



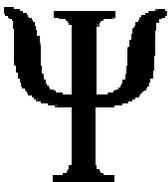
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN SISTEMA
AUTOGESTIVO DE DETECCIÓN DEL TDA
DESDE UN ENFOQUE COGNOSCITIVO
PARA PROFESORES DE ESCUELA
REGULAR

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ISADORA TERCERO LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS: CONCEPCIÓN CONDE ALVAREZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F.

2009



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.

Dedicatorias:

A Dios por darme la fuerza y estar conmigo en todo momento.

A mis padres: Por darme la vida.

A mi hija: quienes cada día me regalan esperanza, amor y alegría.

A mi esposo: Por su amor y por el gran apoyo incondicional que siempre me ha brindado.

A todos mis amigos

Y a mis maestras por tenerme paciencia y darme su apoyo incondicional.

INDICE

Introducción	4
Resumen	8
Capítulo 1	
1. Antecedentes del Trastorno por Déficit de Atención	
1.1 Aproximación del Trastorno por Déficit de Atención	8
1.2 Definiciones	11
Capítulo 2	
2. Etiología del Trastorno por Déficit de Atención	
2.1 Factores genéticos	16
2.2 Factores biológicos-fisiológicos	18
2.3 Factores del Sistema Nervioso Central	18
2.4 Factores ambientales	19
Capítulo 3	
3. Subtipos del Trastorno por Déficit de Atención	
3.1 TDA de tipo inatento	22
3.2 TDA de tipo hiperactivo	22
3.3 Subtipo combinado	23
Capítulo 4.	
4. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención	
4.1 Criterios diagnósticos del DSM-IV	23
4.2 Métodos de evaluación	28
4.2.1 Entrevista a los padres y maestros	29
4.2.2 Cuestionarios y escalas para padres y maestros	29
4.2.3 Evaluación Neuropsicológica	32
4.2.4 Evaluación psicológica	33

Capítulo 5

5. Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención

5.1 Tratamiento farmacológico.....	35
5.2 Tratamiento conductual.....	38
5.3 Tratamiento cognitivo-conductual.....	42
5.4 técnicas de enfoque cognitivo-conductual.....	44

Capítulo 6

6. Desarrollo cognitivo y de la personalidad del niño con TDA.

6.1 Dimensiones psicopedagógicas del TDA en el desarrollo del niño	60
6.2 Repercusiones en el rendimiento escolar.....	64
6.3 Historia de la educación especial en México.....	66
6.3.1 Necesidades educativas especiales.....	66
6.3.2 Principios de integración educativa.....	70
6.3.3 Modelos de integración educativa.....	72

PROPUESTA:

PROPUESTA DE UN SISTEMA AUTOGESTIVO DE DETECCCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TDA.....	76
CONCLUSIONES.....	96
REFERENCIAS.....	98

RESUMEN

La presente tesis analiza información actualizada sobre el Trastorno de Déficit de Atención (TDA) y se propone un sistema de detección para los profesores de escuela regular.

Actualmente el TDA es considerado como un problema de aprendizaje y conducta en las escuelas regulares, muchos padres de familia y maestros aún desconocen desde los síntomas hasta cuál es su papel en el desarrollo y seguimiento de dicho padecimiento.

El Trastorno por Déficit de Atención afecta al 5% de los niños en edad escolar y de no tratarse a tiempo por los profesionistas indicados producen efectos negativos que conducen a problemas de aprendizaje, adaptativos y de interrelación personal.

Entre los temas específicos que se tratarán en esta tesis, se encuentran los siguientes:

- 1.- Antecedentes del Trastorno por Déficit de Atención.
- 2.- Etiología del Trastorno por Déficit de Atención.
- 3.- tipos del Trastorno por Déficit de Atención.
- 4.- Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención.
- 5.- Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención.
- 6.- Desarrollo cognitivo y de la personalidad del niño con Trastorno por Déficit de Atención.
- 7.- Propuesta de un sistema para la detección y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención.

Es importante explicar en qué consiste dicho trastorno y cómo atender las necesidades para su manejo y de esta manera podemos enfocar por medio de un sistema sencillo y práctico para mejorar la conducta y el aprendizaje de los niños con TDA creando una mejor comunicación entre padres e hijos que conecten las experiencias con sus recursos internos, enriqueciéndose en la convivencia cotidiana con el cumplimiento de la difícil tarea pero satisfactoria de ser padres.

Así mismo es objetivo de esta tesis proporcionar una orientación clara y sencilla tanto para los padres como para los maestros de estos niños, para ayudarles a comprender que este trastorno tiene múltiples factores, y no el resultado de una mala educación.

Maestros y padres bien informados y capacitados ayudan considerablemente a formar un niño seguro y competente, y sobre todo dedicándoles el amor y la aceptación que se merecen.

INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención (TDA) ha sido durante los últimos años un tema central dentro de las ciencias de la conducta. Actualmente es práctica cotidiana hablar o escuchar acerca de este trastorno que afecta principalmente a la población infantil y sin embargo, la investigación sobre aspectos específicos del mismo (sobre todo en cuanto a su diagnóstico y tratamiento), es más bien escasa, al menos en nuestro medio.

Estas lagunas informativas sobre el TDA han derivado en una gran desorientación en torno al tema, haciéndose patente en prácticamente todos los ámbitos: tanto en la familia como en la escuela son pocos y restringidos (y en ocasiones inexactos) los datos que se tienen sobre el trastorno que nos ocupa.

Los efectos de lo anterior son múltiples. Tanto los padres como los maestros, al afrontar el problema de los niños con TDA, han procreado una serie de mitos y etiquetas que en nada ayuda a las poblaciones afectadas. Por ejemplo en el ámbito educativo es usual catalogar al niño con TDA como un sujeto caprichoso y "mimado", incapaz de realizar ciertas tareas debido a la presencia de padres débiles y altamente permisivos (Mendoza, 2003). Asimismo los padres con frecuencia reaccionan castigando o coaccionando a sus hijos por considerar que se trata de niños rebeldes e indisciplinados.

La problemática genérica de la desinformación o de la mala información sobre el TDA se ha hecho patente de forma muy especial en el marco de los procesos educativos formales.

Por ejemplo, en Estados Unidos la incidencia estimada del TDA varía ampliamente. Algunos expertos consideran que presentan esta afección entre el 3% y el 10% de los niños en edad escolar. Las cifras estimadas con más frecuencia oscilan entre el 3% y el 5%. Sin embargo, es muy probable que este porcentaje sea una subestimación debido a que muchos niños con TDA suelen quedar sin diagnosticar. En estudios realizados se ha demostrado que el TDA es más común en los niños que en las niñas, la hiperactividad afecta por lo menos a dos millones de niños, solo en los Estados Unidos, en cuanto a las niñas, lo más común es que presenten un TDA sin hiperactividad. (Rief, 1999).

Estas cifras altamente significativas se reproducen casi textualmente en nuestro país. Autores como Mendoza (2002) establecen que el TDA afecta entre el 4% y el 10 % de la población escolar. Se sabe además que existe una mayor incidencia en varones que en mujeres, pues 9 de cada 10 personas con TDA (simple o con síntomas de hiperactividad) pertenecen al sexo masculino. En congruencia con lo anterior, la Dirección de Educación Especial (DEE) de la SEP coloca al TDA en el primer lugar de problemas de aprendizaje atendidos en el sistema nacional de educación especial. (SEP, 2004).

Y aunque actualmente se cuenta con una estructura institucional y operativa para la atención del TDA, cabe anotar que dicha atención siempre corre a cargo de instituciones externas o ajenas a la escuela regular. De hecho el papel de la escuela regular en cuanto al TDA es prácticamente nulo y frecuentemente poco adecuado.

En efecto, los profesores de la escuela regular, sólo excepcionalmente cuentan con conocimientos sistemáticos sobre los síntomas que caracterizan al TDA y mucho menos sabe diagnosticar ni identificar en qué medida ellos mismos pueden participar en el tratamiento, recuperación e integración de los alumnos afectados.

Para valorar la problemática anterior basta revisar el procedimiento común que se adopta ante casos del TDA. Lo usual es que el maestro de escuela regular, al observar problemas de atención en el niño o señales de hiperactividad que inciden en el rendimiento escolar, notifique de ello a la dirección del plantel y ésta solicite: a) La intervención de un maestro de educación especial generalmente no adscrito al plantel de origen del alumno; o, b) se solicite a los padres de familia que acudan a un plantel con unidad de apoyo (CAM o USAER) a fin de que el niño sea atendido por especialistas.

Si bien los centros de educación especial que actualmente operan en el país cuentan con una serie de programas y procesos fijos para la atención del TDA (SEP, 2005), lo cierto es que dichos procedimientos en muy poco favorecen la adecuada integración educativa del niño con TDA.

Por lo anterior esta tesis hace la descripción de lo que es este nuevo trastorno llamado Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, se considera importante su estudio ya que su incidencia ha aumentado y las personas que tratan a estos niños, desconocen sus causas, la sintomatología, su diagnóstico, y el tratamiento que debe tener el niño que padece este trastorno.

Asimismo se hace una propuesta para que los profesores de escuela cuenten con la información de manera clara y sencilla sobre este trastorno y puedan detectar de manera sencilla a los niños que padecen el TDA y brindarles el apoyo para una integración escolar normal y no tengan que ser discriminados o rechazados.

CAPITULO 1

1.1. Aproximación al Trastorno por Déficit de Atención (TDA)

Antecedentes teóricos y clínicos.

El trastorno por déficit de atención a través del tiempo ha recibido otras denominaciones, en el pasado se utilizaban los términos de “daño cerebral”, “disfunción cerebral mínima” “reacción hipercinética” y por último “trastorno por déficit de atención” con el que se conoce actualmente.

Los diferentes cambios en la terminología del TDA nos reflejan el creciente conocimiento de este trastorno por parte de profesionales de diferentes disciplinas.

Las primeras descripciones de este trastorno se encuentran en el año de 1854 en Francia cuando comenzaron a estudiarse casos de niños con retraso mental leve que presentaban inestabilidad física. (Vázquez M. P. 2001)

En el año de 1854, el médico alemán llamado Hoffman descubrió por primera vez un síndrome caracterizado por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento escolar.

La primera descripción sistemática de las características básicas del trastorno fue llevada a cabo por el médico inglés Still en 1902 (Barkley, 1999). Still observó en su consultorio que algunos de los niños que atendía presentaban problemas de atención, manifestaban una excesiva actividad motora y se comportaban de manera impulsiva y agresiva.

Still creía que estos niños presentaban problemas porque tenían una alteración de su “control moral”, debido probablemente a un proceso posparto o una situación hereditaria. También observó que este trastorno se presentaba preferentemente en varones, que presentaban rasgos de alcoholismo, conductas criminales o depresión en los parientes biológicos, por lo que le atribuyó una etiología orgánica, aunque afirmó la influencia de factores medioambientales. (Moyano, 2004)

A partir de la descripción de este nuevo trastorno descubierta por Still la relación que se estableció entre los desordenes de conducta y atención junto con las causas biológicas se les dio una mayor importancia después de la Primera Guerra Mundial ya que durante esta guerra una gran cantidad de niños sufrió de encefalitis y presentaban problemas de atención, pobre control motor, irritabilidad e hiperactividad. (Moyano, 2004)

En la década de los treinta, un médico de Oregón, Estados Unidos, llamado Charles Bradley utiliza por primera vez una droga psicoactiva llamada benzedrina para el control de la hiperactividad dándole un excelente resultado. (Moyano, 2004)

Esto llama la atención de los investigadores del Wayne Country Training School en Northville, Michigan, para que estudiaran los efectos psicológicos del daño cerebral en un grupo de niños con retardo mental. Encontraron que estos niños presentaban los síntomas de desatención e hiperactividad, es en este estudio que se comienza a utilizar el concepto de *disfunción cerebral mínima* de gran auge en los años cincuenta y sesenta.

En 1957, Laufer y colaboradores identificaron el *síndrome de impulso hiperquinético*, y la hiperactividad pasó a ser el foco específico de medicación estimulante,

En 1961, se utiliza por primera vez la Ritalina en el tratamiento de la hiperactividad pero al siguiente año, se observó que la mayoría de los niños que padecían el trastorno no habían sufrido ninguna lesión cerebral, entonces se sustituye el término de la *hipercinesia* por el concepto de *disfunción cerebral mínima* .años más tarde en 1968, se acuñó el término de *reacción hiperquinética infantil* como una entidad propia según la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

Pero en el año de 1966, se utiliza el término de “Disfunción Cerebral Mínima” por el Departamento de Salud y Bienestar de las Estados Unidos que define a los niños de inteligencia normal, casi normal o superior a lo normal con trastornos conductuales y de aprendizaje, que van de moderados a severos, y que se encuentran asociados a desviaciones de las funciones del sistema nervioso.

Este nuevo término fue descrito por Clements (Mendoza, 2003). Este trastorno estaba caracterizado como trastorno de la conducta y del aprendizaje que experimentan niños con una inteligencia normal”. Sus características más importantes eran la hiperactividad, desajustes perceptivo-motores, inestabilidad emocional, deficiencias de atención y coordinación general, impulsividad y dificultades específicas en el aprendizaje. Sin embargo,

los médicos consideraban la disfunción cerebral mínima como un síndrome, los educadores lo consideraban como niños con dificultades en el aprendizaje.

En los setenta, los psicólogos y psiquiatras le dieron una mayor importancia a los problemas de atención, que a la hiperactividad, dando como resultado que la Asociación Norteamericana de Psiquiatría incluyera un nuevo trastorno: *ADD o Attention Déficit Disorder* (desorden por déficit de atención), sin mencionar la hiperactividad, en la tercera edición de su *Diagnostic and Statisal Manual o DSM-III*, publicado en 1980.

Estos conceptos experimentaron un gran cambio cuando Virginia Douglas (Miranda, 2001) sustentó que la deficiencia central de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad para mantener la atención y controlar la impulsividad, dándole una mayor importancia a las dimensiones cognitivas. La perspectiva de Douglas ha tenido una gran influencia en la interpretación actual del TDA.

En 1980 nació también el CHADD, una asociación de padres (niños y adultos con déficit de atención) en Estados Unidos. Con solo 29 integrantes, creció hasta tener 49 en 1994.

Erdman (1998), señala que actualmente los criterios mas utilizados en la clínica para la clasificación del Trastorno de déficit de Atención con hiperactividad son los establecidos por el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) en el apartado de trastorno de conducta perturbadora.

Uno de los modelos teóricos que han definido al TDAH es la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual de Diagnostico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1980), lo define como Trastorno por Déficit de Atención (TDA), en 1983 aparece en el DSM-III-R como Trastorno por Déficit de Atención señalando que se puede dar este trastorno con / sin hiperactividad y con / sin impulsividad.

En 1987, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, en su revisión del *Diagnostic and Statistical Manual*, el DSM-III-R, volvió a incorporar el interés por la hiperactividad al crear el ADHD (desorden por desatención e hiperactividad) que reafirmó el DSM-IV de uso corriente.

En el DSM-IV (1994) está clasificado, como “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (TDAH); tomando en cuenta que la impulsividad es uno de los síntomas que más predominan (Merino, 1997)

El sistema médico que se utiliza en Europa es la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-10) de la Organización Mundial de la salud (1992), este modelo médico describe la TDAH como un trastorno con hiperactividad moderada, una marcada falta de atención, no presenta impulsividad, estos síntomas no coinciden con el sistema médico del DSM-IV (1994) teniendo una discrepancia al establecer un diagnóstico (Moreno, 1997). Dentro del modelo pedagógico la hiperactividad infantil se le relaciona con dificultades en el aprendizaje y deficiencias perceptivas (Moreno, 1997)

El modelo psicológico cognitivo-conductual define al TDAH evaluando la conducta del niño en el ambiente y situaciones específicas en las que aparece, siendo la característica principal un patrón de conductas concretas que se manifiestan en respuesta a condiciones ambientales adversas (Moreno, 1997)

Es importante mencionar que el Trastorno por Déficit de Atención es diferente de los problemas de aprendizaje y de los trastornos de conducta como el oposicionismo desafiante, aunque a veces esta característica se presenta simultáneamente .

Por tal motivo, es importante mencionar que el Trastorno por Déficit de Atención es difícil de ser diagnosticado por lo cual se tienen que capacitar sobre este trastorno a las personas que tengan contacto con estos niños para una oportuna detección.

1.2 Definiciones del TDAH

Para la Asociación Psiquiátrica Americana, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995), define al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (p.82)

Por otro lado el CIE-10 se le conoce como un trastorno hiperkinético (Déficit de Atención, Hiperactividad). Algunos de los síntomas más frecuentes que se describen son: impulsividad, déficit cognitivo, retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje, dificultad para sostener la atención y concentración, comportamiento antisocial, etc.

“El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el término que se utiliza en la actualidad para describir un trastorno del comportamiento que presentan tanto niños

como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Este trastorno implica, primordialmente, una dificultad, generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días), para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva (Hiperkinesia o hiperactividad). Secundariamente, se manifiesta en forma de un notable déficit de reflexividad: actúa con impulsividad o con escasa reflexión. En general, la persona: niño, joven o adulto, se muestra ante los demás como un individuo con escaso autocontrol, dejándose llevar con frecuencia por sus emociones: ira, tristeza, alegría, ansiedad,... sus deseos o sus necesidades.” García y Magaz, (2000).

Barkley (1982) y Taylor (1991) caracterizan este trastorno por una excesiva inquietud Motora o sobre- actividad del niño hiperactivo.

Gratch () “El ADD-ADHD es un trastorno que afecta ambos campos, la atención y la impulsividad. En su génesis y desarrollo participan causas neuroquímicas y psicodinámicas y su tratamiento requiere la imprescindible participación de profesionales médicos, psicólogos, psicopedagogos, maestros, psicomotricistas y padres”

Joselevich (2003) “El AD/HD puede ser definido como un trastorno de base neurobiológico que se manifiesta por grados inapropiados de atención hiperactividad e impulsividad”.

Mendoza (2003): “El TDA es una incapacidad para mantener la atención o concentrarse; es un desorden orgánico de origen neurobiológico”

Mendoza y Salgado (2000) “El trastorno por déficit de atención se refiere a una alteración que se observa en el poco autocontrol del individuo y en los procesos de inhibición. Actualmente los desórdenes de la tención involucran las conductas impulsivas, las distractibilidad y la hiper o hipo-actividad”.

Miranda (2001): “El TDA es un síndrome caracterizado por deficiencias atencionales, impulsividad y un excesivo grado de actividad”.

Moyano (2004) “El término ADHD proviene de una sigla que en inglés significa Attention Déficit Hyperactivity Disorder (trastorno por hiperactividad y déficit atención al). Mediante este nombre se reúne una serie de manifestaciones del orden de la conducta y la atención, caracterizadas principalmente por hiperactividad, desatención e impulsividad”.

Otros autores han propuesto sus propios conceptos sobre este trastorno mencionando, por ejemplo: Saber y Allen (1979) lo definen como un trastorno del desarrollo, que se caracteriza por inquietud y una falta de atención excesiva en situaciones que se requieren condiciones estables. (Citado en Moreno).

Estas definiciones nos llevan a la conclusión de que el TDAH afecta la atención, la actividad motora y la impulsividad afectando el campo educativo y social en el desarrollo del niño además que el tratamiento a seguir es multidisciplinario (médicos, profesores y psicólogos) sin olvidar a la adaptación social (los padres, la familia en general y la sociedad).

1.3 Definición de atención

Los problemas para enfocar y sostener la atención que se presentan en el TDAH son, a diferencia de la hiperactividad más evidentes en este tipo de niños.

Podemos definir la atención en tres principales formas que sugieren Posner y Boies (1971): atención selectiva, capacidad de atención, y atención sostenida.

Atención selectiva

La atención selectiva se refiere a la habilidad de una persona para responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación y refiriéndonos a esto, no se han tenido evidencias de que los niños con TDAH se distraigan más que los niños que no tengan el TDAH aunque frecuentemente estén fuera de la tarea o se fijen en circunstancias del salón de clases ajenas a la labor que supuestamente deberían de realizar. En un estudio hecho por Douglas y Peters (1979) en el que compararon la ejecución de chicos hiperactivos con la de niños normales en tareas, en la que se utilizaron distintas condiciones de distracción. Estas tareas abarcaban pruebas de lectura, aritmética, codificación, discriminación de formas y tonos, y nombrar nombres de frutas. Dichas condiciones incluían luces intermitentes, timbre del teléfono, música grabada, ruido blanco discontinuo, voces y presencia física de otros. Los hallazgos típicos de estos estudios han sido que el grupo con TDAH no es en particular susceptible a distraerse en comparación con el grupo normal, o que ambos grupos lo hacen en el mismo grado. Estos autores opinan que las conductas fuera de las tareas de los niños con TDAH que los maestros muchas veces juzgan como distracción, se podrían definir mejor como conductas de búsqueda de estímulos. Asimismo, podría ser que los niños se salen de la tarea porque es reducida su capacidad de atención. (Kirby, 1992)

Capacidad de atención

En términos simplificados, esta capacidad se refiere a la habilidad para atender a más de un estímulo a la vez. La mayoría de las tareas de aprendizaje, por su naturaleza, implican enfocar múltiples estímulos. En un estudio de Pelham (1981) se indican diferencias marcadas entre niños hiperactivos y normales, en su ejecución de tareas experimentales para medir capacidad de atención. Al interpretar los resultados de esta investigación, este autor sugiere que este tipo de atención, aún cuando es algo distinta, incluye varias de las habilidades del tercer tipo, la atención sostenida.

Atención selectiva

La atención sostenida es aquella que tiene lugar cuando un individuo debe mantenerse consciente de los requerimientos de una tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo, (por ejemplo, las tareas aritméticas, la lectura de un párrafo o de un libro, etc) Es importante comprender los aspectos de atención, tanto cognoscitivos como de motivación para poder entender las dificultades académicas y sociales de los niños con TDAH. Douglas y sus colaboradores han estudiado a fondo esta clase de atención y sistemáticamente han examinado los estilos de aprendizaje y ejecución de estos niños en gran diversidad de tareas. Al analizar los factores de facilitación e inhibitorios básicos para tener éxito en actividades que se les dificultan a estos niños, Douglas (1984) concluyó que la categoría de "facilitación" engloba distintas habilidades de procesamiento de información y solución de problemas, parecen caracterizarse por buena concentración, reflexión cuidadosa y tener un enfoque organizado y planificado. Generalmente, también esta presente una necesidad recíproca de inhibir respuestas descuidadas o impulsivas.

Variables de solución de problemas relacionadas con la atención sostenida

La lista de variables de atención que intervienen en la tarea de fijar y sostener la atención durante un período determinado, se mencionan a continuación algunas de éstas variables son:

- Comprender la tarea y las metas de uno antes de poner atención.
- Percatarse de cuando no se comprenden bien la tarea ni las metas o resultan confusas.
- Elaborar un plan o una estrategia para emprender una tarea o atacar un problema.
- Realizar una estimación inicial de qué tan adecuado sería un plan o una estrategia antes de aplicarlos, así como generar alternativas si parece inapropiado el procedimiento original.
- Vigilar cómo se avanza hacia la solución del problema y comenzar de nuevo si es necesario.

- Dividir metas lejanas en otras más inmediatas, si se trata de tareas que requieren períodos prolongados o esfuerzo sostenido.
- Pensar en términos de medios-fines (“Si hago esto entonces...”).
- Estimar el tiempo que se necesita para cada tarea y programar el tiempo disponible.
- Lidiar con el hecho de estar rezagado, al evitar que la excitación y las emociones interfieran con el progreso, así como eliminar ideas negativas y catastróficas.
- Consultarse a sí mismo al quedarse atorado (en lugar de pedir ayuda o darse por vencido de inmediato), por medio de recordar soluciones a dificultades anteriores.

Esta lista de variables de solución de problemas ayuda a mostrar las complejidades que encierra la orden de “poner atención”, al estudiar el tercer tipo de variable en la atención sostenida, es decir de la motivación, se podrá tener una mejor idea de dichas complejidades.

Aspectos motivacionales de la atención

La mayoría de los padres y maestros que conviven con niños con TDAH suponen que estos niños tienen dificultades motivacionales, sin embargo están equivocados, las tareas donde aparecen motivados estos niños son sencillas y no requieren un esfuerzo estratégico sostenido, demostrando que tienen habilidades adecuadas de atención y solución de problemas en tareas que cuenten con estas características, pero en otras no.

La siguiente lista propone algunas variables relacionadas con el componente motivacional de dicho esfuerzo estratégico.

Se debe ser capaz de:

- Valorar el grado en que parece tener solución de una tarea.

- Decidir dedicar tiempo y esfuerzo a resolverla.
- Visualizar y disfrutar de antemano la realización exitosa de la tarea.
- Proporcionar autoreforzamiento por los esfuerzos y avances hacia la solución del problema, a la vez que se minimizan o eliminan ideas negativas acerca de sí mismo.
- Responder convenientemente al reforzamiento externo.
- Ser realista en cuanto a esperar dicho reforzamiento y continuar el trabajo, aunque el mismo se retrase o sea intermitente.
- Mantener el control del nivel de excitación, en lugar de subirlo demasiado y distraerse por la ocurrencia de un reforzamiento externo, o bajarlo mucho y deprimirse por la ausencia del reforzamiento esperado.

CAPITULO 2

2. Etiología del TDA

Muchas han sido las teorías que han surgido a lo largo de los años para intentar explicar los factores que originan el trastorno por déficit de atención, las causas posibles de este trastorno se atribuye a factores genéticos, factores biológicas-fisiológicas, (complicaciones o traumas durante el embarazo o parto, envenenamiento por plomo, las dietas y la exposición prenatal y drogas); disfunción cerebral y del sistema nervioso central; causas ambientales

2.1 Factores genéticos

Desde el punto de vista genético existe un factor hereditario como causa del TDAH, de acuerdo con estudios realizados por el Nation Institut of Mental Health (NIMH, 2000), indican que, de 55 a 92 %de los casos se adquiere por los genes maternos o paternos, la presencia del TDAH entre gemelos nos orienta sobre las leyes genéticas que determinan cómo se hereda esta condición (Goodman, Stevenson, 1989):

1. Se encontró que en los gemelos monocigotos (proviene de un mismo huevo fecundado) los cuales tienen información genética idéntica, si uno de los gemelos es diagnosticado con TDAH el otro presentará la misma condición en el 92 % de los casos.
2. En los gemelos dicigotos (proviene de distintos huevos fecundados) los cuales no tienen la misma información genética, se ha demostrado que si uno de ellos presenta TDAH, el otro tiene una posibilidad del 33 % de manifestar la misma condición.

Estos estudios nos indican que cuando se comparte por completo la información genética, prácticamente en todos los casos, ambos gemelos tendrán TDAH, aún en el caso de que hayan sido dados en adopción y se desarrollen en diferentes familias. Sin embargo, en los gemelos no idénticos, la información genética que poseen entre ellos no es idéntica, aunque sí similar, es decir presentan el mismo parecido que entre hermanos, y en este caso sólo una tercera parte de ellos tienen el TDA. Cuando los padres tienen TDAH de inicio, en la infancia, la probabilidad de que sus hijos presenten el trastorno es del 57 % y de éstos la mayoría ha estado, o está, en tratamiento (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, 1995).

Ahora bien, aunque la probabilidad de manifestar TDA es alta cuando hay genes que lo predispongan, existen otros factores que determina si se presentará o no, ya que aún en los gemelos su manifestación clínica está influida, además por factores ambientales específicos que determina que esta condición se herede; básicamente dichos genes se localizan en los cromosomas 3,5 y 11 (Swanson, Sunohara, Kennedy; Regino y Fineberg, 1998).

En conclusión, es claro que en el TDAH los factores genéticos ocurren diversas desviaciones del desenvolvimiento normal del cerebro, mismas que se inician desde etapas muy tempranas del desarrollo, cuando el producto se encuentra aún en el útero.

Las investigaciones realizadas muestran un porcentaje que entre el 20 % y el 32 % de los parientes en primer grado (padres y hermanos) del paciente muestran el mismo trastorno. La concordancia encontrada en un estudio realizado entre 127 pares de gemelos monocigóticos y 111 dicigóticos fue para los primeros el 51% y del 33 % para los segundos (Michanie, 1996).

Para Menéndez. B (s.f), todos los estudios inciden en que la existencia del mismo trastorno en hermanos es de un 17 % a un 41 %. En cuanto a gemelos univitelinos el porcentaje de trastorno común es hasta del 80 %. Si el padre o la madre han padecido el síndrome, sus hijos tienen un riesgo del 44 % de heredarlo.

El estudio de adopción de Alberts-Corush (1986), apoya la relación entre hiperactividad en la infancia y déficit atencional en padres biológicos de niños con TDAH. (Rodríguez- Sacristán, op. cit)

b) Factores hormonales: Cosgrove (1977) menciona que se han detectado anomalías en los neurotransmisores, así como los bajos niveles de dopamina en el líquido cefalorraquídeo. Estudios de flujo cerebral evidencian disminución del flujo en el lóbulo frontal, lo cual podría indicar que la desinhibición estaría relacionada con la disfunción de dicho lóbulo. Desde el punto de vista neuroquímico, la respuesta positiva de los niños hiperactivos a los fármacos estimulantes apoya la hipótesis de la deficiencia en la producción regulada de importantes neurotransmisores cerebrales (la dopamina y la noradrenalina).

Esta deficiencia hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas. Los niños hiperactivos por tanto, mantienen un estado de hipervigilancia, es decir, reaccionan de forma más exagerada a estímulos sensoriales que no despertarían semejante reacción en niños no hiperactivos. (Cruz, 2001)

Se ha señalado que la medicación produce una mejora inmediata porque el metilfenidato y la dextroanfetamina facilitan la acción de la dopamina y liberan noradrenalina, permitiendo

ajustar ese desequilibrio en el umbral de estimulación, lo que se traduce en una mejoría en la atención y una disminución de la hiperactividad motriz (Romeu,1999)

2.2 Factores biológicos-fisiológicos

Periodo prenatal: las variables que los investigadores han relacionado con este trastorno durante la infancia son; las infecciones de la madre durante el embarazo, principalmente rubéola, toxoplasmosis, anoxia (falta de oxígeno) del producto “in útero” producida por anemia de la madre, hipotensión, hemorragia cerebral en el producto, exposición excesiva a los rayos, el consumo de tabaco, de alcohol y el estrés psicológico de la madre embarazada (Moreno, 1977).

También encontramos anoxia del neonato producida por obstrucción mecánica respiratoria, uso inadecuado de sedantes o anestésicos administrados a la madre que se utilizan en los partos complicados.

Periodo Postnatal: Las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, como la tosferina, el sarampión, la escarlatina, la encefalitis, la meningitis y los traumatismos craneanos son algunos de los factores que inciden el trastorno del TDAH.

2.3 Factores del Sistema Nervioso Central

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

La inatención, la impulsividad y la hiperactividad, las que pueden interpretarse como resultado de la inhibición de la respuesta.

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

Luria (1974) también encontró una alteración en la “regulación verbal del acto motor”, la inclusión del lenguaje en la práctica del niño, es decir, la capacidad para regular verbalmente el acto motor, atraviesa varios estadios que concluyen al término del período escolar. Desde una perspectiva del desarrollo, la regulación de la conducta de los niños está dirigida, al principio, por el lenguaje de los adultos, mientras que en una segunda etapa de la regulación depende de la manifestación externa del lenguaje propio, para transformarse, progresivamente, en lenguaje interno (Manga, 1997).

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

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

Esa función reguladora o pragmática del habla se vincula con la inatención consciente de la acción y con la regulación del sistema de activación reticular por el córtex. Luria (1980) subraya que el papel de los lóbulos frontales en la regulación de movimientos y acciones voluntarias surgen, en gran parte, como consecuencia de un plan formado con la íntima participación del habla, que formula el propósito de la acción indica los pasos a seguir, el habla cumple una función de monitorización durante la realización de acciones voluntarias complejas. Los lóbulos frontales mantendrían el papel dominante del programa que se está realizando e inhibiría acciones irrelevantes o inapropiadas (Manga, 1997).

Aún no están suficientemente aclaradas las bases neurológicas de este trastorno, pero los estudios neuropsicológicos pueden ayudar a establecer que funciones corticales quedan afectadas selectivamente por este trastorno. (Cruz, 2001)

Factores ambientales

Ambiente social y cultural.

Las influencias culturales juegan un papel importante en la manera de que las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad se expresan en el significado o importancia que otras personas le dan a estas conductas y por lo mismo el nivel de tolerancia a las mismas. Esto no lleva a señalar que los niños que padecen TDA pueden ser más tolerados en nuestra cultura porque tenemos mayor expresividad en nuestras relaciones sociales al momento de comunicarnos, manifestamos más movimientos corporales, gestos y expresiones faciales, tenemos un espacio interpersonal más cercano, nos acercamos físicamente más a las otras personas, nos tocamos más, movemos más nuestros ojos focalizamos nuestra atención más en la persona que nos habla, está es la ventaja sobre la cultura estadounidense donde existe menos expresividad en las relaciones sociales.

Ambiente familiar

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

Ambiente escolar

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

Desventaja económica

Según las investigaciones realizadas por Bauermeister de las cuales nos presenta información, manifiesta que el TDA se encuentra con mayor frecuencia en personas que se han desarrollado en comunidades con recursos económicos limitados, ya que abundan los riesgos de cuidado prenatal deficiente, de la presencia de complicaciones médicas durante el embarazo, el parto y posteriormente de un acceso reducido a recursos socioeconómicos que ayuden a contrarrestar la vulnerabilidad del niño a desarrollar el TDA y también por la presencia de eventos estresantes intensos.

Venenos ambientales

Diversas sustancias tóxicas en nuestro ambiente pueden contribuir al desarrollo del TDA uno de ellos son los elevados niveles de plomo en la sangre, Gargalo (1991) menciona, que el plomo es tóxico para el sistema nervioso y puede causar encefalopatía grave. La intoxicación por plomo, puede causar, fácilmente, la muerte y cuando se sobrevive, puede dejar daños neurológicos permanentes, así como un grave deterioro cognitivo y de conducta. Las presencias de niveles más altos de plomo pueden provocar problemas cognoscitivos o de conducta en los niños escolares también se le asocia a los problemas de inatención y la hiperactividad.

En cuanto a los factores alérgicos, Velásquez (1998) menciona que algunos alimentos que contiene colorantes, ciertos conservadores y salicilatos naturales provocan hiperactividad. En la actualidad existen 65,000 siendo que 1,600 salen del alquitrán de hule. Velásquez, no los considera como una causa del TDAH, pero si como un factor precipitante para las personas que empezaron el consumo de alimentos enlatados con preservativos, aditivos, colorantes y sabores artificiales.

Algunos de los químicos que producen reacciones alérgicas son los siguientes:

1.- La Eritrosina colorante rojo produce: fototoxicidad, aumenta la actividad de la hormona tiroidea hasta niveles altos produciendo hipertiroidismo. Se encuentra en las fresas enlatadas, gelatinas de fresa, galletas y cerezas escarchadas.

2.- Azul Pateen V colorante violeta azulado oscuro produce: hinchazón, hipersensibilidad en la piel, urticaria, conmoción, problemas respiratorios y temblores.

3.- El caramelo producido por amoníaco, produce deficiencia de vitamina B-6.

4.- Colorante negro PN, produce quistes intestinales.

5.- Acido Benzoico (sintético artificial) produce desórdenes neurológicos se encuentra en las cervezas, mermeladas, cremas para postres y purés de frutas. (Velásquez, 1998).

Uno de los tratamientos que más se conocen para evitar estos químicos es la Dieta Feingold, esta dieta se basa en evitar los alimentos que contengan colorantes artificiales, determinados conservantes y salicilatos. Evitar comer una amplia variedad de alimentos procesados y congelados, la principal desventaja de esta dieta es psicológica, ya que se requiere de mucho tiempo para su preparación y no es popular entre los niños, porque la mayoría de los dulces y las comidas que les gustan están prohibidas (Taylor, 2000).

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

Para concluir este capítulo es importante tener en cuenta que todavía no se ha encontrado una causa general y universal que determine el trastorno del TDA, por lo tanto, cualquiera de los factores mencionados anteriormente pueden ser la causa del TDAH así como también pueden varios de ellos para ciertos casos.

CAPITULO 3

3. Subtipos del TDA.

Para definir con mayor exactitud el trastorno, se han identificado tres subtipos de TDA (Van-Wielink, 2004) tomando en cuenta la predominancia de hiperactividad o déficit de atención, y a continuación se describen estos subtipos:

3.1. TDA de tipo inatento. Se aplica en aquellos que casos que cumpla como mínimo seis de los nueve síntomas del apartado de inatención. Los niños diagnosticados dentro de este subtipo presentan patrones concretos de problemas atencionales: suelen ser lentos, perezosos, despistados, descuidados, apáticos, inactivos, callados y con tendencia a soñar despiertos. Este conjunto de deficiencias reflejan su incapacidad para mantener y cambiar deliberada y adecuadamente el foco de atención, teniendo problemas de rendimiento escolar. Frecuentemente encuentran excusas para no realizar tareas asignadas, pierden el tiempo con cualquier material y son sumamente desorganizados en sus trabajos escolares.

Posiblemente, una de las razones de su fracaso escolar en estos niños son los problemas que manifiestan con la memoria a corto plazo, afectando a su vez a áreas curriculares como la comprensión lectora y de cálculo mental. Por ejemplo, respecto a la lectura las deficiencias en la memoria de trabajo dificultan el recuerdo del principio del párrafo cuando está llegando al final.

En relación con las matemáticas, las dificultades se evidencian principalmente en la memorización de las tablas de multiplicar, y en la resolución de problemas. No obstante, a pesar de estas dificultades estos niños no suelen manifestar comportamientos disruptivos, se comportan bien y guardan silencio, por lo que suelen pasar desapercibidos en el aula.

En estos casos hay que hacer un buen diagnóstico diferencial con otras condiciones, por ejemplo, con la depresión infantil o con enfermedades orgánicas como el hipotiroidismo.

3.2 TDA de tipo hiperactivo. Se aplica a los niños que reúnan al menos seis de los nueve síntomas del apartado de hiperactividad-impulsividad.

Estos niños manifiestan un exceso de actividad motora y escaso autocontrol. Parecen incansables, son excesivamente inquietos y experimentan serias dificultades para permanecer sentados. Incluso cuando logran estar sentados suelen mover continuamente

los brazos y las piernas, manipulan los objetos o juguetes hasta que los destruyen, y hacen ruidos improcedentes.

No obstante, esta excesiva actividad motora se suaviza a medida que el niño crece, convirtiéndose en la adolescencia y en la etapa de vida adulta en sentimientos subjetivos de inquietud.

Por otro lado, la impulsividad que presentan estos niños se reflejan esencialmente en dificultades para demorar las gratificaciones, esperar los turnos, y seguir las normas del aula y del hogar. Son muy impacientes y no piensan en los peligros que se puedan derivar de sus conductas, por lo que a menudo sufren accidentes. Además estos niños se frustran fácilmente y con frecuencia tiene estallidos emocionales. Estas manifestaciones de escaso autocontrol repercuten negativamente en las relaciones que mantienen con los demás, provocando discusiones y peleas continuas. En la escuela dan respuestas incorrectas antes de que el profesor haya terminado de formular las preguntas. Asimismo, realizan las tareas escolares de forma descuidada y precipitada, por lo que sus trabajos suelen estar incompletos e incluyen numerosos errores.

3.3 Subtipo combinado. Es el que se presentan con mayor frecuencia de un 60 a 70 % de los casos. Estos niños manifiestan tanto síntomas de inatención como de hiperactividad-impulsividad, por lo que son los que plantean una mayor problemática de mayor severidad. Sus déficits afectan negativamente tanto al comportamiento como al aprendizaje y, a lo largo del desarrollo se asocia con un riesgo mayor de experimentar dificultades importantes en el ajuste socio-personal del futuro.

Definitivamente las importantes repercusiones que conlleva, unido a que es el subtipo de TDAH que presenta una mayor prevalencia, determina que la mayoría de las investigaciones incluyan una muestra niños con TDAH del subtipo combinado. (Miranda, 2001).

CAPITULO 4.

4. Criterios de diagnóstico para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

4.1 Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2000).

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000), los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) son (cit.en Menéndez, 2001, p.4):

A. (1) o (2)

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

Desatención:

- (a) No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes al realizar sus tareas escolares, en el trabajo o actividades cotidianas.
- (b) Dificultad para mantener la atención en juegos o tareas asignadas.
- (c) No parece escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) No cumple correctamente con las instrucciones ni termina las tareas escolares u obligaciones del trabajo o la casa a pesar de comprender las instrucciones. (sin que se deba a negativismo, o error de comprensión).
- (e) Tiene dificultades para organizar actividades y tareas.
- (f) Evita, rechaza o le desagradan las actividades que requieran un esfuerzo mental sostenido (como la tarea escolar o los deberes).
- (g) Frecuentemente pierde los objetos necesarios para sus actividades escolares o de trabajo diario (juguetes, libros, lápices).
- (h) Se distrae fácilmente con estímulos ajenos a sus tareas.
- (i) Frecuentemente se olvida de cosas importantes en las actividades diarias.

(1) seis (o más) de los síntomas de Hiperactividad-impulsividad que hayan persistido durante por lo menos seis meses en un grado desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- (a) Frecuente inquietud en pies y manos cuando debe permanecer sentado.
- (b) No puede permanecer sentado en su lugar en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que se mantenga sentado por ejemplo, a la hora de comer o en reuniones sociales.
- (c) Frecuentemente corre o trepa en lugares inapropiados (en adolescentes o adultos esto puede limitarse a una sensación subjetiva de inquietud).
- (d) Tiene dificultad para jugar o compartir sus juegos con los demás.
- (e) Frecuentemente está en actividad motora constante como si estuviera “como un motor acelerado y con el freno puesto”.
- (f) Muchas veces habla en forma excesiva.

Impulsividad:

- (g) Frecuentemente responde de forma precipitada sin que se haya concluido la pregunta.
- (h) Tiene dificultad para esperar su turno.
- (i) Interrumpe o se inmiscuye en actividades de los demás.

Otras condiciones que destaca el DSM-IV son:

- ✚ Algunos de los síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención antes de los siete años.
- ✚ Los síntomas se manifiestan en distintas situaciones y lugares (por ejemplo, en el colegio o el trabajo, y en la casa).
- ✚ Existe evidencia clara de impedimento clínicamente significativo a nivel social, académico u ocupacional.



Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro desorden psicótico, y tampoco pueden ser explicados por otro desorden mental (desorden afectivo, desordenes por ansiedad, desorden disociativo, o trastorno de la personalidad).

Se puede llevar a cabo tres tipos de diagnóstico de TDAH:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el Criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

En el caso que no se cumplan los criterios establecidos para cualquiera de los subtipos mencionados, se diagnostica como trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

El diagnóstico debe estar realizado por un especialista, quien debe tener en cuenta además de los síntomas principales los efectos del cuadro en cuanto al entorno familiar ya que existen dificultades emocionales que se desarrollan dentro de este cuadro, por lo que a veces los síntomas no siempre se reconocen y son sin lugar a dudas los más difíciles de tratar como por ejemplo: baja autoestima, depresión, baja motivación hacia la escuela, aburrimiento y frustración ante tareas académicas, miedo para aprender cosas nuevas, miedo anticipado al fracaso, malas relaciones sociales con su parejas o en el trabajo, robos y conductas o respuestas violentas debidas a la gran cantidad de frustración acumulada., así como su comorbilidad.

Cuando más tardíamente se efectúa el diagnóstico, más profundamente se vuelven estos síntomas y es más difícil de tratarlos. Existen cuestionarios para padres y maestros que se utilizan para completar la información, pero debe tenerse en cuenta que ningún cuestionario sirve para dar un diagnóstico ni determina el tipo de tratamiento a realizar.

El diagnóstico debe estar efectuado después de una revisión cuidadosa de toda la información que se ha proporcionado, la observación del niño y las evaluaciones específicas, lo cual demanda varias sesiones de trabajo. (Joselevich, 2003).

Problemática entorno al diagnóstico

Dentro de las dificultades que se han encontrado al intentar realizar un diagnóstico acertado del TDAH es encontrar los instrumentos más adecuados. Desde el momento en que hablamos de un conjunto de síntomas que se manifiestan en los diferentes ámbitos en los que el niño tiene contacto como por ejemplo en su casa o en la escuela es de esperar que las personas que tienen contacto con estos niños tengan opiniones diferentes acerca del problema.

En términos generales se puede llegar a sospechar que un niño padece TDAH a través de la familia, los maestros o los profesionales de la salud, encontramos que factores como la edad del niño, las características familiares, su personalidad, el entorno social y cultural, y las exigencias académicas de la escuela modifican en forma sustancial el momento y las características del diagnóstico.

Pero a pesar de que se cuenta con herramientas para que los padres, maestros y otros profesionales que conviven con el niño con TDAH tengan una idea acertada de las características de este trastorno, estas herramientas no siempre se encuentran disponibles y al alcance de todos. Por ejemplo podemos tener un cuestionario para padres de niños con características de hiperactividad o desatención que resulte complejo y que tenga resultados no significativos o no tengan la rigurosidad científica suficiente. Es importante tomar en cuenta que el proceso de diagnóstico del TDAH es crucial, ya que su correcta realización dependerá el futuro del niño y la posibilidad de acceder al tratamiento adecuado.

Generalmente, encontramos que los padres de un niño o niña con TDAH no suelen aprovechar todos los elementos que tiene a su alcance para que su hijo tenga un diagnóstico adecuado. Esto se debe la mayoría de las veces a que desconocen su existencia. Frecuentemente se sienten culpables, al creer que no educaron bien a su hijo, o por lo menos que no fueron lo suficientemente severos en su educación. Otras veces suelen minimizar algunas manifestaciones de impulsividad, hiperactividad o desatención de sus hijos al considerar que forman parte de una personalidad o de su carácter o bien, que se vean reflejados en ciertos comportamientos de sus hijos y que consideren que, simplemente, han heredado estas conductas, al recordar que ellos mismos se comportaban de esa manera cuando eran niños.

Todas estas conductas nos indican una gran desinformación acerca de este trastorno lo cual lleva muchas veces a un subdiagnóstico o a un sobre-diagnóstico, por lo que muchos niños que realmente necesitan un tratamiento adecuado no lo reciben, así como

otros son medicados con estimulantes, sin tomar en cuenta los criterios diagnósticos para el TDAH.

Afortunadamente, los padres se están informando de las escalas especialmente diseñadas para ellos, como el test de Conners para padres. Sin embargo, los pediatras, en su calidad de responsable de la salud infantil, también deben estar preparados e informados para aconsejar y guiar a los padres que se encuentren desorientados.

Pero también todos aquellos que se encuentren en relación con los niños con TDAH como, los pediatras, los psicólogos y los psicopedagogos deben contar con los elementos adecuados para el diagnóstico: los criterios del DSM-IV, el examen físico, la historia familiar, la entrevista, etc. Desafortunadamente poco niños son llevados a la consulta médica o psicológica oportunamente y, cuando lo hacen, han pasado por innumerables consultorios sin resultados satisfactorios, con un gasto económico elevado y la paciencia agotada de los padres. Además, es alarmante la desinformación que existe acerca del TDAH entre los pediatras que son los que mas conocen la salud de sus pequeños pacientes. Muchas veces, al ser consultados por los padres de dudas acerca de su conducta de sus hijos por su bajo rendimiento escolar, se limitan a canalizar al paciente al neurólogo o al psicólogo, sin haber profundizado el diagnóstico.

Los docentes son los que tiene una mayor posibilidad de detectar a los niños con TDAH al tener una mayor relación con los niños, porque cuando el niño comienza el ciclo escolar primario, se encuentra con mayor exigencia académica y de conducta. Muchas de las características del TDAH, como la impulsividad y la hiperactividad se haran evidentes en el aula escolar y no encontramos a nadie más capacitado que el docente para evaluar si esas características forman parte de las generalidades de los demás niños o si, por el contrario, pueden relacionarse con un problema específico.

Lamentablemente, pocos docentes cuentan con pocos elementos para poder discernir si un niño padece TDAH o no, para poder alertar a los padres o iniciar un proceso diagnóstico junto con el médico o pediatra. .generalmente los docentes hacen más uso de su sentido común que de escalas o cuestionarios especiales para determinar el diagnóstico del TDAH, con las imprecisiones y las consecuencias del uso de este sentido común. En las pocas escuelas en las que las autoridades comprenden la magnitud del problema, proveen a los docentes con elementos diagnósticos, como la escala de Conners, o las escalas de Farré y Narbona.

Entonces nos encontramos, que el diagnóstico del TDAH es una tarea bastante ardua, y la mayoría de las veces se realiza equivocadamente y de una forma incompleta. Sin embargo, existe una posibilidad de hacer un diagnóstico acertado, mediante la ínter disciplina. Hemos visto que los esfuerzos realizados por los pediatras, los padres y los docentes no han dado resultados satisfactorios, probablemente porque esos esfuerzos

se hacían de manera aislada. Es muy común que el médico de un niño con dificultades de aprendizaje o de conducta no esté informado del trabajo que realiza la familia del niño con el psicólogo o peor aún que exista una competencia entre ellos por la solución del problema y el único perjudicado es el niño. Los docentes son, en general, los últimos en enterarse, si es que lo hacen, de los avances o los retrocesos del tratamiento médico o psicopedagógico del niño.

Tomando en cuenta esto, es difícil que el diagnóstico sea adecuado ya que no existe una comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al niño con TDAH y por lo tanto no pueden intercambiar o compartir sus experiencias e información acerca del paciente.

Por eso mismo se ha llegado a la conclusión que TDAH no se puede diagnosticar de manera aislada tiene que ser interdisciplinaria. Así, los especialistas pueden compartir sus opiniones, experiencias e información en forma periódica, en reuniones o intercambiando información, etc. Lo más importante de esto es compartir una misma filosofía de diagnóstico y tratamiento, trabajando realmente en equipo. En este caso el niño saldrá beneficiado con un diagnóstico interdisciplinario, y encontraremos que los esfuerzos realizados por todos los integrantes del equipo de salud se van a beneficiar a través de un trabajo interdisciplinario.

4.2 Métodos de evaluación.

Para el diagnóstico del TDAH no solo debe hacerse con el reconocimiento de los síntomas, sino que implica una labor más extensa para lograr un diagnóstico útil y eficaz. Diversos autores como Arango y Jiménez (2002) Chevins (2000), Heydi (2000) y Soprano (2000) están de acuerdo en sugerir en el diagnóstico lo siguiente:

- a) Entrevista de padres y maestros en la detección de niños con TDAH.
- b) Exámen médico general.
- c) Evaluación neuropsicológica.
- d) Evaluación psicológica.

4.2.1 Entrevista a los padres y maestros en la detección de niños con TDAH

Moreno (1997) nos dice que la entrevista nos permite un primer acercamiento a los problemas del niño, cuando se entrevistan a los padres nos informan sobre el desarrollo.

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

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

Entrevista al niño.

La entrevista que se realiza al niño nos permite conocer la percepción que el niño tiene de su problema y la actitud que tiene respecto al tratamiento. La entrevista para el niño se ha adaptado a partir de los criterios de diagnóstico del DSM-III para el TDAH (Kirby, 1992)

4.2.2. Cuestionarios y escalas para padres y maestros en la detección y evaluación del TDAH.

Diferentes autores señalan la importancia de utilizar métodos estructurados y otros de menor sistematización para obtener más riqueza de información. Para Farré y Narbona (2000), “la evaluación puede realizarse desde distintos procedimientos complementarios”. Estos autores hacen mención de dos instrumentos: el cuestionario de Gillberg (1982) y las escalas para padres y maestros de Conners (1969)

Cuestionario de Gillberg: Contiene 35 ítems distribuidos en cinco factores. Las cuestiones se refieren a funciones o habilidades que los maestros están acostumbrados a observar. Los cinco factores hace referencia a determinadas áreas del TDAH como son: déficit de atención, disfunción de la conceptualización, problemas de conducta, disfunción en la motricidad gruesa y fina. El cuestionario discrimina a niños con TDAH y es capaz de distinguir dos grados de severidad (media y grave).

Escala de Conners: Fueron elaboradas por Conners en el año de 1969, con la finalidad de evaluar las mejoras comportamentales de los niños con TDAH que recibían tratamiento. Conners confeccionó dos versiones de este cuestionario: uno para ser contestado por los padres y otro para los profesores.

Conners (1969) enfatiza que los especialistas confrontan la responsabilidad de fallar al detectar las alteraciones significativas de conducta, debido a las múltiples respuestas circunscritas del niño en un ambiente atípico (ejemplo, consultorio médico) ya que tiene muy pocos datos para la medición o muestreo confiable de la conducta. Por estas,

razones, las mediciones derivadas de las observaciones del maestro son especialmente valiosas durante la terapia con psicofármacos.

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

Los maestros son capaces, frecuentemente de hacer observaciones inteligentes, sobre las habilidades de los niños para convivir con sus compañeros y con las demandas del programa de estudio, Conners (1969) señala que una de las finalidades de su investigación titulada: *A Teacher rating scale for use in drug studies with children*, fue proveer información sobre la estructura, confiabilidad, validez y sensibilidad de La Escala de Clasificación del Maestro, concluyendo que es útil como una medida sencilla, económica y válida en estudios de niños hiperactivos tratados con psicofármacos. Para ser utilizada por los maestros, sería indudablemente mejorada con la inclusión de otros puntos que los maestros observen (Conners, 1969)

En investigaciones posteriores se redujeron estos cuestionarios a versiones más simplificadas de 10 preguntas. (Orjales, op. cit).

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

Escala de Calificación para Padres Conners: Esta escala es utilizada para identificar dificultades conductuales en niños de 3 a 17 años de edad. Actualmente se encuentran disponibles dos versiones: una de 93 reactivos y otra abreviada de 48 reactivos. La versión de 93 reactivos ubica ocho factores (Trastorno Conductual, Temeroso-Ansioso, Inquieto-Desorganizado, Problema de Aprendizaje, Psicossomático, Impulsivo-Hiperactivo y Ansiedad), mientras que la versión de 48 reactivos reconoce cinco factores (Problema Conductual, Problema de Aprendizaje, Psicossomático, Impulsivo-Hiperactivo y Ansiedad). Los síntomas se califican en una escala de 4 puntos (0 a 3). Las puntuaciones brutas dentro de cada factor se transforman en puntuaciones T ($M=50$, $De=10$). Las puntuaciones T a 2 o más desviaciones estándar por encima de la media ($T > 70$) pueden indicar áreas problemáticas.

Escala de calificación para el Maestro Conners: Es utilizada ampliamente para identificar una gran variedad de problemas conductuales en niños de 4 a 12 años. La escala complementa la Escala de calificación para Padres Conners. Se encuentran disponibles varias versiones de la escala, incluyendo una de 28 reactivos y otra de 39. La versión de 39 reactivos contiene seis factores: hiperactividad, Problema conductual, Demasiado indulgente

emocionalmente, Ansioso-Pasivo, Asocial y Ensoñación-Problema de Atención. Los síntomas se califican igual que la Escala de Calificación para Padres de Conners. (Sattler, 1996). En 1997 Farré y Narbona elaboran esta nueva versión en castellano de las Escalas de Conners, la cual mide exclusivamente los síntomas principales del TDAH: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Permite la distinción introducida en el DSM IV entre TDAH con predominio hiperactivo impulsivo, TDAH predominantemente atencional y TDAH tipo combinado. Además establece límites entre TDAH y trastornos de conducta y diferencia si estos últimos son una entidad única y distinta o si son trastornos secundarios al TDAH.

De esta manera, los autores proponen la escala de 20 ítems, con dos subescalas de 10 ítems cada una: Hiperactividad-déficit de atención y Trastornos de conducta. A su vez, la primera subescala se compone de dos apartados, que llaman igualmente subescalas, con 5 ítems cada uno: Hiperactividad-impulsividad y Déficit de atención. (Farré y Narbona, 2000).

Escalas Magallanes de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Contienen dos escalas, una para Padres y otra para Profesores. Ambas escalas están constituidas por un conjunto de 17 elementos, agrupados en tres subescalas, que evalúan indicadores conductuales de Déficit de Atención, Hiperactividad-Hiperkinesia y Déficit de Reflexividad. Fueron construidas por García y Magaz (2000) de acuerdo con el Modelo Conceptual del TDAH, dando preferencia a los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), frente a los de la American Psychiatric Association (DSM-IV). Los niveles de aplicación para el EMTDAH-H (ámbito familiar), es desde los 6 a los 16 años, en el EMTDA-H (ámbito escolar) va desde los 6 hasta los 12 años de edad.

Protocolo de Evaluación General y Específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) para niños y adolescentes: Es un conjunto de instrumentos diseñados por García y Magaz (2000) para llevar a cabo un proceso integral de evaluación, orientado a la identificación y valoración individual y contextual del TDAH.

Test de Evaluación de habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales (EVHACOSPI): valora de manera cuantitativa y cualitativa las destrezas cognitivas relacionadas con los procesos de solución de problemas interpersonales. Lleva a cabo la evaluación de las siguientes destrezas: a) Identificación de problemas, b) Definición de problemas, c) Pensamiento Alternativo (fluidez y amplitud), d) Pensamiento Consecuencial (fluidez y amplitud) y e) Toma de Decisión. Los niveles de aplicación son de 4 a 12 años de edad. (García y Magaz, 1998).

Exámen médico general: Se lleva a cabo con la finalidad de observar como se encuentra de salud el niño, si este presenta algún tipo de enfermedad somática, o si presenta problemas auditivos, visuales o de desarrollo. Además, es conveniente en este punto hacer una evaluación neurológica y pediátrica completa con el fin de descartar otro tipo de condiciones que puedan estar influyendo en la sintomatología actual del trastorno como puede ser: epilepsia, meningitis, retardo mental, etc.

4.2.3 Evaluación Neuropsicológica del TDA.

Para un eficiente diagnóstico sobre el TDA se debe descartar primero un daño neuropsicológico, por lo tanto se debe hacer una evaluación neuropsicológica. Las áreas específicas que se evalúan en un examen neuropsicológico son (Soprano, íbidem, p.85):

- ✚ Habilidad intelectual general (cognición, metecognición, estilos cognitivos).
- ✚ Habilidades perceptivas y psicomotoras (gnosias y praxias).
- ✚ Lateralidad y especialización hemisférica.
- ✚ Lenguaje (expresión, recepción, fonología, sintaxis, semántica, pragmática).
- ✚ Aprendizajes escolares (lectura, escritura, cálculo).
- ✚ Memoria y aprendizaje memorístico. Distintos tipos.
- ✚ Atención y función directiva o “ejecutiva”.
- ✚ Conducta emocional y social.
- ✚ Calidad de vida.

Algunas de las pruebas que se utilizan en el examen neurológico son las siguientes:

- ✚ Test de Ejecución Continúa: Este test evalúa de manera aislada el nivel de atención separada de la inteligencia y de otras habilidades cognitivas.
- ✚ Test de Escucha Dicótica (TED): Mide atención a estímulos audioverbales con atención forzada hacia uno u otro oído.
- ✚ Test de Stroop de colores y palabras: es un test sensible a distintos trastornos neurológicos y psiquiátricos y en especial a los procesos de interferencia. En niños con TDAH puede indicar dificultades para inhibir respuestas y fallas en la atención selectiva.
- ✚ Test de clasificación de Tarjetas de Wisconsin: Investiga la capacidad de categorización y la flexibilidad cognitiva en el cambio de estrategia.
- ✚ Figura compleja de Rey: puede detectar las dificultades de planificación y organización asociadas al TDAH.
- ✚ Tareas go/ no go: En niños con TDAH mide el control de la inhibición.
- ✚ La Torre de Londres: Detecta problemas en el área de planificación y resolución de problemas.

Exploración neurofisiológica:

- ✚ Electroencefalografía: Permite detectar alteraciones que agravan el problema del TDAH.
- ✚ Cartografía cerebral: Permite valorar el funcionamiento cerebral.

- ✚ Potenciales evocados: Permiten valorar la capacidad de discriminación, de análisis y de codificación de los estímulos.

4.2.4 Evaluación psicológica: Esta evaluación se realiza con el objetivo de observar el estado psicológico y emocional del niño y si éste se presenta alguna dificultad emocional como ansiedad, depresión y/o trastorno de conducta, así como también algún trastorno de aprendizaje, los cual sumado al trastorno podría agudizar la sintomatología actual. (Arango y Jiménez, 2002)

La evaluación psicológica se lleva a cabo a través de una entrevista con los padres de familia y después con el niño con TDAH.

Entrevista con los padres: la entrevista con los padres nos permite un primer acercamiento a los problemas por los cuales atraviesa el niño con TDAH. Cuando los padres son entrevistados informan sobre el desarrollo evolutivo del niño, sus antecedentes médicos y clínicos, rendimiento escolar, dificultades actuales e inicio de las mismas, situaciones ambientales en las que tienen lugar los problemas, frecuencia de aparición, tentativas de solución hasta el momento y resultados que se han obtenido, entre otros aspectos. Moreno (1997, citado en Cruz, 2001).

Entrevista con el niño: En la entrevista con el niño se tiene que poner un cuidado especial en observar la conducta del niño frente al profesional, desde el aspecto físico, la manera de desenvolverse ante una charla informal, la actividad motora, las habilidades o dificultades de coordinación al caminar o al realizar alguna actividad de juego o dibujo. Por otro lado, también es importante evaluar el funcionamiento del niño en posibles manifestaciones de trastornos psiquiátricos que se confundan con el TDAH, que se presenten en forma concomitante o que excluyan el diagnóstico (Heydl, 2000)

Aplicación de pruebas psicológicas: En el diagnóstico preciso y confiable del niño con TDAH es de gran importancia la evaluación que lleva a cabo el psicólogo clínico auxiliándose de una batería de pruebas psicológicas. Las pruebas que se utilizan con esta finalidad son las siguientes:

Las escalas de inteligencia de Wechsler (WPPSI / WISC-III): son dos escalas elaboradas por David Wechsler (1939), una para adultos (wechsler-Bellevue) y otra para niños (WISC). La escala de inteligencia para niños se elaboró con elementos de la escala de Wechsler para adultos, con elementos más sencillos del mismo tipo. Básicamente se utilizan para obtener un cociente de inteligencia necesario en niños con TDAH. Consta de doce subtests que se agrupan en una escala verbal y otra escala de ejecución de la siguiente forma:

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

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

Para el diagnóstico del TDAH se emplea especialmente el subtest de dígitos, que explora la atención sostenida y la memoria auditiva inmediata. Está formado por dos partes, la primera con series de dígitos de 3 a 9, que el niño debe repetir en orden directo, mientras que la segunda parte, con series de 2 a 8 dígitos, que el niño debe repetirla en orden inverso, la presentación de los dígitos es verbal y la ritmo de un dígito por segundo.

Otros subtests que resultan difíciles para los niños con TDAH son símbolos en dígitos y aritmética. Estas tres pruebas se conocen como la tríada de la atención. Kaufman (1979) considera estos subtests como mediciones de la capacidad de no distraerse, también se relacionan con la capacidad de atención y la habilidad para fijar y sostener esta última (Moreno, 197)

El test Gestáltico Visomotor de Bender. Este test fue construido por Lauretta Bender, psiquiatra norteamericana para el diagnóstico de lesiones cerebrales. Su aplicación permite valorar la existencia de pequeñas disfunciones cerebrales o problemas de integración perceptiva en niños con dificultades de aprendizaje (Orjales, op cit). Esta prueba consta de nueve tarjetas con figuras (dibujos geométricos, puntos y círculos), su aplicación consiste en solicitarle al niño que copie las nueve figuras que el experto le muestra. Para evaluar a través de las reproducciones así obtenidas, como ha estructurado la persona esos estímulos perceptuales (Bender, 1975). Las fallas más comunes son: rotaciones, perseveraciones, regresiones, distorsión y desproporción de la forma, fragmentación y desintegración. (Ruiz, op cit).

Prueba de Figuras Ocultas para niños (Children's Embedded Figures Test). Esta prueba fue creada por Karp y Konstadt (1971, en esta prueba se evalúa la atención sostenida, su aplicación consiste en solicitarle al niño que localice una forma geométrica determinada, como una tienda de campaña o casa, de entre un complicado arreglo de líneas y formas. Para entresacar la figura-estímulo seleccionada, el pequeño debe esforzarse por encontrarla de manera cuidadosa y organizada. También tiene que inhibir la tendencia a responder a formas que se semejan al estímulo objetivo, pero que son incorrectos (citado en Kirby, 1992).

Test de Percepción de Diferencias (CARAS) de Thorstone y Yela (1988). Este test evalúa la aptitud para percibir de forma rápida y correcta, semejanzas y diferencias. En esta prueba se presenta una hoja con dibujos esquemáticos de caras que difieren en la boca, nariz o pelo. El niño debe observar grupos de tres caras y tachar la que considere

que es diferente a las otras dos. En la versión original se conceden tres minutos de tiempo para la realización de la prueba.

Repáraz (1996) ha actualizado los baremos existentes para esta prueba variando el tiempo de realización. Este autor considera que tres minutos es poco tiempo para discriminar a los niños con déficit de atención de los niños sin este trastorno porque es partir de los tres primeros minutos de realización cuando se alcanzan diferencias significativas entre ambos grupos en la mayoría de las pruebas de atención continua.

En base a esto, decidieron registrar la realización a los 3,5 y 6 minutos (Citado en Orjales, 1998).

Test de Goodenough: El test de la figura humana de Goodenough aporta datos relativos a la inteligencia, elementos respectivos a la maduración y a la imagen corporal, misma que en el niño con TDAH puede encontrarse confusa y distorsionada. Este tipo de niños presentan una figura humana poco integrada y primitiva. (Ruiz, op cit).

Método de evaluación de la percepción visual de Frostig DTVP-2: El test obtiene un cociente de percepción visual y arroja datos más finos del estado de las constancias perceptuales, lo cual permite pronosticar dificultades de aprendizaje en niños entre 4 y 10 años de edad. Las constancias de percepción visual que maneja el Test de Frostig son: coordinación motora de los ojos, discernimiento de figuras, constancia de forma, posición en el espacio y relaciones espaciales. El niño con TDAH aparece en la evaluación principalmente afectado en coordinación de los ojos así como la posición en el espacio, sin embargo los trastornos se encuentran en todas las áreas. (Ruiz, íbidem).

Pruebas grafo proyectivas: Este tipo de pruebas, generalmente se basan en los principios de la proyección en donde el niño proyecta en el papel su dinámica de personalidad. En una batería de pruebas psicológicas siempre es necesario incluir este tipo de test, ya que el niño con TDAH no sólo lucha con sus dificultades de aprendizaje, sino también con trastornos emocionales. Algunos de los indicadores que presentan los niños con TDAH son figura humana desarticulada, con líneas remarcadas o contornos confusos, sus historias (en Machover) suelen ser fantasiosas, negativas e inmaduras.

CAPITULO 5.

5. Tratamiento del TDA.

5.1. Tratamiento Farmacológico.

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

Los porcentajes indican que aproximadamente entre un 60 y 90 % de los niños tratados con estimulantes mejoran, sobre todo, en cuanto su atención e impulsividad. El período crítico más adecuado para su administración coincide entre los seis y doce años. No está aconsejado en la adolescencia por posibles riesgos de adicción (Herraz, 1998). Los medicamentos más frecuentes utilizados en el tratamiento del TDAH son estimulantes y antidepresores tricíclicos.

Estimulantes

1.- Metilfenidato (Ritalin)

Este medicamento es el que prescribe con mayor frecuencia debido a que tiene un favorable perfil respecto de la aparición de efectos colaterales, pero se sospecha que el Ritalin produce disminución en el crecimiento y desarrollo del cuerpo, así como disminución en la capacidad coagulante de la sangre, por lo que existe el peligro de hemorragias, (Macotela, 1991).

La administración del Ritalin, tiene contraindicaciones, es decir, debe evitarse su prescripción en casos específicos tales como en niños con antecedentes de crisis convulsivas o cuyo encefalograma presente alteraciones de tipo epiléptico, o bien, con historia familiar o personal de tics (Galindo y Molina).

2.- Dextroanfetaminas (Dexedrina)

Conners y cols., encontraron que la dextroanfetamina da una mejor ejecución en las tareas escolares. Esta mejoría fue observada en la coordinación motora fina para resolver problemas de laberintos, en la percepción visual, en la síntesis auditiva y en el aprendizaje.

Los padres afirmaron que había una reducción en la sintomatología general y en los niveles de actividad. (Valett, r. 1998).

3.- Pemolina (Cylert)

La pemolina actúa por estimulación dopaminérgica, tiene un efecto de inicio y una acción prolongada. Mejora menos eficientemente la atención. Sus efectos terapéuticos tardan en ser valorados, ya que en ocasiones se debe esperar hasta un mes para observar dichos resultados. Su prescripción se encuentra restringida por la posibilidad de toxicidad hepática.

Dykman comparó la pemolina con el metilfenidato (Ritalin) y observaron un mayor incremento en el coeficiente intelectual con la ingesta de pemolina

Los tres medicamentos mencionados comparten los mismos efectos colaterales, los cuales van a depender de cada sujeto.

Dichos efectos colaterales pueden ser las siguientes:

- ✚ Disminución en el apetito
- ✚ Irritabilidad
- ✚ Ansiedad
- ✚ Tristeza excesiva
- ✚ Dolores de cabeza
- ✚ Dolores abdominales
- ✚ Flojera
- ✚ Cambios en la frecuencia cardíaca
- ✚ Aumento en la presión sanguínea
- ✚ Insomnio
- ✚ Vómito

Por otra parte los antidepresivos tricíclicos son considerados como una terapia alternativa a la de los estimulantes, especialmente en presencia de datos clínicos de ansiedad o depresión más comúnmente utilizados son:

Antidepresivos

1. Imipramine (Tofranil)
2. Disipramine (Norpramin)

Las ventajas de los antidepresivos son diversos: los efectos benéficos son de mayor duración, la ausencia de efectos de rebote y la seguridad. Ambos medicamentos también pueden ser útiles para los trastornos del sueño, ansiedad y control de enuresis.

Los efectos colaterales más comunes por la administración de Tofranil o Norpramin son:

- ✚ Irritabilidad
- ✚ Taquicardia
- ✚ Temblores
- ✚ Sequedad en la boca
- ✚ En el apetito
- ✚ Cambios en el patrón de sueño

El tema de los fármacos siempre ha sido objeto de múltiple mitos por parte de la gente, por lo que los médicos deben de proporcionar amplia y certera información acerca de los beneficios y los efectos colaterales de los mismos, ya que es frecuente encontrar que los padres de familia se muestran renuentes a medicar a sus hijos. Desgraciadamente, el manejo inadecuado de los medicamentos por profesionistas poco éticos o poco experimentados, ha dado lugar a problemas con el tratamiento medicamentoso, hecho que ha generado desconfianza en la población en general.

Se les debe hacer la observación a los padres de familia que: “la intervención de otras especialidades, es necesaria para obtener mejores resultados terapéuticos en el niño” (Culbert y Banez, 1994). Es responsabilidad del médico especialista evaluar en forma integral a los niños con TDAH y debe, en todos los casos, solicitar una evaluación cognoscitiva y psicopedagógica completa, para apoyar el tratamiento farmacológico a través de la terapia psicológica que se requiera.

Actualmente existen dos nuevos medicamentos que son utilizados para el tratamiento del TDAH que son: Concerta y Strattera a continuación se describen más específicamente.

CONCERTA

Concerta es un tratamiento diario para el trastorno para el TDAH. Debe tomarse vía oral, una vez al día, por la mañana. Su propósito es reducir los síntomas del TDAH hasta 12 horas.

Concerta es la primera formulación de metilfenidato de liberación prolongada que dura hasta 12 horas, lo que brinda un práctico control de los síntomas desde la mañana hasta el anochecer con una sola dosis. El metilfenidato, el principio activo de Concerta, es un estimulante que ha sido usado con seguridad y eficacia durante décadas y es el medicamento recetado con mayor frecuencia para el tratamiento de niños con TDAH. Desarrollado para el tratamiento del TDAH en pacientes de 6 años o más, Concerta está pensado como parte de “un programa de tratamiento integral integrado”, que incluya enfoques educacionales, del comportamiento y sociales.

Hasta que apareció Concerta, no había ningún medicamento con metilfenidato que se pudiera tomar una sola vez al día y que actuara de manera efectiva durante 12 horas. A diferencia de otras medicaciones para el TDAH, Concerta utiliza un sistema de liberación especial denominado OROS, que permite un esquema de medicación uniforme a lo largo del día y las primeras horas de la noche. Otros medicamentos pueden requerir dos o tres dosis por día para lograr esta mejoría deseada de los síntomas.

Strattera

Strattera es un inhibidor de la recaptación de la norepinefrina, una clase de medicamentos que obra de manera diferente a los otros tratamientos para el TDAH.

Es una cápsula que se administra vía oral una o dos veces al día para el alivio de los síntomas del TDAH durante todo el día.

Hasta el momento es el único medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento del TDAH en niños, adolescentes y adultos, debido a que no es una sustancia controlada, ofrece la conveniencia de que la prescripción puede renovarse por teléfono y su médico puede proporcionarle una muestra gratis.

5.2 Tratamiento conductual

Para Kendall y Norton-Ford (1988), la terapia conductual es definida como la “aplicación de principios de aprendizaje al tratamiento de la conducta inadaptada” (p.557). Un procedimiento ampliamente usado dentro de la terapia conductual es el condicionamiento operante, método primordial en intervenciones conductuales en niños con TDAH.

a) Métodos operantes: Este método se basa en la administración de refuerzos o castigos para controlar las conductas positivas o negativas del niño.

Las técnicas operantes son muy variadas y pueden ser adaptables a múltiples ámbitos. Algunas estrategias terapéuticas ampliamente utilizadas en niños con TDAH son el refuerzo positivo y el castigo para establecer o incrementar las conductas, costo de respuesta, el tiempo fuera entre otras.

Las ventajas de esta técnica es su facilidad de implementarse, es rápida, de bajo costo y adaptable a múltiples contextos. Se pueden distinguir en función del objetivo, tres grupos de técnicas para el manejo del comportamiento de los niños con TDAH:

Técnicas para incrementar la conducta adecuada

- ✚ Refuerzo positivo
- ✚ (Ley de la abuela)
- ✚ Moldeamiento

Técnica para disminuir la conducta inadecuada:

- ✚ (Extinción)
- ✚ Costo de respuesta
- ✚ Tiempo fuera
- ✚ Castigo

Técnica combinada para aumentar o disminuir la conducta inadecuada.

- ✚ Economía de fichas
- ✚ Contratos de contingencias

b) Refuerzos positivos

Esta técnica consiste en reforzar frecuentemente la conducta del niño utilizando pequeñas recompensas. Es importante detectar la conducta que se desea reforzar, administrando el refuerzo con frecuencia y rapidez, dirigiendo la atención solo hacia la conducta adecuada. Los premios tangibles solo se deben dar después de la emisión de la conducta que se desea aumentar, nunca antes. Las alabanzas y otras formas de atención positiva, como sonreír o el contacto físico son otros de los instrumentos más básicos de los que puede utilizar el profesor y los padres de familia.

Esta técnica parece de simple aplicación, pero se requiere de grandes habilidades para que los elogios sean muy eficaces. Por ejemplo, las alabanzas o elogios tienen que ser descriptivas, señalar el comportamiento correcto; deben ser sinceras, utilizarlas solo durante o después de la emisión de la conducta que se desea incrementar y variar la forma de enunciarlas. Es importante, que las alabanzas sean específicas pero que se combinen con otras más generales, las cuales fortalecen las relaciones positivas. Hay que recordar que el secreto de una buena disciplina es reconocer, reforzar y recompensar la buena conducta.

c) Castigo

Básicamente, el castigo funciona de manera similar al reforzamiento, pero tiene un efecto opuesto en la conducta. Si determinada conducta es seguida por un evento punitivo, disminuyen las oportunidades de que vuelva a manifestarse en una situación igual o

semejante. Sin embargo, el castigo presenta algunos inconvenientes, ya que aún cuando se emplee el castigo para eliminar la conducta perturbadora, el niño sigue sin contar con las habilidades necesarias para comportarse adecuadamente en la situación problemática. Por tanto, el manejo conductual debe estar encaminado a enseñar y recompensar nuevas habilidades.

d) Costo de respuesta o castigo negativo

Es un procedimiento en el cual consiste en suprimir algún privilegio, premio o actividad agradable cuando el niño se porta mal. Esto significa aplicar un castigo negativo, es decir, retirar un estímulo positivo de la situación. (Wielkiewics, op cit). El costo de respuesta o castigo negativo se diferencia del castigo en que este último implica la presentación de un estímulo aversivo para reducir la emisión de la conducta, en vez de la retirada de reforzadores. Esto hace que se provoquen menos respuestas emocionales en la persona a la que se aplica y, por tanto, se evitan los posibles efectos negativos de éstas sobre la realización (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995, citado en Cruz, op cit).

e) Tiempo fuera

Este procedimiento consiste en enviar al niño a un lugar relativamente aislado y aburrido durante unos minutos inmediatamente después de un comportamiento incorrecto. El tiempo fuera cumple varios objetivos: suprime la atención que puede estar motivado el mal comportamiento del niño, detiene el conflicto, reduce la probabilidad de que el comportamiento del niño empeore y da al niño la oportunidad de tranquilizarse y reflexionar” (Miranda, Presentación y Bauzá, op cit, p.192).

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

f) Moldeamiento.

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

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

(Holland y Skinner 1970).

El moldeamiento, resulta ser un proceso dinámico, la acción selectiva de las consecuencias transforma la conducta, esto es, la moldea. Algunos ámbitos en donde se utiliza esta técnica de moldeamiento son: La educación especial, la rehabilitación de funciones motoras, la instrucción académica, la disfunción sexual, y otros (Labrador, Cruzado y Muñoz 1995).

g) Encadenamiento

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

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

f) Economía de fichas

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

La emisión de este reforzador artificial está estrictamente controlada por el modificador de conducta que se desee incrementar ó mantener (Labrador et. Al, citado en cruz, 2001).

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

5.3 Método cognitivo-conductual. Este método tiene sus antecedentes en los años setenta cuando surgen dos modelos teóricos: la teoría del aprendizaje social y la

modificación de conducta cognitiva ésta última representada por investigadores como Ellis, Beck y Meichenbaum.

El métodos cognitivo-conductual se centra fundamentalmente en el comportamiento, e implica manipulaciones en el entorno para promoverle un cambio conductual intentando cambiar los sentimientos y conducta del paciente al modificar sus pensamientos.

Gran parte de la modificación de conducta y la terapia de conducta se puede categorizar, bien dentro de la orientación operante, o bien dentro de la orientación Pavloviana-Hulliana-Wolpeana. Los métodos cognitivos en el tratamiento de niños con TDAH, se basan en el hecho de que a éstos, les cuesta trabajo analizar sus experiencias en términos de mediación cognoscitiva. No formulan ni internalizan reglas y aunque emitan verbalizaciones mientras realizan una actividad, éstas suelen ser inmaduras o irrelevantes para la tarea. (Kendall y Norton-Ford, op cit); (Miranda, Presentación y Bauza, op cit).

Los procedimientos de intervención están basados en los siguientes principios:

- 1.- El organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho
- 2.- Esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje.
- 3.- La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente.
- 4.- Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son casualmente interactivos.

Además de estos modelos teóricos de la modificación de la conducta, un grupo de terapeutas comportamentales subscriben un enfoque ecléctico. Lazarus, es considerado como representante de esta posición. Con el acercamiento que el denomina terapia de conducta multimodal, argumentó que el profesional clínico no debería limitarse a un marco teórico particular, sino que debería utilizar una variedad de técnicas comportamentales de la práctica clínica, siempre que tengan fundamento empírico. (Lazarus, 1980).

Características de la Modificación de Conducta:

- ✚ El enorme hincapié que la modificación de conducta hace en definir los problemas usando términos de conducta que pueden medirse de una u otra forma, usando los cambios en la medida comportamental del problema como el indicador por excelencia del grado en el que se está aliviando tal problema.

- ✚ Sus procedimientos y técnicas de tratamiento son formas de reorganizar el ambiente de un individuo a fin de ayudarle a que funcione mejor en la sociedad.
- ✚ Sus métodos y su lógica pueden ser descritos con precisión. Ello posibilita que los modificadores puedan leer descripciones de los procedimientos utilizados por sus colegas, replicarlos, y en esencia, producir los mismos resultados.
- ✚ Sus técnicas provienen de investigaciones básicas realizadas en el laboratorio, dentro del campo conocido como psicología experimental.
- ✚ Dentro de la psicología experimental, la psicología del aprendizaje en general y los principios del condicionamiento operante y pavloviano en particular, han sido hasta ahora los más útiles en el campo de la modificación de la conducta.

Otras definiciones del enfoque cognitivo conductual son:

Las técnicas con base en las teorías cognoscitivas son un conjunto de procedimientos que se apegan a la noción general de que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos, tales como: percepciones, autoafirmaciones, expectativas, atribuciones, creencias e imágenes. (Kadzin, 1996). Las respuestas abiertas al igual que los eventos cubiertos son aptas para ser manipuladas y controladas. (Mahoney, Thorensen y Dauaher, 1972).

Homme (1965) realizó una gran aportación a la aproximación cognitivo-conductual con el estudio de las operantes cubiertas, al mostrar que el dejar de abordar este tipo de estudios, no solo restringían el campo de acción sino que refuerza el dualismo que se creó al considerar los factores cognitivos, (García y Alcántara, 1989). Este dualismo externo-interno, limita el conocimiento de una persona, así como la predictibilidad de su conducta.

Así podemos encontrar que diversos autores han enfocado sus investigaciones hacia el análisis de la conducta, apoyando sus deducciones en criterios observables, basados en las inferencias directas y estableciendo métodos de pruebas para evaluar el fenómeno cubierto, es así como las variables cognitivas pueden ser elementos defendibles en el análisis conductual.

5.4. Técnicas de enfoque cognitivo-conductual

Las técnicas basadas en el enfoque cognitivo-conductual que se utilizan con más frecuencia podemos mencionar: el autocontrol y las autoinstrucciones.

a) Autocontrol: Se designa el Autocontrol a aquellas conductas que un individuo emprende de manera deliberada para lograr resultados seleccionada por él mismo. (Kadszin, 1996).

El autocontrol ha sido definido por diferentes autores, basando su importancia en la toma de decisiones, otros en la probabilidad de ocurrencia de las respuestas. Otras más en el medio externo e interno, etc.

Misschel, Metzner, Gilligan y Staub (Kanfer, F. y Phillips, J. 1980) definieron el autocontrol como la habilidad de posponer la gratificación escogiendo una consecuencia tardía, pero mayor, sobre otra inmediata, pero menor.

Por otra parte Molina define el autocontrol como la respuesta de un sujeto que incrementa o decrementa la probabilidad de ocurrencia de otra respuesta del mismo individuo,

Thorensen y Mahoney definen el concepto de autocontrol como un “continuum dinámico” en el que, la persona modifica el medio externo e interno, para promover un cambio significativo en su conducta.

Características que justifican el autocontrol

El autocontrol se justifica de diversas maneras y por diversos autores: (Thorensen y Mahoney, M., 1981).

- ✚ Se menciona que el autocontrol está relacionado con los proceso de socialización, ya que en determinado momento, el individuo necesita adaptarse a diferentes

reglas establecidas para ser aceptado por la sociedad en que se desarrolla; lo cuál es justamente lo que necesita el niño con TDAH.

- ✚ El autocontrol posee un valor para la supervivencia, ya que el individuo a lo largo de su vida tendrá que elegir entre diversas opciones que le permitirán tener una mejor calidad de vida.
- ✚ El autocontrol posee una motivación propia y exclusivamente suya, es decir constituye algo intrínsecamente remunerador.
- ✚ Es económico y flexible, puesto que el individuo con autocontrol puede ser el mejor agente posible para modificar su propia conducta y de esta manera el especialista necesitaría dedicar menor tiempo a que sé de este cambio de conducta.

De acuerdo con O'Leary y Dubey (1979) el interés en enseñar a los niños los métodos de cambio de su propia conducta, surgió por distintas razones:

- ✚ Los maestros y padres de los niños no siempre pueden ser capaces de aplicar controles externos de manera exitosa.
- ✚ Cuando un niño controla bien su propia conducta, los adultos pueden emplear más tiempo enseñando a éste otras habilidades importantes.
- ✚ El actuar independientemente es valorado y esperado por su cultura.
- ✚ El niño autocontrolado es capaz de aprender y conducirse efectivamente, aún cuando la supervisión de un adulto no esté disponible.
- ✚ Enseñar a los niños a controlar su propia conducta puede llevar a más cambios durables de conducta, que el sólo atenerse a las medidas de influencia externa.

De acuerdo a lo anterior es evidente que un niño autocontrolado puede integrarse y adaptarse mejor a un grupo, sentirse bien consigo mismo y de esta manera tener un mejor rendimiento tanto en las tareas escolares como en sus actividades sociales.

Técnicas de autocontrol

Las técnicas de autocontrol son procedimientos desarrollados dentro del enfoque cognitivo-conductual, para modificar la conducta. Dichas técnicas son:

- ✚ El automonitoreo
- ✚ El control de estímulos
- ✚ El autoreforzamiento
- ✚ El autocastigo
- ✚ El entrenamiento de respuesta alternativa
- ✚ Biorretroalimentación
- ✚ Manuales de autoayuda
- ✚ La relajación
- ✚ La autoinstrucción

b) La autoinstrucción

Entrenamiento en autoinstrucciones verbales (AIV). Las Autoinstrucciones suponen una guía para ayudar al niño en pensar de forma reflexiva, sin saltarse ningún paso del proceso. El objetivo de la técnica no es enseñar al niño que tiene que pensar, sino como ha de hacerlo.

Esta misma técnica se utilizó con niños “impulsivos e hiperactivos”. Se observó que algunos de los niños cometían errores, los cuales eran el resultado de hacer las tareas rápidamente sin poner atención en lo que estaban realizando. Mechenbaum demostró que la latencia de la respuesta y la precisión en la ejecución en niños impulsivos podían mejorar por medio del entrenamiento de autoinstrucción. Las autoinstrucciones se han considerado básicas para el desarrollo de la habilidad del autocontrol.

Los psicólogos Vigotsky en 1962 y Luria en 1959 y 1982; (en García y Alcantára, 1989) elaboraron un modelo para explicar como los niños normales adquieren procesos mediadores cognoscitivos. En este modelo se diferenciaba tres fases a través de las cuales el comportamiento es regulado por el lenguaje interno (Orjales, 1998).

Fases del lenguaje interno.

1. En la primera fase, las instrucciones y órdenes de los adultos dirigen y controlan, es decir, inician e inhiben la conducta infantil.
2. En la segunda fase, el comportamiento del niño esta regulado por las instrucciones que el mismo se das en voz alta.

3. En la tercera fase, el propio lenguaje interno encubierto del niño guía su actuación.

Actualmente el modelo de Vigotsky y Luria se ha transformado en un programa de entrenamiento en autoinstrucciones que requiere modelar para el niño el uso de habla interna o autoinstrucciones. Luego de que el terapeuta modela esto, viene una serie de pasos cuidadosamente indicados para enseñar al niño a utilizar las autoinstrucciones verbales estos pasos se explican a continuación:

Pasos para utilizar las autoinstrucciones

Paso 1. Selección de tareas: El terapeuta elige las tareas que requieren enfocar la atención por cierto tiempo, así como el empleo de algún tipo de plan o estrategia sistemáticos para una realización satisfactoria. La información obtenida de los procedimientos de valoración debe utilizarse para que el clínico seleccione con un grado de dificultad acorde con el niño.

Paso 2. Modelamiento cognoscitivo: Un modelo adulto (terapeuta, maestro, padre, etc.) realiza la tarea mientras se habla así mismo en voz alta. Más específicamente podemos decir que el terapeuta modela la resolución de la tarea. Esto implica que el clínico hable consigo mismo, a lo largo de las siguientes seis etapas de solución de problemas: *definición y comprensión de la naturaleza de la tarea, consideración de maneras posibles de enfocar la tarea, selección de una estrategia y su aplicación, autovigilancia del avance hacia la solución, autoevaluación y autorrecompensa, selección de un procedimiento alternativo si no da resultado el empleado.*

Paso 3. Dirección externa manifiesta: A continuación, el terapeuta hace que el niño realice la tarea mientras le da instrucciones verbales a lo largo de ella, a través de las mismas seis etapas de solución de problemas.

Paso 4. Autodirección manifiesta: Después, el terapeuta le pide al chico que efectúe de nuevo la tarea mientras utiliza afirmaciones acerca de sí mismo para que lo guíen hacia una solución. Es difícil enseñar este paso, por que requiere que el pequeño participe activamente. En vez de considerar los pasos tres y cuatro como procedimientos separados, el terapeuta debe de ir del uno al otro y a la inversa (entre este tipo de dirección y la externa manifiesta), instigar ideas en el niño y luego permitirle que dé forma a sus pensamientos.

Paso 5. Modelamiento de Autodirección manifiesta desvanecida: El terapeuta modela el acto de murmurar las instrucciones mientras avanza por la tarea. Se ha comprobado que los niños a veces se cohiben más al murmurar que al hablarse a ellos mismos. En lugar de insistir en que hagan lo primero, el clínico modela y enseña a darse autoinstrucciones en un tono bajo, apenas audible. Este paso del entrenamiento en AIV también demuestra el desarticulado y fragmentado tipo de instrucciones más característico del habla interna o ideas que el clínico trata de desarrollar.

Paso 6. Práctica del niño de la Autodirección manifiesta desvanecida: Aquí el objetivo es que el chico aprecie la naturaleza y utilidad de las auténticas autoinstrucciones. El clínico lo escucha con cuidado y lo ayuda a generar sus propias ideas y autoinstrucciones en lugar de permitirle que copie las suyas.

Paso 7. Modelamiento de autoinstrucciones no manifiestas. Al modelar esta etapa, el clínico mueve los labios, muestra reflexión, hace una pausa para revisar dos alternativas, señala una y luego la otra, etc. Además antes de modelar la tarea, se le dice al pequeño clases de cosas en que pensará el terapeuta.

Paso 8. Práctica del niño de autoinstrucciones no manifiestas: Este es el último paso del entrenamiento en autoinstrucciones verbales. El niño ahora tiene que pensar solo a lo largo de la tarea que se le asigna. Como esto requiere autoinstrucciones no manifiestas, el clínico no puede vigilar directamente los pensamientos de aquél. Pero al observar la conducta del pequeño, el terapeuta obtiene indicaciones sobre cómo enfoca la tarea el pequeño. Para verificar como se da autoinstrucciones este, el terapeuta quizás tenga que formular algunas preguntas aclaratorias como: ¿en que pensabas justo ahora?, dime qué estrategia acabas de emplear.

Lo anterior nos permitiría que un terapeuta estuviera en condiciones de enseñar al niño a utilizarlas. Pero autores como Bash y Camp (1980), indican que con frecuencia no es así. Si se consideran la naturaleza crónica y persistente de las dificultades que tiene los niños que padecen TDAH, es comprensible que no empiecen fácilmente un tratamiento que requiere su participación auténtica e intensa.

Entonces, ¿cómo lograr que estos niños que son distraídos y sueñan despiertos o son descuidados, hipersensibles y poco motivados, cooperen lo suficiente para la aplicación del tratamiento? Meichenbaum (1977) hace ciertas recomendaciones que ayudan a manejar este inconveniente.

- a. El terapeuta debe ser entusiasta y sensible al niño.- A muchos terapeutas se les dificulta establecer un vínculo cálido con el niño que recibe

entrenamiento. Las personas que crean nexos en el marco de su profesión, tales como psicólogos, maestros o médicos, muchas veces adoptan actitudes propias de dichos roles. La autenticidad por parte del terapeuta es lo mejor para generar una respuesta y un esfuerzo genuino de los niños con TDAH en tratamiento.

- b. El tratamiento debe comenzar con juegos o actividades que se relacionen con el propio medio del juego del niño.- La selección de juegos y tareas interesantes cuando se desea un progreso. Y se requieren estrategias cognoscitivas, lo cual ofrece al terapeuta una nueva oportunidad de modelar y enseñar el razonamiento estratégico, antes de pasar a áreas donde el niño ha luchado y perdido numerosas batallas. Los padres deben conocer y participar en el tratamiento.
- c. No se debe permitir que el niño se de autoinstrucciones de manera mecánica o sin comprender su verdadero significado.- Si se espera que los niños gradualmente incorporen las mismas en un diálogo habitual y provechoso, el tono de sus enunciados debe ser veraz, Vigotsky (1962) observó que cuando se internaliza el habla, no es en realidad como el habla desvanecida, más bien, es abreviada y carente de gramática.
- d. La habilidad del terapeuta para captar el tono de este pensamiento natural condensado ayudará a acrecentar la espontaneidad del niño.

El autocontrol tiene por finalidad que el niño por medio de estrategias adquiera esta habilidad que le permitirá enfrentarse de manera adecuada a diversas situaciones, en las cuales requerirá hacer un análisis de la situación para posteriormente hacer una elección y cambiar sus pensamientos sobre todo en las situaciones que le generan angustia. Se les enseña a detectar cuales pensamientos están causando reacciones y también se le ayuda a producir pensamientos más adaptativos. (Ellis, 1980).

(c) Costo de respuestas: Meichenbaum (1977) aconseja completamente el entrenamiento en AIV con un procedimiento operativo: el costo de respuestas. La eficacia de éste como técnica de modificación de conducta ha sido bien comprobada (Kendall y Finch, 1976,1978). En su forma más simple, el costo de respuestas consiste en entregarle al pequeño determinada cantidad de fichas al comienzo de cada sesión de tratamiento.

Se le dice que si acata las reglas de la sesión no perderá ninguna ficha. Pero si viola alguna de las normas, se le quitará una de éstas fichas. Al terminar cada sesión el niño puede canjear las fichas que le queden por pequeños premios, o ahorrarlas para

cambiarlas después por otros más grandes. Estos premios debe de elegirlos de un menú de recompensas que él mismo puede ayudar a preparar. Utilizado de esta manera sencilla, el costo de respuesta funciona como dispositivo de control conductual.

Empleada como instrumento de modificación de conducta, la economía de fichas podría parecer una forma de castigo. No obstante, en el entrenamiento cognoscitivo, tiene una función de retroalimentación más que de sanción. El niño debe tener bien claro esto, para lo cual el terapeuta lo retroalimenta ligeramente al utilizar el costo de respuestas.

Padawer, Zupan y Kendall (1980) han descrito con detalle el uso de dos tipos de retroalimentación que se proporcionan al retirar las fichas. El primero es información concreta donde el terapeuta simplemente identifica y etiqueta la conducta. El segundo tipo de retroalimentación es el conceptual. Con él, el clínico trata de aclarar al niño el significado de las conductas que dieron lugar a que se le enviase con el especialista.

(d) Vigilancia Cognoscitiva. Este es un procedimiento que puede utilizarse solo o en conjunto con los otros que se acaban de describir. Con éste, se le enseña al niño a responder al sonido grabado de una campana, que es emitido a intervalos regulares, y se le indica si estaba atento o no cada vez que sonaba la campana. Luego del entrenamiento, el pequeño practica el uso de este procedimiento. En su banca se adhiere una tira de papel con columnas que dicten si y no, y se asignan tareas para realizar sentado.

El pequeño trabaja en una tarea asignada hasta que suena la campana y entonces anota una marca en la columna "sí" en caso que piense que estaba atento al escucharse el sonido, y en la "no", si se percata que no estaba atento.

A medida que aumenta su conciencia de atención, o de falta de ella, se prolonga el intervalo, lo que requiere periodos más largos de atención sostenida sin algún recordatorio externo. Es interesante observar que Kneedler y sus colaboradores han encontrado que la precisión del auto-descripción del chico inmediatamente después de que suena la campana, no se relaciona significativamente con una mejoría en las conductas de atención o rendimiento.

Estos progresos ocurren tanto en una como en otro sin importar que tan exactos sean de auto descripciones.

Esto quiere decir que, aún si los informes del niño de que estaba atento al sonar la campana, no suelen concordar con los de una persona que lo observó, el primero aún así mejora en su atención si continua el uso de la campana.

(e)Entrenamiento en habilidades de solución de problemas interpersonales y sociales. El DSM III no menciona los problemas interpersonales ni las deficiencias en habilidades sociales como áreas problema de importancia en los niños con TDAH. Sin embargo, puesto que estos inconvenientes son omnipresentes entre estos niños tanto como la falta de atención, impulsividad e hiperactividad, y como las deficiencias en habilidades sociales es el motivo más común de que se les envíe a los especialistas, está justificado que se les examine como un área sintomática clave.

Si bien padres y maestros se sienten frustrados y confundidos por la ineptitud social de estos pequeños, a menudo subrayan el hecho de que determinado niño es remitido con un especialista no es un niño "malo". Citan incidentes donde las exageraciones de éste último generaron un resultado no anticipado y desafortunado. Esta descuidada exageración es sólo una de varias tendencias sociales comunes que de chicos en edad preescolar y jardín de niños.

Pero a medida que aumenta su edad se desarrollan ciertas características conductuales que complican todavía más su ajuste interpersonal y social entre ellas se encuentran:

- ✚ -Falta de disciplina
- ✚ -obstinación
- ✚ -Negativismo
- ✚ -Testarudez
- ✚ -Carácter dominante
- ✚ -Labilidad emocional aumentada
- ✚ -Abuso de otros
- ✚ -Baja tolerancia a la frustración
- ✚ -Explosiones de ira
- ✚ -Baja autoestima

Al elaborar un programa de tratamiento, el terapeuta tiene que considerar formas de medir y tratar estas características secundarias, además de los procedimientos de tratamiento enfocados a la deficiencia primaria de atención.

Las dificultades básicas descritas del modelo de Douglas se relacionan directamente con los inconvenientes sociales de estos niños. A los chicos con una excitación mal regulada, problemas para inhibir determinadas respuestas, y dificultades para planificar y controlar su conducta, es muy probable que les resulte bastante complicado afrontar situaciones de solución de problemas tanto sociales como académicos. Por tanto, el tratamiento debe atacar las variables cognoscitivas, afectivas y conductuales que parecen relacionarse con el ajuste social. Un método bien investigado que enfoca estas tres variables es el Entrenamiento en Solución Cognoscitiva de Problemas Interpersonales (SCPI).

(f) Enseñanza de Habilidades de solución cognoscitiva de problemas interpersonales (SCPI): Los primeros intentos por transformar los procesos cognoscitivos que regulan las habilidades sociales de niños con TDAH, se basaron en la obra de Kanfer (1970,1971), Kanfer y Karoly (1972), Spivack y Shure (1974). Según Kanfer y las tres áreas de habilidad cognoscitiva requeridas para un buen autocontrol son: autovigilancia, autoevaluación y autorrecompensa.

Casi simultáneamente Spivack y Shure y sus colaboradores, definieron la función de la mediación cognoscitiva en el desarrollo de habilidades de solución de problemas interpersonales en niños pequeños. Shure y Spivack describieron las habilidades en la solución cognoscitiva de problemas, razonamiento alternativo, pensamiento por medios y fines, razonamiento de consecuencias, y pensamiento causal (Kirby,

Estas habilidades SCPI se describen a continuación:

Área de habilidades no.1: En el curso de los intercambios sociales cotidianos, un niño debe percatarse de que pueden surgir problemas, y ser capaz de reconocerlos cuando ello suceda. Ésta área se denomina sensibilidad al problema.

Área de habilidades no. 2: La capacidad de generar diferentes soluciones u opciones al enfrentar un problema se llama razonamiento alternativo. Éste implica la habilidad para idear una serie de posibilidades para resolver problemas sociales o interpersonales.

Área de habilidades no. 3: El pensamiento por medios y fines es la habilidad para concebir una estrategia o el procedimiento por pasos que se necesita para obtener la

solución a un problema interpersonal. (Esto incluye reconocer obstáculos potenciales que encuentre el individuo). La estrategia generada debe abarcar una apreciación realista del tiempo.

Área de habilidades no.4: La tendencia a pensar en las consecuencias probables de las acciones sociales en consideración, con respecto a sí mismo y a otros, se denomina razonamiento de consecuencias. Como los niños impulsivos no meditan ni previenen adecuadamente los efectos de sus actos, su ajuste social es muy diferente.

Área de habilidades no. 5: El pensamiento causal se refiere a la habilidad del individuo para recibir motivaciones personales y sociales. Esta capacidad refleja cierta conciencia de que la conducta de la gente es en cierto modo ordenada y predecible, y de que los sucesos interpersonales estén vinculados a eventos pasados. Percatarse de esto les ayuda a la persona a comprender el significado del presente.

(g) Habilidad de comprensión social

En conjunto, de éstas cinco áreas de habilidades integran la de comprensión social. Los chicos con deficiencias en las mismas, muchas veces tienen dificultades sociales e interpersonales.

(h) Terapia de juego: La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de auto expresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia con adultos.

La terapia de juego puede ser directiva, es decir, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar, o bien, puede ser no-directiva. La terapia no-directiva se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, no solo la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, sino también el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. Este tipo de terapia comienza en la etapa en que el individuo se encuentra y basa el proceso en la configuración presente, permitiendo que los cambios ocurran, incluso de un minuto a otro, durante el contacto terapéutico.

La velocidad de estos cambios depende de la reorganización de las experiencias que el individuo haya acumulado, así como de sus actitudes, pensamientos y sentimientos que

hacen posible llegar a la introspección: requisito indispensable para que una terapia tenga éxito.

La terapia no-directiva da "permisividad" al individuo de ser él mismo, acepta completamente su Yo sin evaluación ni presión para que cambie; reconoce y clarifica las actitudes emocionales expresadas reflejando lo que el cliente expresa.

Debido al proceso mismo, de aprender a conocerse, de poder trazar su curso de acción abierta y francamente. Se podría decir que es como permitirle rotar el calidoscopio para poder formar un diseño más satisfactorio para vivir. La terapia de juego no-directiva, tal como se ha dicho anteriormente, puede describirse como la oportunidad que se ofrece la niño para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Ya que el juego constituye su medio natural de auto expresión, el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión.

El poder actuar estos sentimientos por medio del juego hace que emerjan a la superficie expresándolos abiertamente, así el niño puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Cuando logra alcanzar una relajación emocional empieza a darse cuenta del poder interno que tiene para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez psicológica; y al hacerlo llega a realizarse plenamente. Los principios de la terapia de juego no-directiva que aquí se exponen están basados en la técnica de orientación no-directiva descubierta por el doctor Carl R. Rogers.

La orientación no-directiva más que una técnica es una filosofía básica sobre la capacidad humana que enfatiza la habilidad que existe en todo individuo para ser auto directivo. Es una experiencia en que participan dos personas y que da unidad a la finalidad de aquélla que busca ayuda, al realizar tan plenamente como sea posible su auto concepto y el convertirse en un individuo que logra, satisfacerse a sí mismo, que fusionan en un todo cualquier conflicto entre las fuerzas internas de su Yo o entre el auto concepto interno y la conducta externa.

La labor del terapeuta, es dejar, que el niño sea responsable de indicar el camino a seguir. Los principios básicos que guían al terapeuta en todos sus contactos terapéuticos directivos y no-directivos son muy sencillos, pero de enormes probabilidades cuando son ejecutados con sinceridad, consistencia e inteligencia.

Los principios son los siguientes:

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante el cual se establece una armonía.

2. El terapeuta acepta al niño tal como es.
3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el se sienta libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta debe estar alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta los sigue.
7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.
8. El terapeuta establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación.

El terapeuta conviene en que, la terapia no es una panacea. Admite que, como todas las cosas, esto también tiene sus limitaciones, pero la experiencia acumulada indica que las implicaciones de este tipo de terapia son un reto y una inspiración para aquellos que están interesados en los problemas de adaptación.

Cuando un niño llega para terapia de juego, es por lo general debido a que un adulto lo ha traído o enviado a la clínica para su tratamiento. El chico aborda otra singular experiencia en igual forma que afronta todas sus nuevas experiencias (ya sea con entusiasmo, temor, precaución, resistencia o cualquiera otra forma que sea típica de su manera de reaccionar ante nuevas situaciones) el contacto inicial es de gran importancia para el éxito de la terapia.

Es durante este contacto cuando se prepara el escenario, por así decirlo. La estructuración es presentada al niño, no solamente por medio de palabras, sino también la relación que es establecida entre la terapia y el niño. La palabra estructuración es utilizada en este caso para referirse al fortalecimiento de la relación de acuerdo con los principios anteriores para que el niño comprenda la naturaleza de los contactos terapéuticos y, por ende, éste en posibilidad de utilizarlos plenamente.

La estructuración no es una cosa casual, sino un método cuidadosamente planeado para introducir al niño a este medio de expresión personal que trae consigo liberar sentimientos y adquirir un mayor conocimiento de sí mismo. No es una explicación verbal de lo que se trata todo esto, sino una forma de establecer la relación. La relación que se origina entre el terapeuta y el niño es el factor decisivo para el éxito o fracaso de la terapia.

No es una relación fácil de establecer, el terapeuta debe establecer un esfuerzo sincero para comprender al niño y confrontar constantemente sus respuestas contra los principios básicos y evaluar su trabajo en cada caso, para que él, también, acreciente su entendimiento respecto a la dinámica del comportamiento humano.

Principios básicos de la terapia de juego no directiva

Estableciendo la relación

El terapeuta entrevista al niño por primera vez, estableciendo un contacto inicial; empieza la estructuración. La respuesta generalmente es una sonrisa con un mensaje de ternura y amistad.

Aceptando al Niño como Individuo

El terapeuta debe mostrar una actitud tranquila, segura y amigable con el niño, evitando demostrar cualquier señal de impaciencia y absteniéndose de realizar cualquier crítica o reproche.

Estableciendo un sentimiento de permisividad

Durante la hora de terapia el niño puede utilizar el tiempo como desee. La intensidad con que el niño demuestra sus sentimientos es posible debido a la permisividad que demuestre el terapeuta. Cuando el niño y el terapeuta entran en el cuarto de juego el terapeuta le informa que tiene una hora para jugar a lo que desee.

Reconocimiento y Reflexión de Sentimientos.

Reconocer e interpretar los sentimientos son dos cosas diferentes. Sin embargo, es difícil diferenciarlas. El juego del niño es símbolo de sus sentimientos, y cada vez que el terapeuta intenta transformar el comportamiento simbólico en palabras, porque interpreta diciendo lo que piensa que el niño ha expresado en sus acciones. Esto parece inevitable y, en ocasiones, también ventajoso. El uso cuidadoso de la interpretación parece ser la mejor política, con el terapeuta realizando interpretaciones lo menos posible y, cuando esto fuera necesario, basándose en la obvia actividad del juego del niño. Aún entonces, la respuesta del terapeuta deberá incluir el símbolo que el niño ha utilizado. Cuando el terapeuta capta el sentimiento que es expresado y lo reconoce, el niño toma su punto de partida de ahí y el terapeuta puede en realidad observar al niño al adquirir una completa visión de sí mismo.

Conservando el respeto hacia el niño.

El cambio de comportamiento, si esto puede representar algún valor duradero, debe provenir del mismo individuo como resultado de la visión que ha adquirido.

Cuando el terapeuta deja que el niño sea responsable de hacer los cambios, está centrado en la terapia del niño.

El niño guía el camino

El terapeuta no realiza sugerencias. El cuarto de juego y los materiales que están en él están a disposición del niño, en espera de su decisión. El período de terapia es su terreno de prueba, el lapso en el cual mide su capacidad. Si por ejemplo, intenta hacer algo con arcilla, el terapeuta no sugiere que sea algo en específico, así como tampoco le presenta un conjunto de juguetes seleccionados con anterioridad, con la esperanza de que el material que ha sido expuesto en espera del niño sea el escogido por él.

La terapia no debe ser apresurada,

La ley de la disposición opera en la sesión de terapia. Cuando el niño esté en disposición para expresar sus sentimientos en presencia del terapeuta, así lo hará. No puede apresurarsele para que lo haga. El intento de forzarlo ocasiona su retraimiento.

El valor de los límites

Los límites que se establecen en la relación son pocos, pero son importantes. Es buena terapia el poner los límites en cosas materiales, como indicarle que no se pueden destruir los materiales de juego, averiar la habitación o atacar al terapeuta.

Oaklander (1992) para trabajar con niños hiperactivos propone: 1) dar al niño materiales que son manejables, como la arcilla, la arena, el agua o la pintura digital. 2) Seguir el rápido enfoque y desenfoco de la atención del niño y llamar su atención a lo que está haciendo para ayudarlo a vivenciarlo plenamente.

Cualquier experiencia táctil ayuda a estos niños a que se concentren y tomen más conciencia de sí mismos. Dada la naturaleza táctil y kinestésica de esta actividad, los niños vivencian una sensación exaltada de sus propios cuerpos, ya que estos niños se distraen con tanta facilidad y a veces se confunden con los estímulos, tienen gran necesidad de vivenciar el retorno a sentir un sentido de sí mismos. Cualquier experiencia táctil y kinestésica promueve una nueva y más vigorosa toma de conciencia del propio cuerpo y

del yo. Con la percepción aumentada del yo, surge una nueva percepción de los sentimientos, pensamientos e ideas.

El otro enfoque para trabajar con niños hiperactivos es justamente lo contrario de dar sedantes. Si un niño está agitándose, yendo de una cosa a otra, etc., se le puede observar por un rato y después estimular esa conducta, incitarlo a que mire aquello.

El propósito es que se fijen en lo que están haciendo para ayudarlos a darse cuenta de su conducta y quizás reconocer lo que hacen. Cuando los niños se ven muy distraídos por objetos, sonidos, cuadros y luces, hacen muchas preguntas sin esperar respuestas o hablan incensantemente sin aguardar comentarios del terapeuta, significa que no se han involucrado ni hecho contacto con nadie o nada.

Así que mientras el terapeuta observa esta conducta, hace algún comentario sobre cada objeto, le formula una o dos preguntas sobre cada objeto y después lo impulsa a mirar otro objeto diferente. Esto le permite seguir realizando lo que está haciendo y, al mismo tiempo lo estimula a tener curiosidad por diferentes objetos.

Es necesario establecer reglas para la seguridad del niño y terapeuta. Aunque no lo creamos, los niños tienen mucha más conciencia de lo que es correcto hacer en un marco dado. Tal vez cuando optan por exceder los límites es porque sienten que eso es lo que los adultos que los rodean generalmente esperan de ellos.

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

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

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

El procedimiento de aplicación es el siguiente:

1. El terapeuta lee la historia de la tortuga a todo el grupo.

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

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

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

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

Un día cuando, se sentía más triste y desanimada que nunca, se encontró con la tortuga más grande y más vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años y su tamaño era enorme. La tortuga sabia se acercó a tortuguita y le preguntó que le ocurría. Tortuguita tardó en responder impresionada al ver a la gran tortuga sabia..."

2. El terapeuta invita a los niños que imaginen y dramaticen la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón para vencer los sentimientos de rabia y furia, los niños escenificarán pegando la barbilla al pecho, colocando los brazos a los largo del cuerpo y presionando fuertemente la barbilla, brazos y puños cerrados mientras cuentan hasta diez, la distensión posterior provoca una relajación inmediata.
3. Ésta sesión, que se realiza durante una hora de clase y en presencia del maestro o terapeuta de apoyo, concluye con la invitación a realizar la tortuga cuando sientan ganas de resolver alguna situación con agresividad.
4. Para motivar la aplicación de esta técnica, se propone a los niños un refuerzo colectivo: una tortuga de verdad.

5. Si todos los niños aplican la técnica de la tortuga obtendrán puntos para la tortuga. Tortuga que todos aprenderán a cuidar y que se llevarán por turnos los fines de semana para que no se quede sola.
6. El maestro dibujará una tortuga grande en una cartulina. El caparazón de la tortuga estará cubierta de escamas, casillas que serán los puntos a conseguir.
7. Los niños podrán tachar o colorear una de las escamas en dos ocasiones:
 - a) Si han conseguido hacer la tortuga en un momento difícil.
 - b) Si han recordado que otro niño lo hiciera cuando han visto que se iba a descontrolar.
8. Cuando entre todos se consiga rellenar la tortuga, el profesor comprará una tortuguita de verdad para el aula.
9. El profesor o terapeuta reforzaran los avances en el cartel de la tortuga, cada vez que realice alguna actividad.

Los métodos cognitivos-conductuales se caracterizan por la estructuración, planificación previa, y evaluación objetiva de sus resultados. Requieren de entrenamiento de padres y maestros sobre principios conductuales, como extinción, castigo, reforzamiento, etc.

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

CAPITULO 6

6. Desarrollo cognitivo y de la personalidad del niño.

6.1 Dimensiones Psicopedagógicas del TDA en el desarrollo del niño.

Dentro del estudio del TDAH se ha descubierto que constituye una deficiencia que evoluciona crónicamente en la capacidad de los niños para adaptarse a las exigencias ambientales a lo largo de todo su ciclo vital.

En estudios prospectivos y retrospectivos se ha demostrado que entre un 50 y un 80 % de los niños con TDAH siguen manifestando síntomas del trastorno en etapas posteriores de su desarrollo (adolescencia y adultez) (Miranda, 2001)

Pero, aunque estas manifestaciones esenciales del trastorno se mantienen constantes a lo largo del ciclo vital, se van regulando en función de los diferentes períodos evolutivos por lo que atraviesa el sujeto. A continuación se mencionaran estos períodos.

Periodo de la primera infancia

La información que nos dan las historias clínicas de niños con TDAH nos señala que la mayoría de ellos fueron bebés con un temperamento difícil, dificultad para adaptarse a situaciones nuevas y problemas para adaptarse si se les cambiaba las rutinas.

Los padres recuerdan que sus hijos hiperactivos reaccionaban de forma irritable ante los estímulos del ambiente demandando una atención continua, eran excesivamente activos y presentaban una baja tolerancia a la frustración. Otro dato de gran interés es el que se refiere a las dificultades que experimentaban estos bebés al establecer los hábitos de alimentación y de sueño ya que se ha comprobado que estos niños duermen menos horas de lo habitual en estos períodos y frecuentemente se despiertan durante la noche llorando o gritando, manifestando además patrones irregulares de respiración y de latidos cardíacos en la fase de sueño REM. En relación con los hábitos de alimentación, los padres señalan que sus hijos manifestaron problemas para adaptarse cuando tuvieron que sustituir el biberón por alimentos sólidos, observando que la mayoría de estos niños suelen ser caprichosos y obstinados con las comidas y con frecuencia tienen cólicos.

Este patrón de comportamiento es típico de los niños hiperactivos durante la primera infancia, los padres de estos niños muestran sentimientos de ineficacia personal, frustración, enojo y rechazo, estos afectan negativamente a la interacción con sus hijos,

aplicando frecuentemente pautas de disciplina extrema como por ejemplo siendo muy permisivos o extremadamente autoritarios. Teniendo como consecuencia, problemas de interacción negativa entre los padres y el niño afectando en el desarrollo de los futuros períodos del niño como se señala a continuación.

PERIODO PREESCOLAR

Durante este período resulta algunas veces complicado distinguir a los niños hiperactivos ya que en este período es normal que los niños presentan dificultad para adaptarse al cambio, pero los padres y maestros señalan que los niños con TDAH son excesivamente inquietos, inatentos e impulsivos en comparación con sus compañeros y como consecuencia sufren frecuentemente accidentes tanto en la escuela como en el hogar. Además los maestros señalan que estos niños, especialmente los varones, suelen manifestar una mayor incidencia en conductas desobedientes, desafiantes y opositoras, “rabiets” o “berrinches” a diferencia de los que presentan sus demás compañeros de clase. Estas conductas suelen dejar en evidencia a los padres, cuya capacidad para afrontar la educación de sus hijos termina siendo cuestionada por otras personas.

Otra característica de estos niños preescolares con TDAH es que, tienen menos atención en la realización de tareas cuando estas les resultan monótonas. En situaciones de juego presentan un juego más inmaduro, en el que se observa movimientos musculares repetitivos con o sin objetos, y menos simbólico y constructivo, utilizando juguetes de un modo monótono y estereotipado. Además experimentan serias dificultades para jugar solos y muestran una enorme curiosidad por los juguetes novedosos, aunque no los utilizan para jugar sino para manipularlos hasta que los rompen.

Cuando se deciden con jugar con otros niños no suelen seguir las reglas del juego, no aceptan perder, tienen poca cooperación e intentan imponer su voluntad, lo que genera continuas discusiones con sus compañeros teniendo como consecuencia el rechazo de los demás niños y excluidos de los eventos sociales como las fiestas de cumpleaños generando una baja autoestima en estos niños al sentirse rechazados.

Por último, también se ha observado que algunos preescolares hiperactivos desarrollan hábitos nerviosos, se muestran con frecuencia tensos y ansiosos, tiene en ocasiones cólicos, dolores de cabeza y de estómago, experimentan problemas de lenguaje. En este sentido, se ha comprobado que experimentan dificultades tanto a la hora de llevar a cabo una conversación interna, como en el desarrollo de habilidades efectivas de comunicación con otras personas.

Concluyendo, todas estas conductas problemáticas, la demanda de atención y la insaciable curiosidad que manifiestan estos niños, plantean grandes retos para los padres y profesores en relación con la educación y la crianza de estos niños. Los padres de estos niños necesitan controlar el comportamiento de sus hijos con TDAH de forma más intensa. La información que nos aporta la entrevista clínica nos da la evidencia que las madres de niños con TDAH son más directivas con sus hijos, están en supervisión continua y frecuentemente dan más castigos en comparación con las madres de los niños “normales”. Además que les cuesta más trabajo para encontrar niñeras que cuiden a sus hijos. Ante esta panorámica no resulta difícil comprender que los padres afirmen que sus vidas son mucho más estresantes. (Miranda, 2001).

PERIODO ESCOLAR

Cuando el niño hiperactivo comienza la etapa escolar primaria llegan a ser más evidentes sus problemas de conducta como los de: permanecer sentado, controlar sus impulsos, prestar atención y seguir las instrucciones de los profesores. También presentan una mayor dificultad para compartir, cooperar e interactuar adecuadamente con sus compañeros. Por ello suele ser que al principio de este período se diagnostican la mayoría de los niños con TDAH.

Mientras que su conducta en el hogar los padres se quejan a menudo de que sus hijos con TDAH no aceptan las responsabilidades y las tareas familiares que se les asigna provocando sentimientos de celos y resentimiento entre los hermanos (si los tienen) porque realizan más tareas en casa que sus hermanos.

Es en este período cuando se realizan actividades extraescolares, como asistir a clase de música, practicar algún deporte o pertenecer algún club, la competencia social de los estudiantes hiperactivos es más baja comparada con la de sus compañeros de clase, suelen ser poco tolerados e incluso expulsados de estas actividades frecuentemente. Es en este período cuando se agudiza el rechazo social que empezaron a experimentar en el período preescolar.

Período de la preadolescencia

En este período es cuando el niño empieza a tener cambios físicos, emocionales y mentales más intensos, así como conductas opositoras y desafiantes contra las figuras de autoridad. Además, la toma de decisiones en este período es importante para su vida futura ya que se encuentra expuestos a las presiones sociales y las adicciones como pueden ser: las drogas, el alcohol y las relaciones sexuales.

En el caso de los jóvenes hiperactivos todos estos cambios y riesgos aumentan de una manera más dramática, ya que se asocia la hiperactividad con los trastornos de conducta,

además tienen más probabilidades de manifestar un bajo rendimiento académico, inadaptación escolar, aislamiento social, depresión, y baja autoestima.

Se ha encontrado que más del 60% de los adolescentes que se les ha diagnosticado el TDAH se asocian con el trastorno oposicionista desafiante y el 43% con el trastorno de conducta. Debido a su pobre control de impulsos tiene una mayor incidencia de accidentes de tráfico y de multas por infracciones.

Pero lo más alarmante es que estos adolescentes han tenido problemas con la justicia, son expulsados frecuentemente de las escuelas y tienen mayor riesgo en el uso de las adicciones como el alcohol, el tabaco y la marihuana (Barkley, 1998).

Los adolescentes hiperactivos en comparación con sus compañeros de clase presentan: un bajo rendimiento escolar, una ejecución significativamente más baja en habilidades de deletreo, aritmética, y comprensión de la lectura, lo que produce repetición de cursos y abandono de los estudios.

En lo que se refiere a lo social, los problemas de conducta y rechazo que presentaron en la infancia se vuelven más severos, no les interesa pertenecer a ningún deporte o club social ya que no consiguen cumplir con las normas de disciplina y no le dedican suficiente tiempo a los entrenamientos.

En consecuencia la construcción de su auto-concepto que depende de los logros académicos, sociales, artísticos y deportivos, en los cuales suelen ser rechazados o tener un bajo rendimiento, es más pobre que la de sus compañeros, teniendo una menor confianza en sí mismos, sentimientos de indefensión y síntomas depresivos. (Miranda, 2001).

Período de vida adulta.

En el desarrollo de este período, generalmente las conductas impulsivas e hiperactivas se vuelven más tenues, suele persistir la sensación de inquietud, la tendencia a manifestar problemas atencionales, escasa memoria a corto plazo, siguen siendo desorganizados y tiene dificultades mantener las rutinas diarias en el trabajo y en el hogar. Los informes clínicos señalan que los adultos con TDAH han completado menos años de escolaridad, distribuyen y gastan más su dinero, tienen menor organización en las tareas domésticas, tiene menos habilidad para manejar las actividades de sus hijos, muestran una capacidad reducida para desarrollar un trabajo independiente y sin supervisión, manifiestan una progresión en el estatus educativo y ocupacional significativamente más lenta. (Miranda, 2001).

Como consecuencia del fracaso escolar y el rechazo social que sufren, muchos comienzan a manifestar sentimientos de incompetencia e insatisfacción personal y desarrollan un concepto negativo de sí mismos. En este período entre un 60 y un 80 % de los niños hiperactivos están recibiendo medicación estimulante, y aproximadamente la mitad está asistiendo algún tipo de terapia familiar y/o individual (Faraone, Biederman, Lehman y cols., 1993).

6.2 Repercusiones en el rendimiento escolar

Para los padres el buen rendimiento escolar de sus hijos es sin duda un aspecto importante dentro de la vida familiar. Cuando se presentan dificultades en este sentido se produce un quiebre significativo en las relaciones entre padres e hijos y también entre los mismos padres culpándose el uno al otro.

A pesar de las deficiencias que se presentan en las escuelas se pueden rescatar aun algunos canales de comunicación con las familias, que permiten en algunas ocasiones estrategias que ayudan a los niños a resolver estas dificultades.

Pero al cambiar de nivel escolar parecería que no se necesitaría esta comunicación entre la escuela y los padres por lo cual la información que llega a los padres sobre el rendimiento escolar de sus hijos suele estar demorada y/ o distorsionada, haciendo más difícil cualquier solución sobre los posibles conflictos.

Cuando el niño con TDAH comienza la etapa escolar formal nos encontramos que son evidentes las dificultades que tiene para obedecer las reglas que se estipulan dentro del salón de clases como: permanecer sentado en su lugar, inhibir las conductas impulsivas, prestar atención y seguir las instrucciones de los profesores. Esto crea problemas también para interactuar socialmente con sus compañeros ya que no comparten ni cooperan con los demás compañeros de clase.

Los niños hiperactivos algunos días son capaces de realizar una actividad correctamente y terminarla en el tiempo establecido, mientras que otros días no consiguen completar las mismas tareas, ya que el niño a esta edad ya debe haber desarrollado habilidades sociales, emocionales y pedagógicas para tener éxito en el ambiente escolar (atención, control de impulsos, tolerancia a la espera, destreza motora, discriminación perceptual o habilidad para identificar y reconocer estímulos visuales, como la posición de las letras).

Sus períodos de atención varían significativamente de otros niños de su misma edad; no pueden llevar a cabo instrucciones que incluyan dos o tres comandos a la vez; no pueden terminar sus trabajos y suelen brincar de una a otra actividad; sus constantes saltos de una

a otra idea los llevan a no centrar sus intereses en un solo objetivo, por lo que no pueden permanecer en su lugar o en silencio mientras se da una explicación; interrumpen al maestro y a sus compañeros; pierden sus útiles y materiales de trabajo o se presentan al salón de clases sin ellos.

Además su lugar de trabajo suelen estar desordenados y pierden con frecuencia los libros y otros materiales escolares. En esta etapa es evidente las deficiencias atencionales y organizativas de los niños con TDAH y sus repercusiones negativas sobre el funcionamiento académico y conductual. Su ritmo de trabajo difiere mucho del de los demás; frecuentemente es más lento, o bien intenta terminar rápidamente y ser los primeros, sin importar la calidad de su trabajo.

Requieren que se les repita la instrucción individualmente y en varias ocasiones; no retienen la información completa y pierden el objetivo con facilidad.

Al efectuar trabajo en equipo, no escuchan ni respetan las opiniones de sus compañeros. Olvidan traer lo que se les pide, desde la firma de un recado, hasta el material para el trabajo de grupo. Pueden hacer la tarea pero olvidan meterla en la mochila o la dejan sobre el escritorio en casa. Algunos profesores consideran que estos niños son inteligentes y que los resultados negativos que obtienen en su rendimiento escolar son porque son "flojos" y no quieren trabajar. Otros profesores piensan que son inmaduros y recomiendan a los padres que repitan curso creyendo que el problema desaparecerá con el tiempo.

Sin embargo, estas dos formas de entender el trastorno y el consiguiente proceso de toma de decisiones que conlleva no resultan adecuadas para tratar de ayudar al niño con TDAH, ya que el niño con TDAH se da cuenta de su bajo rendimiento escolar en comparación con la de sus compañeros.

Por ello comienzan a sentirse raros, diferentes y empieza a desarrollarse una problemática emocional que afecta su autoestima de manera directa. Así, pueden comenzar a portarse mal deliberadamente, tratan de hacerse graciosos ante sus compañeros para hacerlos reír y sentirse parte del grupo, al menos durante ese momento.

La competencia social de los estudiantes hiperactivos es significativamente más baja en comparación con sus compañeros. Es probable que esta escasa habilidad para hacer y mantener amigos en su grupo social justifique la preferencia de muchos estudiantes hiperactivos por jugar con niños más pequeños. Como consecuencia del rechazo social y el fracaso escolar que sufren, muchos escolares hiperactivos comienzan a manifestar sentimientos de incompetencia e insatisfacción personal y desarrollan un concepto negativo de sí mismo.

Además, ya en la etapa de la preadolescencia un porcentaje substancial de estos niños cumple los criterios del trastorno oposicionista desafiante y desarrolla síntomas del trastorno de conducta encontrando que un 60 y un 80 % de los niños hiperactivos está recibiendo medicación estimulante, y aproximadamente la mitad está asistiendo a algún

tipo de terapia familiar y/ o individual para su adaptación dentro del ambiente escolar (Faraone, Biederman, Lehman y cols., 1993).

Causas del bajo rendimiento escolar

En los niños con TDAH influyen múltiples variables, simple en apariencia, pero complejo cuando se analiza todo el proceso que tiene que pasar para que un niño con TDAH pueda aprender y dar respuesta a los requerimientos del nivel que cursa. A continuación se mencionaran algunas causas del bajo rendimiento escolar:

- En primer lugar podríamos hablar de factores inherentes a la maduración de funciones cognitivas (mentales) básicas para el acto de enseñanza-aprendizaje, como: la atención, percepción, memoria, lenguaje, pensamiento, funciones ejecutivas, etc., para lo cual recurrir a la intervención de un profesional idóneo en el tema puede dar respuesta óptima sobre la forma de compensar posibles deficiencias.
- En segundo lugar pueden existir obstáculos de tipo emocional que interfieran en un determinado momento o situación, frente a lo cual se hace imprescindible la adecuada respuesta escolar, como por ejemplo: dificultades de vínculo entre pares, conflictos con las figuras adultas de autoridad, conflictos familiares, etc.
- También en este punto es importante considerar interconsultas con profesionales de la salud mental a fin de descartar y/o tratar posibles trastornos incipientes o ya instalados del estado de ánimo.
- En tercer lugar encontramos cuestiones pedagógicas que a veces complican la comprensión por parte de los alumnos y por ende su aprendizaje, a saber: métodos de enseñanza, exigencia escolar desmedida, estilos de evaluación, etc. Ello también puede ser atendido y adaptado, modificado o compensado según sean las necesidades en cada caso.

Cabe aclarar que estas causas no están mencionadas en un orden de jerarquía, ya que en la mayoría de los casos se presentan en forma combinada y de difícil discriminación según sea la edad y grado escolar de quien presenta alteraciones en su aprendizaje.

6.3 Historia de la Educación Especial en México

6.3.1 Necesidades Educativas Especiales.

La historia de la Educación Especial en México empieza con el presidente Benito Juárez durante su período presidencial (1867-1872) cuando funda dos escuelas: la Escuela Nacional de Sordos y la Escuela Nacional de Ciegos.

En 1914 el Dr. José de Jesús González, científico precursor de la educación, crea una escuela para alumnos con retraso mental en la ciudad de León, Guanajuato.

En la Universidad Nacional Autónoma de México, entre 1919 y 1927 comienzan a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica para brindar atención a personas con deficiencias intelectuales.

En 1935 el Dr. Roberto Solís Quiroga, promotor de la educación especial y América Latina plantea la necesidad de institucionalizar la educación especial en México. Como resultado de esta iniciativa se incluye en la Ley Orgánica de Educación, un apartado relacionado a la protección a personas con discapacidad intelectual. El mismo año, se crea el Instituto Médico Pedagógico para atender a niños con discapacidad intelectual.

En 1941, el ministro de Educación, Lic. Octavio Vejar Vázquez propone la creación de la escuela de especialización de maestros en educación especial.

La Escuela de Formación Docente para maestros en educación especial abre sus puertas el 7 de junio de 1943, ofreciendo licenciaturas especializadas en: menores infractores, dificultades de aprendizaje y discapacidad intelectual. En 1945 se incluyen las carreras de maestros especialistas en la educación de niños con dificultades sensoriales (visión y audición), En el año de 1955 se incorpora la carrera de especialista en el tratamiento de niños con impedimentos motores.

En 1959 el profesor Manuel López Dávila crea la Oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas, la cual estaba dedicada a la atención temprana de niños con discapacidad intelectual. Y en el año de 1960-1961 se fundan las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento.

En el año de 1960 empiezan a surgir instituciones encargadas de atender a niños con dificultades de aprendizaje, audición y lenguaje como por ejemplo: el Instituto Nacional de

Comunicación Humana. Más adelante, se forman escuelas de Educación Especial que empiezan a brindar servicio a niños considerados con necesidades educativas especiales. Los servicios iban dirigidos a niños con dificultades de aprendizaje, discapacidad intelectual, trastornos en la comunicación, impedimentos motores o dificultades sensoriales.

El 18 de diciembre de 1970 es creada la Dirección General de Educación Especial, la que hoy en día es la actual Dirección de Educación Especial (D. E. E), lo cual representó un cambio de actitud del Estado hacia la Atención de niños con necesidades educativas especiales. A la D. G. E. E le correspondía organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el Sistema Federal de la educación de estas personas y la formación de maestros especialistas.

Más adelante, se muestra un interés por investigar los beneficios y la eficacia de las escuelas de educación especial, por lo que la Secretaría de Educación Pública (SEP) decide brindar atención educativa a niños con dificultades de aprendizaje en aulas regulares, al tiempo que reciben terapia adicional.

En 1970 la D. G. E. E con la finalidad de combatir el fracaso y la deserción escolar, adopta el programa “Grupos Integrados” para ayudar a niños con dificultades de aprendizaje en lecto-escritura y cálculo aritmético para reincorporarse al aula regular. Los servicios que se ofrecían en este programa dieron lugar a la creación del “Proyecto para el Aprendizaje de la Lengua Escrita y las Matemáticas” (PALEM)

En 1980 comienza a formularse una política sobre la integración educativa, sin embargo, no fue sino hasta la creación del Programa para la Modernización Educativa (1989-1994) y la Declaración de Salamanca, en donde se ve un gran esfuerzo para implementar la integración educativa.

En 1993 se elabora el “Proyecto General de Educación Especial en México” y se modifica el artículo 3ero promulgándose la “Ley General de Educación”.

En el período comprendido de 1994-1995 se lleva a cabo la reorientación de la Educación Especial en México convirtiendo a las Escuelas de Educación Especial en “Centros de Atención Múltiple” (CAM) la cual, es considerada como una “Institución Educativa que ofrece Educación Básica para alumnos con o sin discapacidad, que presentan necesidades educativas especiales”. (D. G. E. E, 1996, p. 25).

Los equipos que funcionaron como “Grupos Integrados” y los Centros Psicopedagógicos se reorientaron a lo que actualmente se denomina “Unidad de Servicios de Apoyo a la

Educación Regular” (USAER), que es “la Instancia Técnico-Operativa de la educación Especial creada para ofrecer los apoyos teóricos y metodológicos en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales dentro del ámbito de la Escuela Regular, favoreciendo su integración y contribuyendo a elevar la calidad educativa”. (Guajardo, E. 1994, p.8).

La Integración Educativa en México.

En el año de 1980, se editó el documento “Bases para una política de Educación Especial” con el cual la integración escolar se hizo una política de educación especial de la SEP.

El concepto que de integración se definía como la “estrategia que se utiliza durante la edad del desarrollo para lograr la normalización. La integración tiene una connotación más específicamente educacional, ya que tendrá lugar con la formación sistemática de las personas con requerimientos de educación especial.” (SEP-D.G.E.E, 1985)

La D.G.E.E en el año de 1981 desarrolla un servicio de integración, en el cual ofrecía diversos recursos según el grado y la naturaleza de las limitaciones. Los servicios que brindaba la D.G.E.E presentaban diversos niveles que se organizaban según la discapacidad del niño, a menor limitación, mayor integración.

Niveles de integración escolar.

- 1) En el aula regular, con ayuda de un maestro auxiliar que preste su asistencia directa o colabore con el maestro transmitiéndole estrategias y técnicas adicionales
- 2) En el aula regular, con asistencia pedagógica terapéutica (fonoaudiología, psicoterapia y otros) en turnos opuestos.
- 3) Organizando grupos pequeños para reconstruir aprendizajes, con duración distinta, con vistas a reintegrarlos al grupo regular.
- 4) En clases especiales en la escuela regular.
- 5) En escuelas especiales.
- 6) en el hogar, en hospitales, etc.

Desde el primero hasta el tercer nivel se requiere la participación de maestros especialistas, con el apoyo del equipo multiprofesional adecuado.

Fue hasta el Proyecto General de Educación Especial en México, considerado el artículo 41 de la Ley General de Educación, en 1993, que toma sentido la diferencia entre integración educativa y escolar.

“La integración educativa se refiere al acceso, permanencia y éxito con el currículo básico”. “Cuando se accede al currículo básico, en la escuela regular, se define como integración escolar. Integración escolar es, al mismo tiempo, integración educativa. Pero la educativa no necesariamente es escolar”. (Guajardo, 1998).

Esta modificación de los términos cambió de sentido debido al nuevo concepto de necesidades educativas especiales; ya que en los servicios escolares de educación especial se lleva el currículo básico abandonando el paralelo.

En Educación Especial ya no se clasifica la población por discapacidad, se hace por nivel y grado educativo. Tiene dos tipos de servicio: Los escolarizados en integración educativa y los de apoyo en integración escolar. Se trata de los Centros de Atención Múltiple (CAM) y las Unidades de Apoyo a la Escuela Regular (USAER):

El servicio de apoyo para la integración escolar es la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), que es “el servicio de apoyo que Educación Especial ha impulsado para ofrecer los apoyos requeridos en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, en el ámbito de su propia escuela de educación básica, contribuyendo en la transformación de las prácticas profesionales para la ampliación de la cobertura en respuesta a la diversidad de la población escolar” (Guajardo, 1998):

Los servicios escolarizados para la integración educativa son los Centros de Atención Múltiple (CAM), que es “la institución educativa que ofrece educación Básica para alumnos que presentan necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad en el marco de la ley General de Educación” (Guajardo, 1994)

“la integración escolar es la de todos los alumnos que, con o sin discapacidad, presentan necesidades educativas especiales en la escuela regular y que son atendidos por USAER”. En cambio, los alumnos con discapacidad que cursan su educación básica en un CAM de educación especial están en un proceso de integración educativa” (Guajardo, 1998).

Con el tiempo, “cuando se haya universalizado el currículo básico en todos los CAM, perderá sentido hablar de integración educativa y sólo será relevante referirse a la integración escolar. Pero como se habla de la escolar para distinguirla de la educativa, entonces, solo se nombrará a aquélla como integración “a secas” y sabremos que nos referimos a la integración escolar”. (Guajardo, íbidem)

Como vemos, la nueva conceptualización de la Educación Especial es normalizante, integradora y orientada a apoyar a las personas con necesidades educativas especiales, en donde el objetivo de la integración es la no segregación ni marginación de dichas personas, para que puedan desarrollar todas sus capacidades; es centrarse en lo que son capaces de hacer y poner los medios para que puedan realizarlos. La propuesta de un programa de habilidades sociales, en especial, solución de conflictos cognitivos interpersonales para niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, proporcionará un medio para la integración de estos niños a aulas regulares.

6.3.2 Principios de Integración Educativa.

El término integración se refiere a la tendencia de incorporar a aquellos alumnos con necesidades especiales leves o moderadas al aula regular, para recibir educación y servicios especiales paralelos a la instrucción normal, además de tener la oportunidad de relacionarse con sus compañeros normales lo más posible.

El principio de normalización se vincula al principio de integración, estos principios son la base de la transformación del modelo educativo y el sustento para la promoción del desarrollo del individuo con necesidades educativas especiales, ya que la normalización es el objetivo a conseguir y la integración el método de trabajo para conseguirla.

Para Fierro (1996) “Los principios de integración surgen como una respuesta social y disciplinaria ante las limitaciones del modelo médico-rehabilitatorio, que centrando su atención en las limitaciones y definición de etiquetas (categorías), era ya incapaz de ofrecer alternativas viables para el desarrollo integral de la persona especial” (citado en, Lebrija, León, 1998, p. 23).

Para Merino (1982, citado en, Serrano, 1996) “la integración es la posibilidad de ofrecer a cada individuo la oportunidad de que desarrolle, hasta donde sea posible, sus propias capacidades y aptitudes que le permitan a él mismo valorar y decidir, en la medida que pueda, su nivel de incorporación social”. (p.7)

De esta forma, la tendencia de integración intenta conjuntar los sistemas de educación especial y ordinaria, de tal forma que se evite separar al individuo del resto de la sociedad.

Sistema de Integración Educativa

La integración educativa es el proceso de incorporar física y socialmente, a las personas que están segregadas y aisladas de la sociedad, permitiéndoles ser un miembro activo de la comunidad viviendo como los demás y teniendo los mismos privilegios y derechos que los ciudadanos no discapacitados.

El término “mainsterming” usado por primera vez en los Estados Unidos, parece referirse a la integración educativa, en el sentido de facilitar la educación especial de calidad a niños con necesidades especiales mientras permanecen en aulas regulares el mayor tiempo posible, adscribiéndose a las de currículum regular.

La integración es el marco educativo – mainstreaming- se define como “referida a la integración temporal, instructiva y social de un grupo seleccionado de niños excepcionales, con sus compañeros normales, basada en una planificación educativa y un proceso programador evolutivo e individualmente determinado.

Esta integración necesitará una clasificación de responsabilidades entre el personal educativo regular y especial y el personal administrativo, instructor y auxiliar” (Kaufman, citado por Bautista. R, ibid, p31).

Niveles de integración

Soder 1980, citado en Bautista. R. p. 32) define los distintos niveles de integración que se pueden dar dentro del marco escolar los cuales son:

a) Integración física: La actuación educativa se lleva a cabo en centros de Educación especial construidos junto a centros ordinarios, pero con una organización segregada; de esta manera se comparten espacios comunes, como el patio o los comedores.

b) Integración funcional: se considera que se articula en tres niveles de menor a mayor integración funcional:

- ✚ Utilización de los mismos recursos por parte de los alumnos con necesidades educativas especiales y los alumnos de centros ordinarios, pero en momentos diferentes.
- ✚ Utilización simultánea de los recursos por parte de los dos grupos.
- ✚ Utilización de algunas instalaciones comunes, simultáneamente y con objetivos educativos comunes.

c) Integración social: Supone la inclusión individual de un alumno considerado como un alumno con necesidades educativas especiales en un grupo-clase ordinario. Sería la única forma verdadera de integración, según algunos.

d) Integración a la comunidad: Este sería la continuación, durante la juventud y vida adulta, de la integración escolar.

6.3.3 Modelos de Integración Educativa

Deno en 1970 crea el Sistema Cascada, el cual “está basado en una jerarquía de opciones en diferentes niveles de servicios, desde la segregación a la integración. El primer nivel (1) es el de N. E. E en clases ordinarias, el último (7), en el extremo opuesto, es un servicio no-educativo y más restringido. El modelo de cascada se realiza el proceso de emparejar las alternativas de los programas con las necesidades de los alumnos” (Castañedo, op. Cit, p. 55).

El informe C. O. P. E. X. “propone una versión en ocho niveles. Este sistema en cascada comporta una diversidad de medidas, graduadas en función de las necesidades especiales del niño, pero desde una perspectiva de normalización “(Bautista. R, 1993, p.42).

Nivel 1

Incluye todos los alumnos con capacidades diferentes capaces de seguir los programas normales de la clase, atendida por un profesor ordinario que asume la responsabilidad de la misma, actúa como tutor e interviene en la prevención y corrección de dificultades de aprendizaje de los alumnos.

Nivel 2

Los alumnos permanecen toda la jornada escolar en el aula ordinaria, con su profesor tutor y siguiendo los programas ordinarios. El profesor tutor recibe orientación y ayuda del profesor de apoyo y / o de algún otro especialista.

Nivel 3

Los niños siguen permaneciendo todo el tiempo en el aula ordinaria con su correspondiente profesor y reciben en la misma aula el refuerzo pedagógico que necesitan mediante la ayuda del profesor de apoyo, que también orientará al tutor, si así fuera necesario, y en todo caso ambos actuarán coordinadamente.

Nivel 4

Los alumnos y las alumnas con necesidades especiales permanecen parte de la jornada en el aula ordinaria y otra parte en el aula de poyo. Es aconsejable que su salida del aula ordinaria sea el menor tiempo posible y solo para recibir atención individual o en pequeño grupo y/ o necesiten un espacio distinto de la clase ordinaria. El esfuerzo pedagógico, si fuera posible, continuará proporcionándosele dentro del aula ordinaria.

Nivel 5

Corresponde a alumnos escolarizados en un aula o clase especial dentro de un centro ordinario, atendidos por un profesor especialista, responsable del grupo-clase. Participan con los demás niños en el comedor, recreo y actividades de ocio y tiempo libre.

Nivel 6

Los alumnos son escolarizados en un centro específico, cuando así lo requiere la naturaleza o gravedad de la discapacidad. Estos centros están dotados de unidades de transición y conectados con los centros regulares para facilitar a los alumnos el paso de otros niveles de mayor integración. El programa de desarrollo individual está a cargo del profesor de educación Especial y otros especialistas necesarios.

Nivel 7

En caso de que los alumnos no puedan asistir a ninguna institución escolar o deba permanecer la mayor parte del tiempo en su domicilio, deberán recibir en éste la atención que precise a cada uno para el normal desarrollo social y educativo.

Nivel 8

Los alumnos que por sus características especiales, por circunstancias familiares, o por falta de servicios en su sector socio-familiar, que no puedan recibir la atención educativa que precisen, serán escolarizados en internados o escuelas hospitalarias, que presten la atención necesaria en cada caso, durante el tiempo que permanezcan esta situación. El carácter de esta escolarización será transitorio, de forma que facilite el retorno de los alumnos a su hogar tan pronto como le sea posible.
a edad y grado escolar de quien presenta alteraciones en su aprendizaje.

Sistema de cascada de Deno (Castanedo, op. Cit, p.56)

Niveles	Servicios	Programas
Nivel 1	Alumnos con NEE, incluidos en el área ordinaria a tiempo completo. Capaces de seguir los programas regulares, recibiendo ayuda del profesor de apoyo fijo.	Programas escolares regulares.
Nivel 2	Alumnos en aulas ordinarias y con servicios educativos complementarios, impartidos por el profesor de apoyo fijo.	Programas escolares regulares.
Nivel 3	Alumnos que comparten la clase especial y el aula ordinaria. Programa combinado con el profesor de apoyo.	Programas escolares adaptados a las NEE.
Nivel 4	Alumnos en aulas especiales dentro de la escuela ordinaria . Participan con otros alumnos en las actividades no/académicas. Profesor especialista en el aula. Servicio de apoyo.	Programas escolares adaptados a las NEE.
Nivel 5	Alumnos que asisten a Centros Especiales. Tiene contactos extracurriculares con los colegios del sector. Servicios de apoyo.	Programas escolares adaptados a las NEE.
Nivel 6	Instrucción en hospitales o residencias.	Programas sanitarios asistenciales.
Nivel 7	Servicios médicos y de supervisión del bienestar social.	Programas sanitarios.

Hegarty, Pucklington y Lucas (1988) “describen diferentes esquemas de organización que pueden presentarse dentro de un aula de un Centro Ordinario y las posibilidades de combinación con aulas de Centro Específicos. Describe 8 modalidades” (Sánchez, A, 1997, p.25).

Modalidades de organización educativa.

- 1.- Colocación en una clase general con apoyo educativo adicional para cada alumno, mediante un mejoramiento de la proporción alumno/profesor.
- 2.- Colocación en una clase general con ayuda del alumno en áreas específicas del currículum. Asistencia de apoyo cuando sea necesario. Designación de un profesor con responsabilidad específica sobre los alumnos de necesidades educativas especiales.
- 3.- Colocación en una clase general y retirada para enseñanza especializada en área de recursos o con una persona docente itinerante. Asistencia de apoyo cuando sea necesario.
- 4.- Base en clase general, acudiendo en régimen de tiempo parcial a enseñanza especializada en el centro. Asistencia de apoyo cuando sea necesario.
- 5.- Base en unidad/ clase especial y clases generales a tiempo parcial a enseñanza especializada en el centro. Asistencia de apoyo cuando sea necesario.
- 6.- Base en unidad/clase especial durante todo el tiempo. Asistencia de apoyo cuando sea necesario.
- 7.- Escuela general como base y régimen de tiempo parcial en escuela especial.
- 8.- Escuela especial como base y tiempo parcial en la escuela general.

PROPUESTA DE UN SISTEMA AUTOGESTIVO DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DEFICIT DE ATENCIÓN DESDE UN ENFOQUE COGNOSCITIVO PARA MAESTROS DE ESCUELA REGULAR.

Método

El presente capítulo describe, la Propuesta de un Sistema Autogestivo de Detección y Tratamiento del Déficit de Atención desde un Enfoque Cognoscitivo. Inicialmente, se ubicará el contexto que sustenta la siguiente propuesta; posteriormente, se expondrán los instrumentos que pueden utilizar los maestros para detectar a los niños con TDA, y así poderlos ayudar e integrarlos de manera normal al sistema con el apoyo de los padres y de un especialista.

Contexto

Tras haber analizado la temática abordada en el marco teórico de referencia podemos darnos cuenta que en la actualidad se ha producido un creciente interés en los profesionales de la educación por conocer este trastorno que afecta a los niños actualmente ya que estos profesionales de la educación carecen de la información sobre el TDA y de los instrumentos que ellos mismos puedan utilizar para ayudar a detectar el TDA en el aula de clases y poder ayudar a estos niños a integrarse de manera normal en la escuela tradicional sin tenerlos que enviar a una escuela especial y poder elevar su autoestima que se ve afectada de manera negativa en las diferentes áreas de su vida.

Sin embargo, atendiendo a la realidad de nuestros centros educativos, la premisa de autogestión del TDA por parte de los docentes de escuela regular es prácticamente utópica que los maestros no cuenten con la preparación ni el conocimiento necesario para poder implementar este tipo de estrategias hacia los niños con TDA, ya que estos niños para los maestros de escuela regular significan un “problema” y prefieren, frecuentemente segregarlos de grupo y mandarlos a una escuela de educación especial para que les den la atención especial y así no tener que enfrentar este problema psicopedagógico.

La integración educativa, como modelo rector de la educación especial se basa en que es la escuela el lugar en donde se deben producir los cambios necesarios para la incorporación de los alumnos con TDA o necesidades especiales, estos cambios se deben de empezar en preescolar y sucesivamente, año tras año en la educación básica.

El modelo pretende que los profesores cuenten con un instrumento sencillo para identificar a niños con TDA y ayudarlos para que sean incorporados al mismo sistema de trabajo que los demás niños que no presenten estos problemas, en vez de segregarlos del grupo y enviarlos a escuelas especiales.

El poder detectar a los niños con TDA y poder integrarlos al sistema normal de educación conforma por tanto un reto tanto para el profesor de la escuela regular como para los cuadros directivos del centro escolar. La premisa en común es que estos alumnos alcancen los objetivos educativos en las condiciones más normalizadas posibles.

El objetivo primordial de la integración educativa es definida como “reconocer la diversidad, valorizar las diferencias humanas, aceptarlas, dentro de un contexto social que puede ofrecer a cada uno de sus miembros las mejores condiciones para el máximo desarrollo de sus capacidades, poniendo a su alcance los mismos beneficios y oportunidades” (Pierinal, 1994). Cabe, en este sentido cuestionar hasta que punto el maestro de escuela regular en los niveles básicos (preescolar y primaria), puede intervenir para lograr la adecuada integración en el alumno con TDA.

Al respecto y aunque los enfoques cognitivos sobre el tratamiento del TDA son múltiples y algunos incluso niegan la posibilidad de una integración completa, existen otros de tipo cognoscitivista, que sustentan que tanto el diagnóstico como el tratamiento son tareas relativamente simples, en las que tanto el docente como los padres de familia pueden colaborar positiva y activamente.

Ciertamente, el enfoque cognitivo afirma que los niños con TDA tienen la capacidad de regular su conducta mediante el autocontrol sustentando que el niño con TDA puede tener un autocontrol de su conducta durante el tiempo que esté en la escuela contando con el apoyo del maestro de grupo y en la casa contando con el apoyo de los padres de familia.

(Kirby, 1992). Este enfoque propone la práctica de estrategias tales como las autoinstrucciones, la autoevaluación, el control de la ira o la solución de problemas; estas estrategias pretenden dotar a los niños con TDA de los mecanismos necesarios para controlar su conducta: observar su propio comportamiento, evaluarlo en relación con las reglas de funcionamiento y captar su resultado o consecuencia (Miranda, 2001).

Esta combinación de estrategias puede hacer que los niños con TDA tengan las “armas” necesarias para poder controlar su propia conducta, observando su propio comportamiento, evaluarlo en relación con las reglas de funcionamiento, y captar sus resultados o consecuencias. (Miranda, 2001).

Sin embargo, atendiendo a la realidad de nuestros centros educativos, la premisa de autogestión del TDA por parte de los docentes de escuela regular es prácticamente utópica, y que los maestros no cuentan con la preparación ni el conocimiento necesario para poder implementar este tipo de estrategias hacia los niños con TDA, ya que estos niños para los maestros de escuela regular significan un “problema” y prefieren, frecuentemente segregarlos del grupo y mandarlos a una escuela de educación especial para que les den la atención especial y así no tener que enfrentar este problema psicopedagógico

En razón de lo anterior, partiendo de la observación continua de dicha problemática el trabajo que sustentará propondrá un sistema autogestivo para el diagnóstico y tratamiento del alumno con TDA por parte del docente de escuela regular.

Partiendo de una evaluación cualitativa del conocimiento de los docentes de escuela regular que tienen acerca del TDA en sus dos vertientes (simples o con trastornos de hiperactividad), el sistema que propondré pretende ayudar a actualizar, orientar y guiar a los profesores de escuela regular para que puedan encontrar de manera sencilla y actualizada la información y los recursos necesarios para poder detectar a los niños con TDA dentro de sus salones de clases y que lo puedan ayudar teniendo una guía de apoyo para tratar esta población como alumnos normales pero que necesitan un poco más de “soporte” que el resto de los niños.

Por tanto, el trabajo que sustentará pasará por distintas fases: análisis teórico, análisis contextual de la problemática reforzado en un estudio diagnóstico de necesidades educativas y propuesta práctica para la autogestión del TDA para maestros en la escuela regular mediante instrumentos sencillos (escala de Conners, adaptada para docentes) y estrategias de autocontrol provenientes de las concepciones y modelos terapéuticos de corte cognitivo.

Objetivos específicos

- ✚ Conocer los enfoques terapéuticos e instrumentos que se utilizan para el diagnóstico y tratamiento del TDA.
- ✚ Conocer la problemática que existe en torno al TDA y los criterios para su diagnóstico y tratamiento en la escuela regular.
- ✚ Diagnosticar las necesidades que existen acerca del TDA, así como explorar la posibilidad de atender este problema educativo desde un enfoque autogestivo.

Descripción de la propuesta

Primera etapa: Informar sobre el Trastorno de Déficit de Atención las causas y sus características en casa caso (simple o con hiperactividad) del TDA.

Segunda etapa: Detección de los niños con TDA dentro del salón de clases y la integración escolar de estos por medio de estrategias de enfoque cognoscitivo.

Tercera etapa: Escalas evaluativas, que servirán para la valoración de estos niños con TDA.

Instrumentos para detectar el TDA en el salón de clases

Los instrumentos que se pueden utilizar de manera sencilla para los profesores para detectar el TDA en el salón de clases es la:

Escala de Valoración para el Maestro: debe ser llenado de manera objetiva por el mismo a aquellos alumnos que presenten problemas de conducta y/o rendimiento escolar.

Escala de Valoración para Padres: debe ser llenado por los padres de los niños que presenten problemas de conducta y/o rendimiento escolar.

Historia Clínica para Padres: es importante revisar el historial clínico

Entrevista con el niño: esta es una entrevista adaptada a partir de los criterios del diagnóstico del DSM-III-R para el TDA (Kirby, 1992)

Escala de valoración para el maestro

Nombre del niño _____

Edad _____

Fecha ____/____/____

Sexo _____

Cuestionario para el maestro

A continuación aparecen términos descriptivos de conductas. Marque con una cruz la columna que mejor defina al niño. **Conteste todos los reactivos.**

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

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

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

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

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

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

Nada = 0 puntos.

Poco = 1 punto.

Bastante= 2 puntos.

Mucho = 3 puntos.

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

Puntuación:

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

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

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

Escala de Valoración para Padres

Nombre del niño _____

Fecha: ___/___/___ **EDAD** _____ **SEXO** _____

Por favor conteste todas las preguntas.

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

Aspecto a evaluar	Nunca	Un poco	Bastante	Demasiado
1.- Manipula cosas (uñas, dedos, cabello, ropa).				
2.- Es impertinente con las personas mayores.				
3.- Tiene dificultades para hacer o conservar amigos.				
4.- Es excitable, impulsivo.				
5.- Quiere dirigir todo.				
6.- Succiona o mastica (el pulgar, la ropa, las sábanas).				
7.- Llora con facilidad o a menudo.				
8.- Busca pleitos.				
9.- Sueña despierto.				
10.- Se le dificulta prender.				
11.- Es inquieto; le gusta retorcerse.				

12.- Es temeroso (tiene miedo de nuevas situaciones, de gente desconocida, de ir a la escuela).

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

26.- Es fácil herir su susceptibilidad.				
27.- Abusa de los demás.				
28.- Es incapaz de abandonar una actividad repetitiva.				
29.- Es cruel.				

Aspecto a evaluar	Nunca	Un poco	Bastante	Demasiado
30.- Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar, no es independiente; requiere que constantemente se le apoye).				
31.- Se distrae o no puede concentrarse.				
32.- Tiene dolores de cabeza.				
33.- Cambia súbita y marcadamente de estado de ánimo.				
34.- Le desagrada o se niega a seguir reglas u observar restricciones.				
35.- Pelea con frecuencia.				
36.- No se lleva bien con hermanos o hermanas.				
37.- Se frustra con facilidad si fracasa.				
38.- Molesta a otros chicos.				
39.- En esencia es desdichado.				
40.- Padece de alteraciones de apetito (come mal; ingiere demasiados bocadillos).				
41.- Sufre de dolores de estómago.				
42.- Tiene trastornos de sueño (No puede dormir, se despierta muy temprano, se levanta en la noche).				

43.- Experimenta otros malestares o dolores.				
44.- Vomita o siente náusea.				
45.- En el círculo familiar siente que todos abusan de él.				
46.- Alardea y es presuntuoso.				
47.- Permite que abusen de él.				
48.- Sufre de problemas intestinales (diarreas frecuentes, hábitos irregulares, estreñimiento).				

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

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

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

Nada = 0 puntos.

Poco = 1 punto.

Bastante = 2 puntos

Mucho = 3 puntos

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

Puntuación:

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

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

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

Entrevista con el niño para el TDAH (Kirby, 1992).

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

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

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

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

Nunca

Un poco

Bastante

Demasiado

Cuestionario de conducta para diferenciar entre niños hiperactivos y niños agresivos. (Prinz, Connors y Wilson, 1981).

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

Historia Clínica del Niño

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del padre _____ Edad _____ Estado civil _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Teléfono _____ Fecha de la entrevista _____

Lugar de Nacimiento _____ Lugar de residencia _____

Nombre de la madre _____ Edad _____ Estado civil _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Teléfono _____ Fecha de la entrevista _____

Lugar de Nacimiento _____ Lugar de residencia _____

2.- DESCRIPCIÓN BREVE DEL NIÑO.

Nombre _____

Edad _____ Escolaridad _____ Sexo _____

Peso _____ Talla _____ Se presenta en compañía de _____

Descripción física detallada del niño _____

Presentación personal _____

Exámen mental (juicio de realidad, afecto, discurso, tono de voz) _____

3.- MOTIVO DE LA CONSULTA

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

4.-PADECIMIENTO ACTUAL.

Exploración y profundización de síntomas, desde cuando se presentan, como es el síntoma, ante que aparece_____

5. HISTORIA FAMILIAR

Nombre del padre _____

Edad_____ Vivo o muerto_____

Relación emocional con el niño_____

Relación emocional con la pareja_____

Nombre de la madre_____

Edad_____ Vivo o muerto_____

Hermanos: edad, ocupación, relación con el paciente entre los hermanos, que lugar ocupa entre los hermanos_____

6. HISTORIA PERSONAL.

Como fue la concepción_____ El embarazo_____

El parto_____ A que edad empezó a caminar_____

A que edad empezó a hablar_____ A que edad empezó a

controlar esfínteres_____ Que recuerdos tiene el niño de sueños,

frustraciones, intereses, fantasías, etc_____

7. DIAGNÓSTICO RELEVANTE_____

1. PRONÓSTICO_____

RECOMENDACIONES_____

Modelo cognitivo de Entrenamiento en Autoinstrucciones para ayudar a los niños con TDA por parte del profesor de escuela regular.

Fases y habilidades a enseñar. (Michenbaum y Goodman, 1971)

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

Guía de Autoinstrucción -Michenbaum (1974)

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

Conclusiones

Por lo general, los maestros se percatan antes que los padres de los niños que padecen TDAH, puesto que tiene como referencia al resto del grupo, pero no cuentan con el conocimiento acerca de este trastorno ni con un instrumento adecuado para hacer una detección oportuna y derivarlo con los especialistas indicados. Los maestros que remiten a los niños con problemas de conducta y aprendizaje, no canalizan considerando el TDAH, por lo tanto los niños se frustran en este lapso de tiempo perdido, ya que no reciben la ayuda multidisciplinaria de los maestros, padres y psicólogos.

El Trastorno de Déficit de Atención ha cambiado de nombre a través del tiempo, debido a las investigaciones y la influencia del momento. Este trastorno afecta del 3 al 5 % de la población, siendo más común en los niños que en las niñas.

Respecto a las causas no se han identificado, de forma precisa, los factores que originan este trastorno, pero se han encontrado factores genéticos, infecciones del sistema nervioso central, errores del metabolismo, toxinas externas, traumatismos craneales o infarto cerebral y efectos de medicación, por lo cual es de vital importancia los cuidados prenatales, durante el parto y sus primeras etapas de vida en virtud de ser los cimientos de la salud y evitar la adquisición de este trastorno.

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

El déficit de atención se clasifica en tres tipos: Combinado, Predominantemente inatento e Hiperactivo impulsivo. Por lo cual cada tipo debe ser tratado con un tratamiento específico e individualizado y se debe presentar por lo menos seis meses constantes para que se pueda diagnosticar al individuo con este trastorno.

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

Este trastorno no desaparece, solo se ve transformado a través de las etapas de desarrollo del ser humano. Es importante un tratamiento multidisciplinario donde se involucren terapias médicas, cognitivo conductuales y la reeducación de métodos de aprendizaje.

El enfoque cognitivo-conductual es una herramienta para ayudar a controlar conductas alteradas y deficiencias causadas por este trastorno, señala que la atención es una condición esencial para el aprendizaje y las dificultades que se presentan al aprender, están relacionadas, con los problemas que el niño tiene en la formación de los procesos y estructuras cognoscitivas que rigen la atención del niño durante la solución de problemas de aprendizaje y de interrelación personal.

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

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

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

Generalmente los niños con este trastorno que no son atendidos a tiempo, se vuelven adolescentes rebeldes y lógicamente no logran encajar en el sistema social convirtiéndose en jóvenes delincuentes o con adicciones.

Por lo antes mencionado en la presente tesis se hace una propuesta de un sistema para la detección del TDA para profesores de escuela regular. Con la finalidad de orientarles y proporcionarles una herramienta fácil para detectar a tiempo a los niños que presenten este trastorno y poder hacer una canalización pronta para hacer el diagnóstico adecuado y darles el apoyo necesario a estos niños para su recuperación.

Referencias Bibliográficas

- Alcántara G (2006) La influencia del enfoque cognoscitivo conductual y del enfoque centrado en la persona en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Atch, O. (2000). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. México, D .F : Médica Panamericana.
- Ávila, C. y Lorente, P (2002) Niños hiperactivos, comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Grupo Editores Alfaomega. México D. F.
- Benavides, T. (2001). El niño con déficit de atención e hiperactividad: guía para padres. México; Trillas.
- Borsani, M. (2000). Integración o exclusión. La escuela común y los niños con necesidades educativas especiales. México, D, F: Novedades Educativas.
- Brown, T. (2003). Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. México: Masson.
- Calvo, M. (1995). Seminario sobre integración educativa. Avances y prospectiva. México, D. F: SEP.
- Ciudad, E. (1991). Modificación de conducta en el aula e integración escolar. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cruz Vázquez, María del Pilar (2001) El niño con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Propuesta de un manual para maestros, Tesina de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- DSM-IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson. España.
- D.G.E.E (1984). Los grupos integrados. México, D. F: SEP
- D.G.E.E (1994). Cuadernos de Integración no. 1: Proyecto General de Educación Especial Pautas de Organización. México, D. F: SEP.
- Fabara, E. (2000). Hacia la integración educativa, armonización de objetivos terminales en la educación básica y media. Santafe de Bogotá: Convenio Andes Bello.
- Farre, A. (2001). EDAH: escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Madrid, España: TEA
- Gaona R. (2006) Propuesta de un programa para la solución de conflictos cognitivos interpersonales en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gratch, O (2003). El trastorno por déficit de atención (ADDD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. México, D. F: Médica Panamericana.
- Guajardo, E. (1998). Integración Educativa y Escolar: lo obligatorio y lo opcional. México, D. F: D.G.E.E-SEP.
- Gutiérrez., F (2005) Hiperactividad y Déficit de atención en niños y adultos, guía para médicos, padres y maestros. Trillas, México D. F.
- Hegarty, S. (1982). Programas de integración: Estudios de casos de integración de alumnos con necesidades especiales.
- Janin., B (2005) Niños desatentos e hiperactivos. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires-Argentina.

- Joselevich, E (2003) A.D/H.D: qué es, qué hacer: recomendaciones para padres y docentes. Piados. Buenos Aires- Argentina.
- Juárez R (2004) Propuesta a padres para mejorar la autoestima del niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kirby G., (1992) Trastorno por déficit de atención estudio. Editorial Limusa, México D. F.
- Martínez, A. (2002). Vivir la democracia en la escuela: herramientas para intervenir en el aula y en el centro. Sevilla: Cooperación Educativa Kikiriki.
- Mendoza, J y Salgado, c (2000) Efectos de la terapia de integración sensorial en niños preescolares con trastornos por Déficit de Atención, Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Mendoza, E (2003) ¿Qué es el trastorno por Déficit de Atención? Trillas. México D. F
- Miranda, A (2001) Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una guía práctica. Ediciones Aljibe. Madrid-España.
- Moyano, W (2004) ADHD: ¿enfermos o singulares?: una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Lumen. Buenos Aires- Argentina.
- Orjales I., (1995) Déficit de Atención con hiperactividad, Editorial Cepe, Madrid.
- Penilla Muñoz, Susana (2005) Propuesta de un taller de sensibilización a profesores para el adecuado manejo de niños con TDA con o sin hiperactividad, desde el enfoque cognitivo conductual, Tesina de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Porras, R. (1998). Una escuela para la integración educativa: una alternativa tradicional. Sevilla: Cooperación Educativa Kikiriki.
- Quintanar, L. (2002). Programa de corrección neuropsicológica del déficit de atención. Puebla, Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Rief, S. (1999). Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA / TDAH. Buenos Aires, Barcelona: Paidós
- Sánchez, P. (1997). Compendio de Educación Especial. México, D. F.: Manual Moderno.
- Swanson, J.M. Sonohara, G.A. Kennedy, J.L. Regino, R., Fineberg, et al (1998). Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a family-based approach.
- Solzi, S (2007) Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención: diagnóstico, tratamientos y orientación. Espacio Editorial. Buenos Aires-Argentina.
- Tijerina, G (2002) El niño con déficit de atención e hiperactividad. Trillas, México D. F.
- Vázquez, R. (1992) El niño hiperquinético. Edit. Trillas, México D. F
- Villa, A. (1992). Evaluación de los servicios de apoyo externo a la integración. Bilbao, mensajero.