anterior formaron el grupo control y 15 niños que nunca han sido llevados a valoración psicológica por lo que no cuentan con ningún diagnóstico y actualmente no se encuentran bajo tratamiento alguno, este grupo se llamó comparativo de normales. Las edades de los niños fluctuaron en un rango de 8 a 12 años de edad.

Además de cumplir con las características demográficas y de diagnóstico, para su inclusión en cada uno de los grupos se utilizaron tres pruebas, la primera fue el Sistema de Detección y Referencia de los Problemas de los niños de Primaria DRPP cuya finalidad fue la de detectar dentro de los 25 factores que conforman la prueba los que corresponden a la atención, la impulsividad, la hiperactividad y la autoestima; la segunda prueba que se utilizó fue la Escala Revisada de Conners para Padres con la finalidad de confirmar el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; una vez aplicadas estas pruebas fue necesario también aplicar la Prueba de Autoestima para Niños de

Pope, Mc Hale y Craighead para seleccionar a los niños con TDA-H que obtuvieron puntuaciones correspondientes al rango de Baja Autoestima para conformar los grupos experimental y control. Para el grupo comparativo de normales fue necesario aplicar las 3 pruebas para poder realizar la comparación antes-después con los otros dos grupos, en el caso de este grupo no fue requisito indispensable puntuar bajo en las pruebas ya que el no contar con diagnósticos ni tratamientos previos no significaba que no tuvieran ningún problema.

Es importante mencionar que los grupos experimental y control se encontraban iniciando un tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad que consistía en Terapia denominada Psicopedagógica y Tratamiento farmacológico para el TDA-H, la Terapia Psicopedagógica tenía una duración de 60 minutos por sesión semanal. Al grupo experimental se le implementó además el Programa Cognoscitivo-Conductual para la autoestima que entró como complemento de la Terapia Psicopedagógica con una duración de 20 minutos dentro de los 60 minutos de sesión semanal durante un tiempo de 10 semanas. El grupo control no recibió el programa Cognoscitivo-Conductual para la autoestima por lo que la duración de las sesiones de Terapia Psicopedagógica fue de 60 minutos; por su parte el grupo comparativo de normales continuó sin modificación alguna.

Pasadas las 10 sesiones del Programa Cognoscitivo-Conductual para la autoestima se procedió a aplicar nuevamente a los 3 grupos las 3 pruebas.

A continuación la Gráfica 1 muestra como queda conformada la muestra en cuanto a número de miembros que la conformaron:

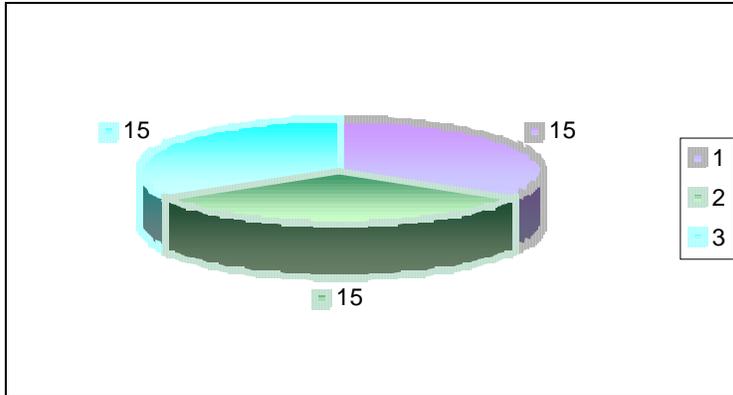


Figura 1. Conformación de la muestra

La Tabla 1 explica las características de la muestra en cuanto a las pruebas que se aplicaron, en que momento y el tratamiento que recibieron.

Tabla 1. Conformación de la muestra en cuanto a pruebas utilizadas y tipo de tratamiento.

MEDICIÓN	Pretest y postest de los grupos		
	Experimental	Control	Comparativo de Normales
GRUPO			
DIAGNOSTICO	TDA-H Baja autoestima	TDA-H Baja Autoestima	Ninguno
EDAD	8 a 12 años	8 a 12 años	8 a 12 años
TIPO DE TRATAMIENTO	Psicopedagógico o Farmacológico y Programa para la autoestima	Psicopedagógico o Farmacológico	Ninguno
PRUEBAS	DRPP Conners para padres Autoestima	DRPP Conners para padres Autoestima	DRPP Conners para padres Autoestima

La proporción de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es de 4 niños por una niña en población general, por lo que era esperado que se tuvieran más niños que niñas, quedando entonces formada por 33 niños y 12 niñas, tal como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Características de la muestra en cuanto a género

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE

Masculino	33	73.3
Femenino	12	26.7
Total	45	100

La edad de los niños estuvo dentro del rango de los 8 a los 12 años, 15 niños tuvieron 8 años, 3 niños de 9, 9 niños de 10, 12 niños de 11 y 6 niños de 12 años.

Tabla 3. Características de la muestra en cuanto a edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 años	15	33.3
9 años	3	6.7
10 años	9	20
11 años	12	26.7
12 años	6	13.3

El grado escolar de los niños dependió mucho de la escuela a la que pertenecían ya que hay escuelas que cuentan con el grado denominado Transitorio, el cual los prepara para el segundo idioma en escuelas biligües por lo que hay 2 niños de 8 años en primero de primaria, por esta causa el rango de grado escolar fue de primer grado hasta sexto grado. La tabla 5 muestra que hubo 2 niños en primer grado, 8 niños en segundo grado, 8 niños en tercer grado, 9 niños en cuarto grado, 9 niños en quinto grado y 9 niños en sexto grado.

Tabla 4. Características de la muestra en cuanto a grado escolar.

GRADO ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primero	2	4.4
Segundo	8	17.8

Tercero	8	17.8
Cuarto	9	20
Quinto	9	20
Sexto	9	20

El nivel socioeconómico al que pertenecen los niños quedó manifestado por los mismos padres al solicitarles sus datos antes de contestar las pruebas DRPP-R y Conners para padres y va desde medio (16 niños), medio-alto (21 niños) y alto (8 niños).

Tabla 5. Características de la muestra en cuanto al nivel socioeconómico.

NIVEL SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medio	16	35.6
Medio-alto	21	46.7
Alto	8	17.8

La última característica demográfica que se tomó en cuenta fue el estado civil de los padres y se encontró que 34 eran casados, 5 divorciados, 1 unión libre, 5 sólo madre y ninguno con solo el padre.

Tabla 6. Características de la muestra en cuanto al estado civil de los padres.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casados	34	75.6
Divorciados	5	11.1
Unión Libre	1	2.2
Sólo Madre	5	11.1
Sólo Padre	0	0

Resultados obtenidos con la Prueba de Autoestima para niños de Pope, McHale y Craighead

Como ya se ha descrito en el apartado de instrumentos la Prueba de Autoestima para niños de Pope, Mc Hale y Craighead es un instrumento validado y confiabilizado para su uso con niños mexicanos que toma en cuenta las autoevaluaciones de niños y preadolescentes en cuanto a su autoestima global, familiar, social, física y escolar.

En primer lugar se comparó cada uno de los 3 grupos antes y después de la implementación del programa para saber sus diferencias, en donde se observó que el grupo experimental presentó un incremento de la media después de la aplicación del programa (de $X=46.60$ a $X=53.40$), mientras que el grupo control no muestra variaciones en su media después ya que no hubo intervención para la baja autoestima (de $X=49.40$ a $X=49.67$) y en el grupo comparativo tampoco se presentaron cambios en la media (de $X=56.20$ a 56.00). Los resultados se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Comparación entre medidas de tendencia central para la Prueba de Autoestima antes y después de la implementación del programa.

GRUPOS	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	PRETEST DE AUTOESTIMA	POSTEST DE AUTOESTIMA
EXPERIMENTAL	Media	46.60	53.40
	Desviación Estándar	3.641	5.011
CONTROL	Media	49.40	49.67
	Desviación Estándar	3.851	4.271
COMPÁRATIVO	Media	56.20	56
	Desviación Estándar	3.858	2.777

Para comprender mejor los datos proporcionados acerca de las medias y desviaciones estándar fué importante conocer los rangos de calificación obtenidos para la prueba de Autoestima siendo en el pretest la mínima calificación obtenida de 39 y la máxima calificación de 62 y para el postest la mínima calificación de 41 y la máxima calificación de 60.

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes para la prueba de autoestima en el pretest.

PUNTUACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
39	1	2.2
41	1	2.2
42	1	2.2
43	2	4.4
44	1	2.2
45	2	4.4
46	1	2.2
47	3	6.7
48	3	6.7
49	4	8.9
50	7	15.6
51	3	6.7
53	1	2.2
54	1	2.2
55	2	4.4
56	3	6.7
57	3	6.7
58	2	4.4
59	3	6.7
62	1	2.2
TOTAL	45	100

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes para la prueba de autoestima en el postest.

PUNTUACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
41	1	2.2
43	2	4.4
44	1	2.2
45	1	2.2
47	1	2.2
48	1	2.2
49	3	6.7
50	2	4.4
51	2	4.4
52	1	2.2
53	6	13.3
54	5	11.1
55	5	11.1
56	3	6.7
57	3	6.7
58	3	6.7
59	2	4.4
60	3	6.7
TOTAL	45	100

Posteriormente se comparó cada grupo antes y después del programa para la autoestima para lo cuál se utilizó la prueba de Comparación de muestras independientes de Kruskal Wallis y los resultados arrojan diferencias estadísticamente significativas tanto en el pretest ($\chi^2=23.0$ y $p=.000$) como en el postest ($\chi^2=14.9$ y $p=.001$).

Tabla 10. Comparación de muestras independientes de Kruskal Wallis para la prueba de autoestima en el pretest y en el postest.

MEDICION	GRUPO	RANGO DE LA MEDIA	X ²	SIGNIFICANCIA
PRETEST	Experiment	13.23	23.0	.000*
	al	20.13		
	Control	35.63		
	Comparativ			
	o			

MEDICION	GRUPO	RANGO DE LA MEDIA	X ²	SIGNIFICANCIA
POSTEST	Experimental	24.77	14.9	.001*
	Control	13.00		
	Comparativo	31.23		

P=>0.05*

Los resultados de este análisis indican la presencia de diferencias estadísticamente significativas tanto en el pretest como en el postest por lo que fue necesario también comparar cada grupo antes y después del programa para dejar claro en qué grupo se encuentran con el fin de saber si pudieran deberse a la implementación del programa cognoscitivo-conductual para la autoestima en el grupo experimental, el análisis que se realizó fue el de la prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon, la cual arrojó diferencias estadísticamente significativas solamente en el grupo experimental (p=.001) por lo que se puede suponer que el programa está provocando cambios mientras que tanto el grupo control (p=.469)

como el grupo comparativo de normales ($p=.635$) se mantuvieron sin cambios significativos.

Tabla 11. Prueba de Rangos asignados de Wilcoxon para los tres grupos antes y después del programa en la Prueba de Autoestima.

GRUPO	SIGNIFICANCIA
Experimental	.001*
Control	.469
Comparativo	.635

$P=>0.05^*$

Con la finalidad de tener resultados que logaran ver de manera más clara que las diferencias estadísticamente significativas encontradas en el grupo experimental se debió a la implementación del programa se realizó un análisis entre grupos en el pretest con la Prueba de muestras relacionadas de U de Mann Withney en donde no se observaron diferencias entre el grupo experimental y el grupo control ($p=0.63$) y en cambio si se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo comparativo ($p=.000$) y entre el grupo control y el grupo comparativo ($p=.000$).

Tabla 12. Prueba de muestras relacionadas de U de Mann Withney para el pretest de la Prueba de Autoestima.

GRUPOS	U DE MANN WITHNEY	SIGNIFICANCIA
Experimental-control	68.00	0.63
Experimental-comparativo	10.50	.000*
Control-comparativo	25.00	.000*

$P=>0.05^*$

Posteriormente se realizó el mismo análisis para el posttest y se obtuvo que entre el grupo experimental y el grupo control ($p=.015$) se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre el grupo experimental y el grupo comparativo ($p=.182$) no hay diferencias significativas y entre el grupo control y el grupo comparativo ($p=.000^*$) también se encontraron diferencias significativas.

Tabla 13. Prueba de muestras relacionadas de U de Mann Withney para el posttest de la Prueba de Autoestima.

GRUPOS	U DE MANN WITHNEY	SIGNIFICANCIA
Experimental-control	54.00	.015*
Experimental-comparativo	80.50	.182
Control-comparativo	21.00	.000*

$P=>0.05^*$

Resultados obtenidos con el Sistema de Detección y Referencia de los Problemas de los niños de Primaria (DRPP)

El DRPP fue uno de los dos instrumentos que se utilizaron con el fin de confirmar los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, sin embargo fue interesante conocer los resultados de dichas aplicaciones debido a que el DRPP es un instrumento que fue desarrollado con el objeto de detectar problemas que pueden afectar a niños mexicanos en edad escolar y que puedan estar influyendo en su desempeño académico.

Se llevó a cabo un análisis estadístico inferencial del DRPP utilizando en primer lugar la Prueba de comparación de muestras independientes de Kruskal

Wallis ya que se deseaba saber si había diferencias significativas dentro de cada grupo antes y después del programa en cada uno de los 25 factores del DRPP. Los resultados se encuentran resumidos en la Tabla 14.

Tabla 14. Factores del DRPP estadísticamente significativos tanto en el pretest como en el postest después de la utilización de la Prueba de comparación de muestras independientes de Kruskal Wallis.

Medición	Factores del DRPP	X ²	Significancia
PRETEST	Oposición	8.987	.011
	Atención	22.974	.000
	Impulsividad	27.317	.000
	Hiperactividad	20.422	.000
	Autoestima	10.439	.005
	Comportamiento Social	6.542	.038
	Lectura	16.609	.000
	Escritura	10.457	.005
POSTEST	Atención	13.074	.001
	Impulsividad	11.850	.003
	Hiperactividad	14.799	.001
	Comportamiento Social	9.921	.007
	Trastornos Alimentarios	7.398	.025
	Lectura	7.600	.022

P=<0.05

En la tabla se muestran cuales de los 25 factores son estadísticamente significativos y se observa que hay diferencias en cuanto a que factores fueron significativos en el pretest y el postest. Se consideró importante saber en qué grupos se ubicaban dichas diferencias por lo que se realizó también un análisis con la prueba de rangos de U de Mann Withney directamente sobre los factores del DRPP estadísticamente significativos tanto en el pretest como en el postest para establecer exactamente donde se encuentran las diferencias. Los resultados están presentados en la tabla 15.

Tabla 15. Factores del DRPP significativos en el pretest con la prueba de U de Mann de Withney

GRUPOS	FACTORES DEL DRPP	U DE MANN WHITNEY	SIGNIFICANCIA
EXPERIMENTAL Y CONTROL	ATENCION	61.00	.033
EXPERIMENTAL Y COMPARATIVO	OPOSICION	48.50	.003
	ATENCION	8.00	.000
	IMPULSIVIDAD	9.00	.000
	HIPERACTIVIDAD	26.50	.000
	AUTOESTIMA	51.00	.006
	LECTURA	46.00	.003
CONTROL Y COMPARATIVO	ESCRITURA	52.50	.001
	ATENCION	36.00	.001
	IMPULSIVIDAD	9.00	.000
	HIPERACTIVIDAD	13.50	.000
	AUTOESTIMA	47.00	.004
	COMPORTAMIENTO SOCIAL	62.50	.013
	LECTURA	18.00	.000
	ESCRITURA	60.00	.003

Se observan en la Tabla 15 diferencias estadísticamente significativas antes de la aplicación del programa en el factor de atención entre el grupo experimental y el grupo control, según las medias de rangos de ambos grupos la del grupo experimental ($X=18.93$) es más alta que la del grupo control ($X=12.07$) por lo que los síntomas del TDA-H se presentaban más intensos en el grupo experimental que en el control.

En tanto que entre el grupo experimental y el grupo comparativo existen diferencias en los factores de oposición, atención, impulsividad, hiperactividad, autoestima, lectura y escritura. A continuación se analizó cada uno.

Al analizar los rangos de la media se observa que son superiores en el grupo experimental en el pretest.

Tabla 16. Rangos de la media para todas las combinaciones entre los grupos en el pretest.

FACTORES	GRUPO	RANGO DE LA MEDIA
Atención	Experiment al Control	18.93 12.07
Oposición	Experiment al Comparativ o	19.77 11.23

Atención	Experimental Comparativo	22.47 8.53
Impulsividad	Experimental Comparativo	22.40 8.60
Hiperactividad	Experimental Comparativo	21.23 9.77
Autoestima	Experimental Comparativo	19.60 11.40
Lectura	Experimental Comparativo	19.93 11.07
Escritura	Experimental Comparativo	19.50 11.50
Atención	Control Comparativo	20.60 10.40
Impulsividad	Control Comparativo	22.40 8.60
Hiperactividad	Control Comparativo	22.10 8.90
Autoestima	Control Comparativo	19.87 11.13
Comportamiento Social	Control Comparativo	18.83 12.17
Lectura	Control Comparativo	21.80 9.20
Escritura	Control Comparativo	19.00 12.00

Posteriormente se realizó el mismo análisis para el postest, tomando en cuenta solamente los factores estadísticamente significativos en la prueba de Kruskal Wallis.

Tabla 17. Prueba U de Mann Withney para los factores del DRPP significativos en cada combinación de grupos en el postest.

GRUPOS	FACTORES	U DE MANN	SIGNIFICANCIA
--------	----------	-----------	---------------

	DEL DRPP	WHITNEY	
EXPERIMENTAL Y CONTROL	Impulsividad	64.00	.040
EXPERIMENTAL Y COMPARATIVO	Atención	40.00	.001
	Hiperactividad	62.00	.020
CONTROL Y COMPARATIVO	Atención	49.00	.002
	Impulsividad	36.00	.001
	Hiperactividad	27.50	.000
	Comportamiento social	51.00	.002
	Lectura	55.00	.006

Después se realizó nuevamente el análisis de los rangos de la media como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18. Rangos de la media para todas las combinaciones entre los grupos en el postest.

FACTORES	GRUPOS	RANGOS DE LA MEDIA
Impulsividad	Experimental	12.27
	Control	18.73
Atención	Experimental	20.33
	Comparativo	10.67
Hiperactividad	Experimental	18.87
	Comparativo	12.13
Atención	Control	19.73
	Comparativo	11.27
Impulsividad	Control	20.60
	Comparativo	10.40
Hiperactividad	Control	21.17
	Comparativo	9.83
Comportamiento Social	Control	19.60
	Comparativo	11.40
Lectura	Control	19.33
	Comparativo	11.67

Como se ha observado en la tabla 18, al analizar los rangos de la media en el postest se observa que también son todos superiores en el experimental al comparar tanto con el grupo control como con el grupo comparativo, los del grupo control son mayores solamente si se comparan con los rangos del grupo comparativo de normales.

Para finalizar, se comparó cada grupo antes y después del programa para saber qué factores resultaban estadísticamente significativos con el fin de saber qué cambios hubo y para lo cual se utilizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon.

Tabla 19. Prueba de rangos asignados de Wilcoxon para los factores significativos del grupo experimental al comparar pretest y postest.

FACTOR	SIGNIFICANCIA
Oposición	.049
Temperamento	.039
Atención	.005
Impulsividad	.003
Hiperactividad	.003
Autoestima	.003
Trastornos alimentarios	.046
Lectura	.007
Escritura	.026

P=>0.05

A continuación se realizó el mismo análisis pretest y postest con la Prueba de rangos asignados de Wilcoxon para el grupo control.

Tabla 20. Prueba de rangos asignados de Wilcoxon para los factores significativos del grupo control al comparar el pretest con el postest.

FACTOR	SIGNIFICANCIA
Atención	.015
Hiperactividad	.042
Trastornos alimentarios	.046
Escritura	.018

P=>0.05

Al analizar el grupo comparativo de la misma forma se encontró que no hubo cambios estadísticamente significativos en ninguna escala. En resumen, la mayor cantidad de diferencias se encontró en el grupo experimental (9 factores) a diferencia del grupo control (4 factores) y ninguno en el grupo comparativo. Por lo que el programa para la autoestima produce cambios además en otros factores los cuales se discutirán más adelante.

Resultados obtenidos con la utilización de la Escala Revisada de Conners para Padres versión larga, Conners Parents Rating Scale Revised (CPRS-R)

Al igual que con el DRPP se realizó un análisis del CPRS-R para conocer cuáles de los 14 factores que conforman este cuestionario eran significativos tanto antes como después de la utilización del programa para la autoestima en cada uno de los 3 grupos que conformaron la muestra.

El CPRS-R es una prueba creada con el objeto de valorar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y problemas de conducta relacionados en niños y adolescentes, motivo por el cual se utilizó en este trabajo para medir los síntomas del TDA-H debido a que es el diagnóstico principal y ya que la evolución de tales síntomas influye en su entorno y en su autoestima pareció importante hacer un seguimiento antes y después del programa.

Debido a los resultados antes descritos se llevó a cabo un análisis estadístico utilizando la Prueba de Comparación de muestras independientes de Kruskal Wallis para encontrar diferencias dentro de cada grupo antes y después del programa en cada uno de los 14 factores del CPRS-R, encontrándose que en el pretest hay diferencias estadísticamente significativas en los factores llamados

oposicional ($x^2=9.4$ y $p=.009$), hiperactividad ($x^2=27.7$ y $p=.000$), índice Conners de ADHD ($x^2=33.3$ y $p=.000$), índice global Conners inquieto-impulsivo ($x^2=27.5$ y $p=.000$), índice global Conners ($x^2=24.9$ y $p=.000$), DSM-IV desatento ($x^2=32.1$ y $p=.000$), DSM-IV hiperactivo-impulsivo ($x^2=23.6$ y $p=.000$), y DSM-IV Total ($x^2=28.4$ y $p=.000$), tal como se muestra en la Tabla 21.

Tabla 21. Comparación de muestras independientes de Kruskal Wallis para la prueba de CPRS-R para el pretest.

MEDICION	FACTORES	X^2	SIGNIFICANCIA
PRETEST	Oposicional	9.4	.009
	Hiperactividad	25.7	.000
	Indice Conners de ADHD	33.3	.000
	Indice Conners inquieto-impulsivo	27.5	.000
	Indice Conners Total	24.9	.000
	DSM-IV desatento	32.1	.000
	DSM-IV hiperactivo-impulsivo	23.6	.000
	DSM-IV Total	28.4	.000

En el postest se observan puntuaciones estadísticamente significativas en los factores llamados oposicional ($x^2=8.5$ y $p=.014$), problemas de nivel cognitivo-distracción ($x^2=26.1$ y $p=.000$), hiperactividad ($x^2=22.7$ y $p=.000$), índice Conners de ADHD ($x^2=27.6$ y $p=.000$), índice global Conners inquieto-impulsivo ($x^2=24.4$ y $p=.000$), índice global Conners total ($x^2=25.9$ y $p=.000$), DSM-IV desatento ($x^2=24.5$ y $p=.000$), DSM-IV hiperactivo-impulsivo ($x^2=21.9$ y $p=.000$) y DSM-IV total ($x^2=25.9$ y $p=.000$).

Tabla 22. Comparación de muestras independientes de Kruskal Wallis para la prueba de CPRS-R en el postest.

MEDICION	FACTORES DEL CPRS-R	X ²	SIGNIFICANCIA
POSTEST	Oposicional	.8.5	.014
	Problemas de nivel cognitivo-distracción	26.1	.000
	Hiperactividad	22.7	.000
	Indice Conners de ADHD	27.6	.000
	Indice Conners inquieto-impulsivo	24.4	.000
	Indice Conners total	21.8	.000
	DSM-IV desatento	24.5	.000
	DSM-IV hiperactivo-impulsivo	21.9	.000
	DSMIV total	25.9	.000

Posteriormente, para conocer en qué grupos se ubicaban las diferencias se utilizó la prueba de U de Mann Withney sobre los factores del CPRS-R estadísticamente significativos en el análisis anterior.

Se encontró que en el pretest hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control en los factores denominados índice Conners de ADHD ($p=.001$) y DSM-IV desatento ($p=.002$); entre los grupos experimental y comparativo en los factores llamados oposicional ($p=.010$), problemas de nivel cognitivo-distracción ($p=.000$), hiperactividad ($p=.000$), índice Conners de ADHD ($p=.000$), índice global Conners total ($p=.000$), DSM-IV desatento ($p=.000$), DSM-IV hiperactivo-impulsivo ($p=.000$) y DSM-IV total ($p=.000$) y entre el grupo control y el grupo comparativo hubo diferencias en 9 factores que son el oposicional ($p=.005$), problemas de nivel cognitivo-distracción ($p=.000$), hiperactividad ($p=.000$), índice Conners de ADHD ($p=.000$), índice global Conners total ($p=.000$), DSM-IV desatento ($p=.000$), DSM-IV hiperactivo-impulsivo ($p=.000$) y DSM-IV total ($p=.000$). La tabla 23 muestra los resultados.

Tabla 23. Factores del CPRS-R significativos en la prueba de U de Mann Withney en el pretest.

GRUPOS	FACTORES DEL CPRS-R	U DE MANN WITHNEY	SIGNIFICANCIA
EXPERIMENTAL-CONTROL	Índice Conners de ADHD	30.500	.000
	DSM-IV desatento	40.000	.002
EXPERIMENTAL-COMPARATIVO	Oposicional	51.500	.010
	Problemas nivel cognitivo-distracción	3.000	.000
	Hiperactividad	8.000	.000
	Índice Conners de ADHD	.500	.000
	Índice Conners inquieto-impulsivo	3.000	.000
	Índice Conners total	6.500	.000
	DSM-IV desatento	.000	.000
	DSM-IV hiperactivo-impulsivo	6.000	.000
CONTROL-COMPARATIVO	DSM-IV total	3.000	.000
	Oposicional	46.500	.005
	Problemas nivel distracción cognitivo-distracción	1.500	.000
	Hiperactividad	12.000	.000
	Índice Conners de ADHD	5.500	.000
	Índice Conners inquieto-impulsivo	16.500	.000
	DSM-IV desatento	7.000	.000
	DSM-IV hiperactivo-impulsivo	21.500	.000
DSM-IV total	6.000	.000	

Para conocer en que grupo se marcan dichas diferencias a continuación se detallan los rangos de la media para todos los factores estadísticamente significativos.

Tabla 24. Rangos de la media de la Prueba de U de Mann Withney en el pretest.

FACTORES	GRUPOS	RANGOS DE LA MEDIA
Índice Conners de ADHD	Experimental al Control	20.97 10.03
DSM-IV desatento	Experimental al Control	20.33 10.67
Oposicional	Experimental al Comparativo	19.57 11.43
Problemas de nivel cognitivo-distracción	Experimental al Comparativo	22.80 8.20
Hiperactividad	Experimental al Comparativo	22.47 8.53
Índice Conners de	Experimental	22.97

ADHD	al Comparativo	8.03
Indice Conners inquieto-impulsivo	Experimental al Comparativo	22.80 8.20
Indice Conners total	Experimental al Comparativo	22.57 8.43
DSM-IV desatento	Experimental al Comparativo	23.00 8.00
DSM-IV impulsivo	Experimental al Comparativo	22.60 8.40
DSM-IV total	Experimental al Comparativo	22.80 8.20
Oposicional	Control Comparativo	19.90 11.10
Problemas de nivel cognitivo-distracción	Control Comparativo	22.90 8.10
Hiperactividad	Control Comparativo	22.20 8.80
Indice Conners de ADHD	Control Comparativo	22.63 8.77
Indice Conners inquieto-impulsivo	Control Comparativo	22.23 8.77
Indice Conners total	Control Comparativo	21.90 9.10
DSM-IV desatento	Control Comparativo	22.53 8.47
DSM-IV hiperactividad-impulsividad	Control Comparativo	21.57 9.43
DSM-IV total	Control Comparativo	22.60 8.40

Todos los rangos de la media son más elevados en el grupo experimental al compararlo con el grupo control y el grupo comparativo, y al comparar el grupo control con el grupo comparativo todos los rangos de la media son mayores en el grupo control.

Posteriormente se realizó el mismo tipo de análisis para el postest.

Tabla 25. Análisis con al prueba de U de Mann Withney para todas las combinaciones entre los grupos en el postest

GRUPOS	FACTORES DEL CPRSR	U DE MANN WITHNEY	SIGNIFICANCIA
EXPERIMENTAL-CONTROL	----	--	-----
EXPERIMENTAL-COMPARATIVO	Oposicional	60.000	.029
	Problemas de nivel cognitivo-distracción	13.500	.000
	Hiperactividad	18.000	.000
	Indice Conners de ADHD	5.500	.000
	Indice Conners inquieto-impulsivo	15.500	.000
	Indice Conners total	28.000	.000
	DSM-IV desatento	12.500	.000
	DSM-IV inquieto-impulsivo	16.500	.000
	DSM-IV total	8.500	.000
	CONTROL-COMPARATIVO	Oposicional	46.500
Problemas de nivel cognitivo-distracción		5.000	.000
Hiperactividad		13.500	.000
Indice Conners de ADHD		2.500	.000
Indice Conners inquieto-impulsivo		8.000	.000
Indice Conners total		10.500	.000
DSM-IV desatento		7.500	.000
DSM-IV impulsivo		18.500	.000
DSM-IV total		7.000	.000

Para conocer qué factores marcan las diferencias se detallan los rangos de la media para todos los factores estadísticamente significativos.

Tabla 26. Rangos de la Media en el postest en la Prueba de U de Mann Withney

FACTORES	GRUPOS	RANGOS DE LA MEDIA
Oposicional	Experimental Comparativo	19.00 12.00
Problemas de nivel cognitivo-distracción	Experimental Comparativo	22.10 8.90
Hiperactividad	Experimental Comparativo	21.80 9.20
Indice Conners ADHD	Experimental Comparativo	22.63 8.37

		o	
Indice Conners inquieto-impulsivo	Experimental	Comparativo	21.67 9.03
Indice Conners total	Experimental	Comparativo	21.13 9.87
DSM-IV desatento	Experimental	Comparativo	22.17 8.83
DSM-IV hiperactivo-impulsivo	Experimental	Comparativo	21.90 9.10
DSM-IV total	Experimental	Comparativo	22.43 8.57
Oposicional	Comparativo	Control	19.90 11.10
Problemas de nivel cognitivo-distracción	Comparativo	Control	22.67 8.33
Hiperactividad	Comparativo	Control	22.10 8.90
Indice Conners ADHD	Comparativo	Control	22.87 8.17
Indice Conners inquieto-impulsivo	Comparativo	Control	22.47 8.17
Indice Conners total	Comparativo	Control	22.30 8.70
DSM-IV desatento	Comparativo	Control	22.50 8.50
DSM-IV hiperactivo-impulsivo	Comparativo	Control	21.77 9.23
DSM-IV total	Comparativo	Control	22.53 8.47

Entre los rangos de la media del grupo experimental y el grupo control no existen diferencias estadísticamente significativas, contrario a lo que sucede entre el grupo experimental y el grupo comparativo en donde los rangos de la media del grupo experimental son mayores en todos los factores; entre los grupos

comparativo y el grupo control los rangos de la media son superiores en el grupo control.

Por último, se hizo un análisis para comparar cada grupo antes y después del programa y de esta manera poder conocer las diferencias en cada uno de los 14 factores que conforman el CPRS-R. Cabe mencionar que solo se reportarán los factores que resultaron tener diferencias significativas después de este análisis.

Tabla 27. Comparación antes-después de la implementación del programa de autoestima utilizando la prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon para el grupo experimental.

FACTOR	SIGNIFICANCIA
Problemas de nivel cognitivo-distracción	.022
Hiperactividad	.007
Indice Conners ADHD	.006
Indice Conners inquieto-impulsivo	.028
Indice Conners total	.006
DSM-IV desatento	.008
DSM-IV inquieto-impulsivo	.005
DSM-IV total	.006

En el grupo experimental se observan diferencias significativas en siete factores los cuales resulta importante tomarlos en cuenta debido al diagnóstico de TDA-H y baja autoestima ya que se relacionan directamente con los síntomas externos del TDA-H.

Al comparar el antes-después de los grupos control y comparativo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ningún factor.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis realizado se encontró que de los 45 niños que conformaron la muestra, 33 (73.3%) fueron niños y 12 (26.7) fueron niñas, lo anterior es algo esperado debido a que la prevalencia del TDA-H según el DSM-IV (1994) es de 4

niños por 1 niña. Dado que la población de la cual provino la muestra está formada por niños que acudían a un consultorio particular es que los criterios de inclusión tuvieron ajustarse a las características más frecuentes encontradas en los niños (TDA-H como diagnóstico principal, terapia psicopedagógica y tratamiento médico, asistencia a escuelas particulares, nivel socioeconómico medio alto en promedio) y además fue importante contar en primer lugar con la aprobación de los padres para agregar los 20 minutos de programa para la autoestima dentro de su terapia psicopedagógica en 15 de los niños, además de la disposición para contestar los cuestionarios en 30 de ellos (grupo experimental y grupo control).

El tiempo total para reunir la muestra fue de 2 años, los motivos quedarán expuestos en el apartado de Limitaciones.

De la población del consultorio se contaba con un total de 102 niños que cubrieron los requerimientos para pertenecer a la muestra por lo que se les aplicó la prueba de Autoestima para seleccionar a los grupos experimental y control, el 80% puntuó con baja autoestima; lo anterior confirma lo que muchos autores dicen acerca de la baja autoestima del niño con TDA-H como una de las características que casi siempre se encuentra presente (Verduzco y García, 1989; Barkley, 1990; Weiss, 1996; Solloa, 1999; Bauermeister, 2000; Martínez y Chávez, 2003); sin embargo existió un 20% conformado por niños cuyas puntuaciones en la prueba de autoestima fueron normales y altas, esto puede deberse a una adecuado manejo por parte de los padres y profesores pero también existe la posibilidad de que se esté presentando una baja autoestima encubierta o una autoestima “inflada” (Orjales, 1999) que pudiera estar actuando como un caparazón que lo defiende de los sentimientos que conlleva la baja autoestima o

también a que estos niños presentan dificultad para socializar adecuadamente (Galindo, 2004) o a inmadurez emocional (Benjumea & Mojarro, 1992) que no les permite darse cuenta de sus sentimientos ni de los de la gente que los rodea.

En cuanto a la elaboración del programa es importante mencionar que después de aplicarlo se observó que entre los niños de 8 y 9 años tuvo menor impacto que entre los niños de 10 a 12 años, esto fue posible observarlo con los comentarios que confirmaban una identificación con las situaciones planteadas por los dibujos, dichas identificaciones parecían aumentar de igual manera que la edad de los niños, con lo anterior se confirma que las autoinstrucciones, es decir, el lenguaje interno que mediatiza y guía la conducta (Caballo, 1995, Kazdin, 1996), se desarrolla tardíamente o no se desarrolla en los niños portadores de un TDA-H debido al comportamiento irreflexivo e impulsivo que los caracteriza (García Alcántara, 1989).

En todos los niños existen factores personales y medioambientales que influyen constantemente en la conformación de la autoestima (Caso, 1999), y dado que el desarrollo se encarga de modular dichos factores es que los niños con TDA-H ya tienen desventaja en este sentido por lo que su autoestima es en especial frágil y fácilmente dañada, por lo anterior se concluye que los niños con TDA-H requieren de constante supervisión de su autoestima y en general de su estado de ánimo y que el tratamiento debe enfocarse en primer lugar a modificar su entorno, es decir, que los padres y maestros reciban asesorías en cuanto al manejo de estos niños y en segundo lugar a que los mismos niños se encuentren con la posibilidad de recibir apoyo en cualquier momento ya que como se sabe el TDA-H no tiene cura y lo que se logra con las diversas intervenciones es disminuir

los síntomas y hacer que los niños se adapten y funcionen mejor en su entorno, sin embargo habrá períodos críticos en su desarrollo que provoquen recaídas tanto en el aspecto cognoscitivo como en el conductual y por lo tanto las repercusiones en el área emocional serán algo de lo cual hay que estar alertas.

El primer objetivo del presente trabajo fue evaluar los efectos del tratamiento cognoscitivo-conductual para la autoestima en niños con TDA-H por lo que se realizó un análisis estadístico para cada una de las tres pruebas utilizadas en este trabajo comenzando con una comparación de muestras independientes de Kruskal Wallis para poder comparar cada grupo antes y después del programa para la autoestima implementado en el grupo experimental, tomando en cuenta las diferencias arrojadas por este análisis se llevó a cabo una prueba de U de Mann Withney para poder comparar todos los grupos y saber qué diferencias hay entre cada combinación y por último se realizó una prueba de Rangos asignados de Wilcoxon con el fin de poder conocer cuáles fueron las diferencias dentro de cada grupo al comparar antes-después y de esta manera poder ver los cambios producidos no solo por el programa de autoestima en el grupo experimental sino por los otros tratamientos en el caso del grupo control y de no haber ninguna intervención en el grupo comparativo.

El segundo objetivo que fué identificar diferencias dentro de cada grupo antes y después del programa se cumplió al analizar de la manera que antes se menciona la prueba de autoestima de Pope, Mc Hale y Craighead obteniéndose que en el análisis con la prueba de muestras independientes de Kruskal Wallis se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en el pretest ($x^2= 23.0$ y $p=.000$) como en el postest ($x^2=14.9$ y $p=.001$). El que haya diferencias en el pretest es algo esperado debido a que tanto el grupo

experimental como el grupo control se intentó que fueron homogéneos en cuanto a las características de la muestra (TDA-H, tratamiento psicopedagógico, tratamiento médico, baja autoestima) pero el grupo comparativo está conformado por niños normales sin ningún tipo de diagnóstico y por lo tanto ningún tipo de intervención; en cuanto al postest sigue habiendo cambios pero no se puede afirmar que se deban a la utilización del programa por lo que se llevó a cabo el análisis de Rangos Asignados de Wilcoxon para poder comparar cada grupo por separado antes y después del programa y de ésta manera cumplir con el objetivo tercero de esta investigación que era evaluar mediante una comparación interna de los grupos los efectos del programa para la autoestima, dicho análisis deja ver que las diferencias estadísticamente significativas se encuentran únicamente en el grupo experimental ($p=.001$) mientras que tanto el grupo control ($p=.469$) como el grupo comparativo de normales ($p=.635$) permanecen sin cambios. Al comprobar lo anterior se tienen elementos para decir que el programa para la autoestima está provocando cambios significativos sobre la baja autoestima de los niños con TDA-H. Por último se hizo pertinente la utilización de la prueba de U de Mann Withney para cumplir con el cuarto objetivo que era identificar si hubo o no diferencias en la autoestima después de implementado programa comparando el grupo experimental con el grupo control y comparativo y el control con el comparativo entre sí, por lo que se procedió a hacer comparaciones entre grupos primeramente antes del programa y luego después al finalizar el mismo, se encontró que en el pretest no hubo diferencias entre el grupo experimental y el grupo control ($p=0.63$) y si las hubo al comparar el grupo comparativo con el grupo experimental ($p=.000$) y luego con el grupo control ($p=.000$); contrario a lo que sucedió en el pretest, ahora en el postest se encontró que al comparar el grupo experimental con el grupo control ($p=.015$) si hubo diferencias y no las hubo entre el grupo experimental y el

grupo comparativo ($p=.182$) y en esta ocasión si se encontraron diferencias entre el grupo control y el grupo comparativo ($p=.000$).

Analizando el pretest en éste último análisis se concluye que es esperado que no haya diferencias entre el grupo experimental y el grupo control porque como ya se ha mencionado son grupos que comparten las mismas características, lo cual confirmaría que si se logró la homogeneidad que se buscaba entre estos dos grupos; en cambio, al comparar ambos grupos por separado con el grupo comparativo se encontraron diferencias también esperadas ya que la autoestima del grupo comparativo debía ser de normal a buena en todos los casos mientras que la de los otros grupos era baja. En el posttest si se encontraron diferencias entre el grupo experimental y el grupo control lo cual indicaría un cambio después de implementar el programa para la autoestima en el grupo experimental; al analizar las otras combinaciones se encontró que entre el grupo experimental y el grupo comparativo no hay diferencias lo que implicaría que los puntajes del grupo experimental alcanzaron a los del grupo comparativo al punto de no encontrar diferencias por lo que se puede afirmar que la autoestima de los niños del grupo experimental tuvo cambios favorables; por último, al comparar el grupo control y el grupo comparativo también hubo diferencias suponiéndose que se deben a que no hubo cambios en ninguno de los dos grupos pues los resultados son iguales a los del pretest.

Con estos resultados se cumplen casi todos los objetivos de esta investigación, faltando uno, el cual se mencionará más adelante.

Como se mencionó antes en el apartado correspondiente a antecedentes en el tratamiento de la baja autoestima del TDA-H se confirma que ésta es una característica sumamente frecuente en estos niños y si no se recibe tratamiento la autoestima continúa baja (Verduzco, 1992), las consecuencias en su desarrollo emocional son graves lo que

probablemente ocasiona que los sentimientos y creencias acerca de sí mismo empeoren a través del tiempo, lo que en un futuro tal vez cercano provoque que el niño no tenga la fortaleza para resistir y sobreponerse a las frecuentes situaciones difíciles en su vida (Bauermeister, 2000).

La intervención sobre la autoestima del niño con TDA-H en muchas ocasiones se sugiere que sea llevada a cabo por los padres por ser las personas más significativas para él, como se muestra en el trabajo de Verduzco y García (1989) en donde se proponía aumentar la autoestima de los niños con TDA-H mediante un programa que entrenaba a los padres en los 4 aspectos básicos en la formación de la autoestima según Coopersmith (1967) y Reasoner (1986) los cuales son: aceptación, respeto, límites y apoyo; la propuesta de programa de autoestima que se expone en este trabajo está enfocada al trabajo con los niños por parte del psicólogo tomando el modelo de autoestima de Pope, Mc Hale y Craidhead (1988) quienes proponen que la autoestima de los niños y adolescentes está formada por los siguientes componentes: social, académico, familiar, corporal y global encargado hacer una evaluación general de uno mismo basándose en las otras áreas. El modelo de Coopersmith (1967) da gran importancia a los padres, por lo que el programa va dirigido a ellos mientras que en el modelo de Pope, McHale y Craighead (1988) no solo es relevante el área familiar en donde se ven muy involucrados los padres sino también el área escolar, la social y la corporal, sin embargo coincide en la importancia de los padres ya que en el caso de un niño cuyo ambiente se constituye principalmente por su familia y la escuela el dominio se enfoca principalmente a estas dos áreas.

A pesar de que el análisis estadístico realizado confirma que el programa logró modificar la autoestima en un sentido positivo tomando todas las áreas antes mencionadas en niños desde los 8 hasta los 12 años sería interesante tomar en cuenta las áreas más

importantes dependiendo la edad de los niños para lograr modificar los aspectos que más se necesiten para cada grupo de edad ya que como dice esta teoría en la vida de los individuos existen áreas específicas que dominan mas que otras y los individuos van presentando variaciones dependiendo de la etapa específica del desarrollo, es decir, ciertos dominios predominan en un punto de la vida de una persona dependiendo de la edad que tenga.

Como ya se mencionó se utilizaron las pruebas de DRPP y CPRS-R para comprobar los síntomas del TDA-H y para conocer en qué factores de los que conforman ambas pruebas se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Se analizaron estadísticamente ambas pruebas de la misma manera que la Prueba de Autoestima de Pope, McHale y Craighead y de ésta manera se cumple con el quinto y último objetivo de esta investigación que consistía en identificar otros factores derivados de las pruebas utilizadas para los síntomas del TDA-H; el primer análisis se hizo con el DRPP utilizando la prueba de muestras independientes de Kruskal Wallis encontrándose diferencias en el pretest en los factores de oposición ($x^2=8.9$ y $p=.011$), atención ($x^2=22.9$ y $p=.000$), impulsividad ($x^2=27.3$ y $p=.000$), hiperactividad ($x^2=20.4$ y $p=.000$), autoestima ($x^2=10.4$ y $p=.005$), comportamiento social ($x^2=6.5$ y $p=.038$), lectura ($x^2=16.6$ y $p=.000$) y escritura ($x^2=10.4$ y $p=.005$); en tanto que en el postest disminuyó en dos el número de factores donde hubo diferencias manteniéndose en atención ($x^2=13.0$ y $p=.001$), impulsividad ($x^2=11.8$ y $p=.002$), hiperactividad ($x^2=14.7$ y $p=.001$), comportamiento social ($x^2=9.9$ y $p=.007$), trastornos alimentarios ($x^2=7.3$ y $p=.025$) y lectura ($x^2=7.6$ y $p=.022$), agregándose además el factor de trastornos alimentarios. Lo antes mencionado podría ser interpretado como una falta de percepción de mejoría de síntomas del TDA-H. La presencia de los trastornos alimentarios en el postest puede deberse a cambios en los hábitos alimenticios que se deban al tratamiento médico ya que está documentado que algunos medicamentos pueden llegar a

provocar efectos colaterales gastrointestinales en algunos pacientes (Sentíes, 2004). En cuanto a otros factores significativos como la oposición o la lectura y escritura estarían comprobando lo que dice la bibliografía acerca de que junto con el TDA-H podrían estar coexistiendo otro tipo de trastornos como el de conducta (De la Peña, Ulloa, Palacios, 2004) o de aprendizaje (Reséndiz, 2004), los cuales se presentan en porcentajes elevados en los niños con TDA-H. En relación con lo anterior también es importante mencionar que existe la posibilidad de que esta comorbilidad se vea aumentada por la percepción de los padres, como se menciona en De la Peña, Ulloa y Palacios (2004) quienes proponen que algunas situaciones podrían determinar una morbilidad concomitante artificialmente alta como: inexactitud en la información reportada por diferencias en la manera en que se conceptualiza lo que es normal o anormal, lo cual se llama sesgo del informante; el segundo es la persistencia de ciertos comportamientos los cuales pueden ser más intensos dentro de una evaluación que en otra y de esta forma también varien mucho entre los que evalúan al paciente y por último que con los instrumentos de evaluación el niño con problemas de conducta tal vez sea identificado como inatento e hiperactivo cuando en realidad no lo es.

La prueba de U de Mann Withney se utilizó para saber en qué grupos se hallaban las diferencias y se encontró que en el pretest todas las diferencias estaban al comparar al grupo experimental con el grupo comparativo y entre el grupo control y el grupo comparativo, en tanto que entre el grupo experimental y el grupo control solo hubo diferencias en la atención; lo anterior parece indicar nuevamente que el grupo experimental y el grupo control eran homogéneos, en tanto que el grupo comparativo es de los normales. Dentro de las diferencias encontradas es importante mencionar que está el factor de autoestima, y este es un cuestionario contestado por los padres por lo que se observa que

los padres de estos niños perciben no solo los síntomas externalizados del TDA-H sino también a otros problemas que podrían ser más difíciles de identificar por ser internos.

Debido a que la bibliografía menciona la alta incidencia de trastornos del aprendizaje (Bauermeister, 2000; Reséndiz, 2004) y de conducta (De la Peña, Ulloa y Palacios, 2004) en los niños con TDA-H es importante mencionar que entre el grupo experimental y el grupo comparativo hay diferencias en los factores de oposición, atención, impulsividad, hiperactividad, autoestima, lectura y escritura, lo cual confirma lo que dice la teoría. Al observar los rangos de la media de los grupos se observa que los síntomas del grupo experimental son más intensos al ser todos sus rangos de la media superiores a los del grupo control.

Al realizar el mismo análisis para el posttest se observó que las diferencias entre el grupo experimental y el grupo comparativo se centran en la atención y la hiperactividad, síntomas principales del TDA-H; en este caso ambos grupos tienen el diagnóstico de TDA-H por lo que esto parece indicar que entre los dos grupos hubo diferente percepción de intensidad por parte de los padres.

En la comparación pretest-posttest realizada en el grupo experimental usando la prueba de Wilcoxon se observan cambios en varios factores tales como oposición (.049), temperamento (.039), atención (.005), impulsividad (.003), hiperactividad (.003), autoestima (.003), trastornos alimentarios (.046), lectura (.007) y escritura (.026); por el contrario, el grupo comparativo no hubo ningún cambio significativo. Lo anterior puede estar mostrando como los padres tienen una percepción de cambio más intensa en el grupo donde se implementó el programa para la autoestima y por otro lado también se puede suponer que el programa para la autoestima produce efectos positivos no solo en la autoestima, sino también en otros factores que se ven favorecidos al mejorar la imagen y el

autoconcepto de sí mismos, además al haber una mejoría en las áreas afectadas (el programa las modificaba todas) se logra mejorar la autoestima global Pope, McHale y Craihead (1988), lo anterior pudiera estar mejorando también la actitud lo que permite lograr mejores resultados y esto a su vez tener un efecto positivo en los demás lo cual sirve como motivador para seguir consiguiendo estos resultados. Por otra parte el contar con el beneficio de un tratamiento integral permite que el niño emplee mejor sus recursos cognoscitivos al haberse reducido la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad logrando con esto mejores resultados en todas las áreas y como ya se mencionó siendo las más importantes para un niño la familiar y la escolar (Pope, McHale y Craighead, 1988). La percepción de mejoría de los padres puede significar que también los profesores lo perciben por lo que la actitud hacia estos niños cambia y se reducen los castigos, reprimendas y críticas. Por lo que puede estar sucediendo que no solo el programa de autoestima contribuye sino también el resto de las intervenciones terapéuticas, sin embargo se observa que el tratamiento para la autoestima provoca una mejoría más fácilmente perceptible en sus padres.

La última prueba analizada fue el CPRS-R primero con la prueba de Kruskal Wallis para ver diferencias dentro de cada grupo antes y después del programa encontrándose que en el pretest se marcan diferencias debido a que hay un grupo comparativo constituido por niños sin tratamiento y aparentemente sin problemas y con un desempeño promedio o normal, dado que esta prueba se enfoca en los síntomas de TDA-H externalizados e internalizados, se consideró que valía la pena observar qué factores no muestran diferencias significativas, tales factores son: problemas de nivel cognitivo-distracción, ansioso-tímido, perfeccionista, problemas sociales, psicossomático e índice Connors de inestabilidad emocional, tales factores se relacionan con síntomas internalizados del TDA-H. Fue

importante tomarlos en cuenta ya que la morbilidad concomitante con el TDA-H es frecuente (De la Peña, Ulloa, Palacios, 2004) y a diferencia de la detección de algunos síntomas de este tipo en el DRPP en este caso no se logran identificar.

En el postest se observaron diferencias en los mismos factores que en el pretest excepto por el factor denominado problemas de nivel cognitivo-distracción que en esta ocasión si estuvo presente en las diferencias; en este caso no disminuyeron las diferencias por lo que no se percibe diferencia aún.. Posteriormente se realizó un análisis utilizando la prueba de U de Mann Withney para saber entre qué grupos se encontraban las diferencias y se halló que entre el grupo experimental y el grupo control se marcan diferencias tanto en el índice de Connors ADHD y en el DSM-IV desatento. El principal número de diferencias se encontró al comparar al grupo experimental y al grupo control con el grupo comparativo, esto se debe a que el grupo experimental y el grupo control comparten el diagnóstico de TDA-H mientras que el grupo comparativo es de niños normales. Al analizar los rangos de la media entre cada combinación se confirmó lo que se observó en la prueba de DRPP, los síntomas de TDA-H del grupo experimental son más intensos que en el grupo control y es importante ahondar en esto ya que se siguen percibiendo igual los síntomas en el postest y pudiera estar influyendo una negativa percepción de los padres hacia ellos, que 2 meses es poco tiempo para ver cambios ya que se necesita también que en casa haya modificaciones.

El último análisis realizado es el de la prueba de rangos asinados de Wilcoxon y se observó que en el grupo experimental hay diferencias antes y después en siete factores los cuales son: problemas de nivel cognitivo-distracción (.022), hiperactividad (.007), índice Connors ADHD (.006), índice Connors inquieto-impulsivo (.028), índice Connors total (.006), DSM-IV desatento (.008), DSM-IV inquieto-impulsivo (.005) y DSM-IV total (.006), dichos factores deben tomarse en cuenta ya que todos parecen apuntar a una posible

mejoría de los síntomas del TDA-H debidos a la intervención terapéutica y nuevamente al tratamiento para la autoestima ya que no se observan los mismos resultados en el grupo control el cual también tuvo intervención a nivel psicopedagógico y médico pero no de autoestima. Algo que llama la atención es que se había observado que los síntomas del grupo experimental se reportaban más intensos tanto en esta prueba como en el DRPP ya que también la mejoría fue más notoria en este mismo grupo debido a que al comparar antes y después al grupo control y al grupo comparativo no se observan diferencias estadísticamente significativas por lo que en el caso del grupo control no solo no hay cambios sino que los siguen observando con la misma intensidad de síntomas que en el pretest.

Todo el análisis realizado conduce a concluir que el programa produce un efecto en la autoestima, el efecto es positivo y con esto se aceptan las hipótesis de investigación que dicen que existen diferencias significativas entre el grupo comparativo de normales y el grupo experimental antes y después de la aplicación de un programa para la autoestima con un enfoque cognoscitivo-conductual en niños con TDA-H y que la implementación del programa con enfoque cognoscitivo-conductual tiene un efecto positivo sobre la autoestima en los niños con TDA-H.

LIMITACIONES

En la realización del presente estudio se encontraron algunas circunstancias que limitaron en cierta forma algunos aspectos en la realización del mismo, a continuación se mencionarán los más relevantes.

En primer lugar, las características de la muestra quedaron delimitadas por las características ya existentes de la población que la conformó, que como ya se mencionó pertenecía a un consultorio particular, por lo que se realizó un análisis para observar cuales eran las que con más frecuencia aparecían (edad, género, tipo de tratamiento, tipo de escuela), aún tomando en cuenta las más comunes fue muy difícil reunir a los 45 niños invirtiéndose un total de 2 años para que estuvieran completos. Hubo varios factores que dificultaban el que un niño formara parte de la muestra, entre ellos están la falta de continuidad (no asistir a una o más sesiones o llegar tarde) lo que provocaba que se les diera de baja, el que abandonaran el tratamiento, que los padres no dieran su autorización para implementar el programa y contestar los cuestionarios e incluso en un caso el que nunca se entregaran los cuestionarios del postest.

Se tenía contemplado implementar el programa de autoestima en el grupo control puesto que estaba conformado por niños con las mismas características del grupo experimental, sin embargo no se pudo llevar a cabo por completo en todos niños debido a la deserción o la inconstancia.

Se pretendía conformar una muestra de 30 niños por grupo pero dada la dificultad y la gran cantidad de tiempo invertida para completar la muestra se tuvo que decidir por la mitad de los niños para cada grupo.

El 20% de todos los niños con TDA-H a los que se les aplicó el cuestionario de Autoestima obtuvieron puntuaciones dentro del rango Normal, Normal Alta y Alta, sin embargo como ya se mencionó existe la posibilidad de que la autoestima sea fálidamente buena o este “inflada” (Orjales, 1999), por falta de autorización para realizar implementar el programa o evaluar con otros instrumentos la situación emocional de estos niños fue que no tuvieron el beneficio del tratamiento aún cuando su autoestima puntuara normal o buena.

SUGERENCIAS

En la realización del programa para la autoestima se tomó como base la teoría de Pope, McHale y Craighead (1988) y por lo tanto el programa se realizó con todas las áreas que la conforman (familiar, escolar, social, corporal y total) sin analizar los reactivos de la Prueba de Autoestima y detectar cuales eran las áreas problema para cada caso y de esta manera enfocar el tratamiento en dar estrategias y ejemplos específicos en estas áreas, principalmente las áreas familiar y escolar, ambas importantes en el caso de la autoestima de los niños según estos autores.

Por otro lado, la edad de los niños parece ser un factor que va modificando las áreas prioritarias, siendo distintas dependiendo de la edad de los niños o preadolescentes, en estos últimos por desarrollo social y lo corporal cobra gran importancia para ellos (Papalia, 1997), por lo que una sugerencia es que se divida el programa por edades y no se generalicen las situaciones como se hizo en este caso, ya que además la problemática va cambiando con la edad (Bauermeister, 2000). Otro motivo por el cual puede llevarse a cabo esta modificación es el que se mencionó en las conclusiones y discusión y que es el hecho de que los niños entre menos edad presentaban una menor identificación con el programa, sería importante reducir los diálogos y las autoinstrucciones en los niños de 8 y 9 años e ir manteniendo el formato original del programa desde los 10 hasta los 12 años.

El reducir los diálogos es importante ya que los niños con TDAH tienen lapsos cortos de atención por lo que al haber diálogos y autoinstrucciones largas

pueden provocar que se pierda el interés y se distraigan perdiendo con esto el beneficio de la implementación.

Como se ha dicho, en niños sin tratamiento para la autoestima no hay mejoría por sí misma (Verduzco, 1992) el constante seguimiento y la asesoría a padres y profesores son alternativas que mejoran el pronóstico de estos niños, por lo que sería importante primero sensibilizarlos y ponerlos en el lugar de estos niños y después brindar estrategias de manejo.

Sería interesante que al terminar el programa se incluyeran dibujos sin diálogos para confirmar o para reforzar la modificación del pensamiento, el uso de las autoinstrucciones y el autorreforzamiento al tener éxito.

Dada la importancia del desarrollo del pensamiento interno en todos los niños para regular y dirigir la conducta, se podría continuar estimulando esta función ya no solo como parte del tratamiento para la autoestima sino como parte del tratamiento psicopedagógico.

Es muy importante seguir creando programas que ayuden a los niños con TDA-H ya que se sabe que 1 500 000 niños en México lo padecen y afecta todas las áreas de su vida (Ruíz, 2004) por lo que se sugiere que utilizando las mismas técnicas cognoscitivo-conductuales como el modelamiento, las autoinstrucciones y el autorreforzamiento con los dibujos se podrían trabajar otros aspectos como las habilidades sociales, la empatía, seguimiento de reglas, formación de hábitos, organización y técnicas de estudio, por mencionar algunas.

El centrarse en especial cuando el ambiente familiar es disfuncional, es decir en donde existen problemas independientemente de los que generan

los niños con TDA-H por las conductas que los caracterizan es un factor que debe tomarse en cuenta para ver la efectividad de un programa de este tipo.

REFERENCIAS

- Alves, B. G. (2000). Trastorno hiperactivo. Historia y evaluación clínica del déficit de atención. En Grau M., G. (Editor). Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. (pp. 427-446). Buenos Aires, Argentina.: Médica Panamericana.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1986). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (3a. Ed.). Barcelona, España.: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (3a. Ed. Revisada). Barcelona, España.: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. Ed.). Barcelona, España.: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (4a. Ed. Revisada). Barcelona, España.: Masson
- Barabazs, M. & Barabazs, A. (1996). Attention deficit disorder: diagnosis, etiology and treatment. Child Study Journal, 26 (1).
- Barragán, P. E. (2004). Diagnóstico Clínico. En Ruiz, G. M. Trastorno por Déficit de Atención , Diagnóstico y Tratamiento. (pp.7-19). D. F., México.: Editores Mexicanos Unidos.
- Bauermeister, J. J. (2000). Hiperactivo, impulsivo, distraído, ¿Me conoces?. New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Benjumea, P. P. & Mojarro, P. M. D. (1992). Trastornos por déficit de atención hiperactivos: de Hoffman a la CIE-X. España.: Psiquis.
- Bernard, M. E. & Joyce, M. R. (1984). Rational-Emotive therapy with children and adolescents. EE. UU.: Wiley-interscience publication.
- Bernardo de Quirós, G. B. (2000). El síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/DH). En Joselevich, E. (Comp.). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A. D./ H. D.) en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
- Branden, Nathaniel (1994). Los 6 pilares de la autoestima. México.:Paidós
- Caballo (1995)

- Caso, N. J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. D. F., México.
- Cicchetti, D. (1995). The contributions of developmental psychopathology. En Cicchetti, D. & Cohen, D. J. Developmental Psychopathology: Vol. 1. Theory and methods. EE.UU.: John Wiley and Sons.
- Clark, A., Clemes, H. & Bean, R. (2000). Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes. Madrid, España.: Debate editorial.
- Conners, C. K (1997). Conners Rating Scales-Revised, Instruments for use with Children and Adolescents. Canadá.: Multi Health Systems Inc.
- De la Peña, O. F., Ulloa, F. R., Palacios, C. L. (2004). Trastornos internalizados concomitantes. En Ruíz, G. M. Trastorno por Déficit de Atención, Diagnóstico y Tratamiento. (pp.41-56). D. F., México.: Editores de Textos Mexicanos.
- Galindo y Villa Molina, G. (1996). Trastorno por déficit de atención y conducta disruptiva. D. F., México.: CRAS.
- Galindo y Villa Molina, G. (2004). Valoración Neuropsicológica. En Ruíz, G. M. Trastorno por Déficit de Atención, Diagnóstico y Tratamiento. (pp.91-107). D. F., México.: Editores de Textos Mexicanos.
- García, C. D. & Alcántara, H. M. (1989). Aportaciones de la aproximación cognitivo-conductual al tratamiento de la hiperactividad en niños. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. D. F., México.
- Garza, M. S. (2004). Tratamiento integral. En Ruíz, G. M. Trastorno por Déficit de Atención, Diagnóstico y Tratamiento. (pp.123-135). D. F., México.: Editores de Textos Mexicanos.
- Grau, M. G. (2000). Déficit de atención: la realidad del cuento mítico. En Grau, M. G. (Editor). Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. (pp. 467-481). Argentina.: Médica Panamericana.
- Greenberg, G. S. & Horn, W. F. (1991). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Illinois, EE. UU.: Research Press.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2001). TDA; controlando la hiperactividad. Barcelona, España.: Paidós.
- Harter, S. (1990). Self-Steem: The puzzle of low self-regard. New York, EE. UU.: Plenum Press.

- Hernández, M. L. (2000). Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención en Adolescentes de Educación Secundaria del D. F. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México. D. F., México.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (2000). Metodología de la investigación. D. F., México.: Mc Graw Hill.
- Heydl, P. & de Quirós, G. B. (2000). AD/HD: Tratamiento farmacológico. En Joselevich, E. (comp.) Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A. D. / H. D.) en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
- Kazdin, A. E. (1996). Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas. D. F., México.: Manual Moderno.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales. México.: Mc Graw Hill
- Kirby, E. A., Grimley, L. K. (1992). Trastorno por déficit de atención. Estudio y tratamiento. D. F., México.: Limusa-Noriega.
- Lozano, A. (2000). Neurobiología del déficit de atención. En Grau, M. G. (Editor) Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. (pp.451-457). Argentina.: Médica Panamericana.
- Lozano, A. (2000). Aspectos evolutivos del déficit de atención. En Grau M. G. (Editor) Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. (pp. 458-466). Argentina.: Médica Panamericana.
- Martin, G. & Pear, J. (1999). Modificación de conducta. Qué es y como aplicarla. Madrid, España.: Prentice Hall.
- Mash, E. J. (1996). Child Psychopathology. New York, EE. UU.: The Guilford Press.
- Mardomingo, S. M. J. (1994) Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid, España.: Díaz de Santos.
- Martínez, C. A., Chávez, De. P. G. G. (2003). Aprender a vivir con TDAH: Guía para padres sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Estado de México, México.: Grupo Editorial Norma.
- Moreno, G. I. (1995). Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. Madrid, España.: Pirámide.
- Orjales, V. I. (1999). Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores. Madrid, España.: Ciencias de la educación preescolar y especial.

- Palladino, C. D. (1992). Cómo desarrollar la autoestima. Guía para lograr el éxito personal. Santafé de Bogotá, Colombia.: Iberoamérica.
- Papalia, D. E., & Wendkos, O. S., (1997). Psicología del desarrollo. D. F., México.: Mc Graw Hill.
- Peisekovicius, R. (2003). Rápido, rápido... ¡rápido! El niño hiperactivo. D. F., México.: American Book Store.
- Pope, A. W., Mc Hale, S. M., & Craighead, W. E. (1988). Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes. Barcelona, España.: Martínez Roca
- Reséndiz, A. J. (2004). Trastornos de aprendizaje. En Ruíz, G. M. Trastorno por Déficit de Atención, Diagnóstico y Tratamiento. (pp.21-39). D. F., México.: Editores de Textos Mexicanos.
- Ruíz, G. M., Sánchez, G. O. (2004). Antecedentes históricos y efecto epidemiológico. En Ruíz, G. M. Trastorno por Déficit de Atención, Diagnóstico y Tratamiento. (pp.1-5). D. F., México.: Editores de Textos Mexicanos.
- Santacreu, M. J., (1995). El entrenamiento en autoinstrucciones. En Caballo, V. E. (Comp.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. (pp. 607-626). Madrid, España.: S. XXI.
- Santiago H., Y. (2000). Factores que inciden en el rendimiento académico de los niños de primaria: DRPP, una propuesta de detección. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. D. F., México.
- Sánchez, P. (software de computadora). (1994). Sistema de Detección y Referencia de los problemas de los niños de primaria (DRPP). Yucatán, México.: Autor.
- Siegel, S. & Castellan, N. J. (1995). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México.: Trillas
- Solís-Cámara, P. (1985). Efectos del entrenamiento en la habilidad par atender, versus el uso de auto-instrucciones, sobre la modificación de la impulsividad. Revista Latinoamericana de Psicología. 17 (2), (pp. 205-226).
- Solloa G., L. M. (1999). Los Trastornos Psicológicos del Niño. Inédito. D. F., México.
- Solloa G., L. M. (2000). Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México.: Trillas.
- Trastornos Mentales y del Comportamiento. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE-10. Madrid, España.:MEDITOR.

- Verduzco, M. A. (1992). La autoestima en niños con Trastorno de atención. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. D. F., México.
- Verduzco, M. A. (1992). Programa de apoyo en el área de autoestima para padres de niños con trastornos de atención. Salud Mental, 12 (2)
- Verduzco, M. A., Lara-Cantú, M. A., Lancelotta, G. X. & Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: datos normativos. Salud Mental, 12 (3).
- Weiss, G. (1996). Attention déficit hyperactivity disorder. En Melvin Lewis (Ed.). Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive text book. (pp. 544-563). EE. UU.: Williams & Wilkins.
- Wicks-Nelson, R. (1997). Psicopatología del Niño y del Adolescente. Madrid, España.: Prentice Hall.

Anexo. 1 y Anexo 2. Dos de los siete dibujos utilizados durante la primera sesión para ejemplificar la buena autoestima en los niños.
Anexo 1



Enfrenta situaciones difíciles ó retos

Es muy difícil
pero lo voy a intentar

$$567 \overline{)634897}$$



Anexo 3 y 4. Dos de los cinco dibujos utilizados durante la primera sesión para ejemplificar la baja autoestima en los niños.
Anexo 3.



Evita situaciones que lo ponen nervioso



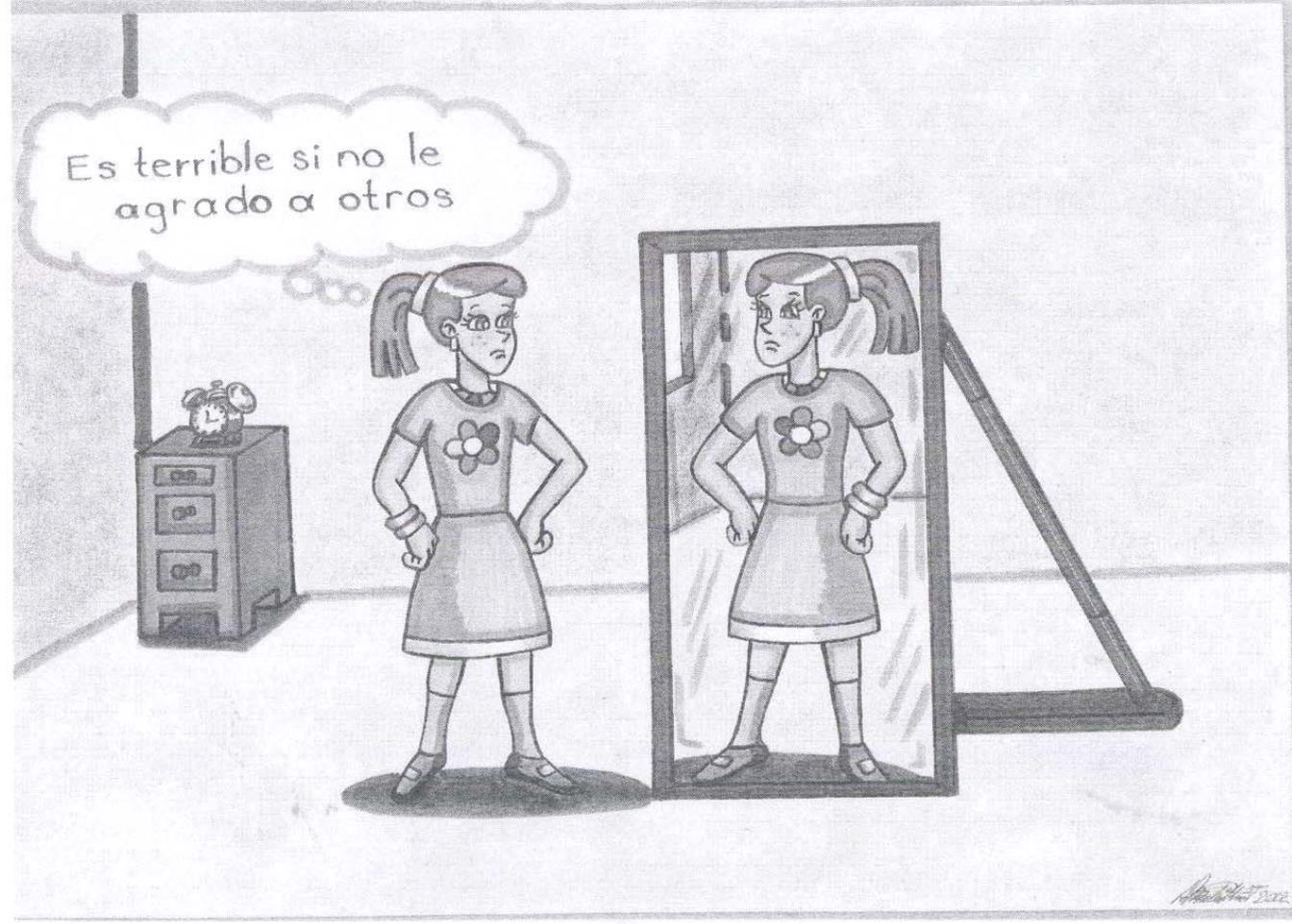
Anexo 5 al Anexo 7. Tres de los diez dibujos utilizados en la segunda sesión y que ejemplifican los pensamientos irracionales que pueden llegar a tener los niños.
Anexo 5.







Anexo 8a.y 8b. Ejemplo de uno de los dibujos dobles utilizados durante la cuarta y quinta sesión para ejemplificar el uso de las autoinstrucciones.
Anexo 8a



No tengo porqué pensar que no le voy a agradar a otros, me veo bien, además no es terrible.



Para nada... y no tengo que pensar lo peor, además yo sé que sí le agrado a la gente, bien por mí, ahora me siento mejor.



Anexo 10a - 10b y 11a y 11b. Dibujos utilizados a partir de la sexta sesión para ejemplificar la modificación realizada utilizando las autoinstrucciones, el autorrefuerzo y el modelamiento.
Anezo 10a



Anexo 10a - 10b y 11a y 11b. Dibujos utilizados a partir de la sexta sesión para ejemplificar la modificación realizada utilizando las autoinstrucciones, el autorrefuerzo y el modelamiento.
Anexo 10a

