



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

EL NIVEL DE LA AUTOESTIMA EN EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
ROSA MARIA AGUIRRE GARCÍA
ARACELI MARTÍNEZ ARROYO

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
COMITÉ: LIC. MARIO MANUEL AYALA GÓMEZ
LIC. MIGUEL ANGEL JIMÉNEZ VILLEGAS
LIC. JOEL SÁNCHEZ MONTEERRUBIO
LIC. JOSÉ DAGOBERTO PINEDA SÁNCHEZ



MEXICO, D.F.

OCTUBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

EL NIVEL DE LA AUTOESTIMA EN EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:
AGUIRRE GARCÍA ROSA MARÍA
MARTÍNEZ ARROYO ARACELI

ASESOR:
MTRO: EDGAR PÉREZ ORTEGA

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A DIOS POR SU FORTALEZA Y PAZ ESPIRITUAL QUE ME PROPORCIONO EN MOMENTOS DIFÍCILES.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO POR HABER REALIZADO MI MAS GRANDE DESEO, REALIZAR UNA CARRERA UNIVERSITARIA.

A MI MAMÁ, MIS HERMANOS (AS) Y FAMILIARES POR SU APOYO MORAL E INCONDICIONAL Y POR CREER EN MI.

A MI ESPOSO MARCO POR CONTAR CON SU APOYO, PACIENCIA Y AMOR Y POR ESTAR JUNTOS FORJANDO A NUESTRA FAMILIA.

DEDICO ESTE ESFUERZO CON MUCHO AMOR A MIS HIJAS (KAREN Y ARELI) POR SU COMPRENSIÓN, AMOR Y APOYO, A MI HIJO ERICK POR SU INOCENCIA Y CALIDEZ; QUE ENTRE LOS TRES CON SUS ENCANTOS DILUYEN LAS TRISTEZAS Y ME PERMITEN VER EL MUNDO A TRÁVÉS DE SU ESENCIA.

A MIS AMIGAS QUE A TRÁVÉS DE SU TRATO DURANTE LA CARRERA ME BRINDARON SU AMISTAD (ARACELI E IVONNE).

AL PROF. RAÚL CANALES POR SU ESTÍMULO PARA CONCLUIR ESTE PROYECTO.

*A mis padres Roberto Martínez y
Biviana Arroyo por mi existencia
amor y paciencia y que a través
de ellos conocí a Dios*

*A mi hijo Jorge Arturo por su amor y tolerancia a
mi ausencia, a cada uno de mis ocho hermanos
por que con diferentes acciones y momentos han
estado conmigo y a mi esposo Jorge por su amor*

*A mi cuñada Irene por su invaluable
ayuda a mis amigas Rosa María,
Ivonne y Abelina por su gran amistad.*

AL MTRO. EDGAR POR SU PACIENCIA EN LA ASESORIA DE ESTA INVESTIGACION.

A LOS SINODALES POR LAS ACERTADAS SUGERENCIAS:

LIC. MARIO MANUEL AYALA GOMEZ
LIC. JOEL SANCHEZ MONTEERRUBIO
LIC. MIGUEL ANGEL JIMENEZ VILLEGAS
LIC. JOSE DAGOBERTO PINEDA SANCHEZ

AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO POR FACILITARNOS LLEVAR A CABO ESTA INVESTIGACION, ESPECIALMENTE A LA PSIC. CARMÉN CORONA Y LA PSIC. CINTHYA MARQUÉZ ESPERÓN.

“EDUCAR A LOS NIÑOS ES COMO SOSTENER EN LAS MANOS UNA PASTILLA DE JABON; SI APRIETAS MUCHO SALE DISPARADA; SI LA SUJETAS CON INDECISION SE TE ESCURRE ENTRE LOS DEDOS, UNA PRESION SUAVE PERO FIRME LA MANTIENE SUJETA.” (ORJALES, 2008)

“AMEMOS A LOS NIÑOS COMO SON, AYUDEMOSLE A QUE CONSERVEN LA CONFIANZA EN SÍ MISMOS, A QUE SEAN FELICES, ALEGRES Y SOCIABLES APOYEMOS SU INTERIOR DÍA TRAS DÍA ESTA ES LA MEJOR MANERA QUE PUEDAN DESARROLLARSE MEJOR SUS POSIBILIDADES.” (DOLTO, 1991 P.121)

“UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS SIGNIFICATIVAS DE LA AUTOESTIMA SALUDABLE ES QUE ES EL ESTADO DE UNA PERSONA QUE NO ESTA EN GUERRA CONSIGO MISMO NI CON LOS DEMAS.” (BRANDEN, 1988, P.6)

Í N D I C E

AGRADECIMIENTOS
DEDICATORIAS

RESUMEN.....	1
INTRODUCCCIÓN.....	2

CAPITULO I

EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Etiología del TDAH.....	12
1.3 Sintomatología.....	17
1.4 Subtipos del TDAH.....	20
1.5 Diagnóstico.....	21
1.6 Trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial.....	28
1.7 Tratamiento.....	32

CAPITULO II

AUTOESTIMA	43
-------------------------	----

2.1 Antecedentes.....	43
2.2 Definición de Autoestima.....	45
2.3 Perfil del niño con una autoestima sana.....	47
2.4 Perfil del niño con una autoestima baja.....	49
2.5 Tipos de autoestima.....	52
2.6 Autoestima en el niño con TDAH.....	56
2.7 Inventario de autoestima de Coopersmith para niños.....	59

CAPITULO III MÉTODO

3.1 MÉTODO.....	61
3.2 RESULTADOS.....	65
3.3ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXOS.....	77

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar la autoestima del niño(a), con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Este estudio comprendió una muestra de 58 niños(as) de 8 a 10 años de edad del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, previamente diagnosticados con este trastorno y con un coeficiente intelectual normal 90-109, (WISC-R). El diseño que se utilizó es de tipo transversal, el instrumento de medición fue el inventario de Autoestima de Coopersmith (1967), adaptado por Verduzco y Lara (1989) que consiste en 50 reactivos directamente relacionados a la autoestima agrupados en 4 subescalas: self con 26 reactivos y escuela, hogar, y ambiente social, con 8 reactivos cada una, Incluye una escala de deseabilidad que mide una imagen favorable de sí mismo, también con 8 reactivos. Se obtuvo una correlación inversamente proporcional con un rango de .283 y con un nivel de significancia de .038 lo que significa que existe una asociación entre una condición y otra por lo cual a mayor autoestima menor nivel de hiperactividad e inversamente proporcional a menor autoestima mayor nivel de hiperactividad.

Palabra clave: autoestima, TDAH, niños.

INTRODUCCIÓN

La importancia del presente estudio, radica en el incremento de la población que solicita atención clínica así como, los reportes escolares en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en México, particularmente en la Unidad Terapéutica de Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro, este padecimiento de acuerdo a la institución ha llegado a constituir hasta el 45% de las consultas de acuerdo a Macías-Valdez, (en Verduzco, 1992), por otro lado el Dr. Peña en el año 2000, menciona que la prevalencia de este trastorno en la población adolescente del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), es del 40% en una conferencia que dio en el instituto.

El desconocimiento de este trastorno por parte de los padres y maestros que conviven con estos niños, tiene como efecto la complicación de este y desafortunadamente el menor es quién experimenta tal malestar, repercutiendo en su **autoestima**; la observación clínica demuestra que generalmente los niños con TDAH obtienen poca gratificación como resultado de su comportamiento y con frecuencia son etiquetados como “*flojos*”, “*distraídos*” o “*latosos*” tanto en su casa como en la escuela, Verduzco (1992).

Una de las definiciones más recientes sobre este trastorno es la de Gratch (2000), “El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno del desarrollo con una base etiológica-biológica, que se presenta en una marcada predisposición hereditaria con fuertes consecuencia negativas en el ámbito del aprendizaje y la conducta que produce como efecto secundario un fuerte daño en la **autoestima** y cuyo grado de afectación en cada individuo dependerá de su historia personal y familiar y de la modalidad de crianza que haya tenido”; p. 182.

Este trastorno en los niños era diagnosticado hace años como: Lesión Cerebral Mínima, Síndrome Hiperquinético, Retraso en su Maduración y Disfunción Cerebral Mínima. Actualmente de acuerdo a los criterios del DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), es conocido como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y en los últimos años el diagnóstico es más preciso y diferencial, por lo que es dividido en tres tipos: TDAH tipo combinado, TDAH tipo predominante hiperactivo-impulsivo, y TDAH tipo predominante inatento.

Cuando el niño es diagnosticado con TDAH, los especialistas inician tratamiento farmacológico y psicopedagógico, por el efecto que tiene este padecimiento en su rendimiento escolar, sin embargo, muy pocas veces se le da la importancia al estado de ánimo del niño y el concepto que se va formando de sí mismo cuando constantemente es criticado y corregido por su comportamiento.

La autoestima como condición valorativa se relaciona estrechamente con el concepto de sí mismo o self, por lo que se puede asegurar que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, autoconcepto o autoimagen, (Vite, 1986).

El concepto de sí mismo (self), se define como las actitudes, sentimientos y percepciones de una persona hacia sí misma, es la suma total de todo aquello que el individuo puede llamar propio (en Senties, 2003).

Para Lila (en Cava, 2000), la autoestima se presenta como la conclusión final del proceso de autoevaluación y se define como la satisfacción principal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación.

Branden (1993), menciona que la autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno y comprende mucho más que ese sentido innato de autovalía que se supone que es nuestro derecho al nacer. Es la confianza en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos básicos de la vida, es la confianza en el derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de poder afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. Considerar la trascendencia de la autoestima en el desarrollo de la persona conlleva a aquilatar su importancia en la formación de esta.

Coopersmith (1981), ha definido la autoestima como “la evaluación que hace constantemente el individuo en relación consigo mismo, expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo exitoso y valioso. En suma la autoestima es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo es una experiencia subjetiva que el individuo comunica por medio de informes verbales y otros comportamientos” p. 84 (en verduzco y Lara, 1989).

El desarrollo de la autoestima está estrechamente ligado en la forma como el niño es tratado en su núcleo familiar y no a aspectos como la inteligencia, el nivel socioeconómico, también asegura que la etapa clave para el desarrollo de la autoestima esta en la infancia, en el seno familiar en esta etapa los niños comienzan a adquirir conceptos como si son tontos o listos, buenos o malos, si son capaces o no, etc., forman imágenes de sí mismos lo que les gusta de su persona o lo que no les gusta, todo esto basado en la manera en que son tratados por los otros que son significativos para ellos Coopersmith (en Verduzco y Lara, 1989).

Cuando el niño con TDAH, asiste la escuela, posiblemente su incapacidad para satisfacer las demandas académicas, genera conductas o problemas secundarios, como son: depresión, enojo, agresividad y/o baja autoestima.

La baja autoestima juega un papel importante en el desarrollo del niño en la escuela ésta puede verse afectada de diversas maneras. La mayoría de ellas involucra situaciones embarazosas para el niño.

Por ejemplo, algunos maestros hacen que repitan grado escolar debido a su incapacidad, esto les provoca una baja autoestima al ver que sus compañeros de su grupo avanzaron a otro grado, y que ellos aún por haberse esforzado no lo hicieron, además son objetos de burlas todo esto es un indicador para ellos de su ineptitud (Pini, 2001).

Los niños en la etapa escolar retoman los comentarios que les ayudan a autoevaluarse socialmente.

Por lo antes mencionado, el interés del presente estudio radica en la importancia de la autoestima en el niño principalmente cuando sufre TDAH, el estudio incluye una revisión de los antecedentes de autoestima y TDAH, en cuanto al segundo término se expone prevalencia, etiología, diagnóstico, tipos de tratamiento, sugerencias y finalmente la metodología aplicada para concluir el estudio.

CAPITULO I

EL NIVEL DE LA AUTOESTIMA EN EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1.1 ANTECEDENTES

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se ha estudiado de acuerdo a diferentes contextos sociales, puntos de vista y épocas , por lo cual se le ha dado diversos nombres y se le puede encontrar como “trastorno posencefálico de la conducta”, “*daño cerebral mínimo*”, “*disfunción cerebral mínima*”, “*síndrome hipercinético*”, “*hiperkinesis*”, “*niños hiperactivos*”, en la actualidad se continúan realizando estudios al respecto y aunque persisten las discrepancias entre los diferentes estudiosos del tema, actualmente se le denomina de manera general como TDAH.

El estudio de este fenómeno tiene sus orígenes en 1845 con Henrich Hoffman un novelista alemán que publicó un libro de cuentos infantiles con un dibujo que muestra claramente la conducta de un niño, al cual llamo “*Zappel Philipp*”, esto significa Felipe el Travieso, este, se encuentra sentado en una silla, frente a una mesa, tira del mantel y hace caer todo lo que estaba encima de él, observo que algunos niños presentaban características similares de conducta, por lo que le llamó el trastorno de Hoffman, cuando los menores realizaban comportamientos similares a *Felipe el Travieso* (Grau & Meneghello,2000).

Sin embargo, las primeras descripciones clínicas del síndrome de lo que hoy se conoce como TDAH, son atribuidas a Still (1902). Posteriormente, Ireland (1877), en su libro *Medical and education treatment of various forms of idiocy*, anota la importancia de severa sobreactividad como síntoma del trastorno en niños difíciles, sin embargo es importante establecer que este es un signo que en un primer momento fue considerado básico para establecer una primera impresión de la presencia de este trastorno (Servera, 2000).

Así pues, Bourneville en 1897, lo describe como el “Niño inestable”, el cual se caracteriza por su intranquilidad y destructividad, de gran sugestibilidad y con escasa capacidad para controlar sus impulsos (en Benjumea & Mojarro, 1992).

Posteriormente en 1905, Philippe y Paul Boncour en su trabajo de las *Anomalías mentales de los escolares*, determinan un tipo opuesto al asténico (menor con poco movimiento), en el cual los niños son revoltosos y difíciles de tratar, estableciendo diferencia de los turbulentos epileptoides en donde destaca de estos la inestabilidad motriz y psíquica (en Benjumea & Mojarro, 1992).

Still (1902), fue un famoso pediatra británico, que describió a un grupo de sujetos pediátricos de característica comunes a los que llamó “un defecto de control moral”, estos niños tenían serias dificultades académicas sin presentar impedimento general del intelecto ni un trastorno físico (Saucedo y Maldonado, 1998).

Por lo que, es el primero que hace la descripción más exacta y aproximada de lo que se conoce de este trastorno, así pues, se describe al menor con temperamento violento, desenfrenadamente revoltoso, perverso, destructivo, con ausencia de respuesta a los castigos, frecuentemente inquieto y molesto, mostrando movimientos inestables con incapacidad para mantener la atención, y como consecuencia fracaso escolar, también observó que es más frecuente en los varones que en las mujeres.

Por su parte Tredgold en su libro *Mental Deficiency* (1914), describe a estos niños dentro del grupo de deficientes mentales, incapaces de recibir beneficios de las enseñanzas ordinarias que se les da en el colegio, pero capaces de progresar con atención individual y clases especiales.

Estos menores exhiben otros rasgos en la hiperquinesia: tamaño anormal y forma de la cabeza, anomalías en el paladar, pobre desarrollo en coordinación, disminución o excesivo nivel de actividad, inatención y distractibilidad y algunos de ellos muestran desobediencia, conducta antisocial o criminal (Grau & Meneghello, 2000).

En 1929, después de una epidemia de encefalitis letárgica, algunos de los niños que se recuperaron de la enfermedad presentaban un síndrome de conducta hiperactiva que se definió como “impulsividad orgánica (Solloa, 2006).

Kahn y Cohen en 1934, describen el término como “síndrome de impulsividad orgánica”, donde las características psicopatológicas principales que presentaban los niños eran: hiperactividad, impulsividad, conducta antisocial y labilidad emocional. Estos trastornos eran consecuencia de alteraciones en organización del tronco cerebral causado frecuentemente por traumas, encefalopatía prenatal, daño en el parto o también, debido a un defecto congénito en dicho tronco cerebral, afectando a la organización de la modulación del nivel de la actividad. Estas alteraciones en tronco cerebral darían lugar no sólo a hiperactividad sino también a individuos con personalidades psicopáticas. Según ellos este déficit era demostrable por signos neurológicos menores (Juárez, 2004).

Con la aparición del libro de J. Abranson *El niño adolescente inestable*, el síndrome de la inestabilidad psicomotriz toma solidez definitiva para estos niños, por otro lado Loretta Bender en 1942 denomina al síndrome postencefalítico como “Reacción de personalidad de tipo psicopático con hiperquinesia”. Define el cuadro en términos de impulsividad orgánica cuyo origen estaría en el tronco cerebral. Más tarde describe postencefalitis poniendo gran énfasis en el problema perceptivo, influenciada por la psicología Gestalt y defendiendo así la hipótesis de un retraso madurativo que implica una disfunción y no un daño cerebral. Brandley en 1950, fue el primero en emplear anfetaminas en el tratamiento.

Byers y Lord (1943), en Boston observan que en los niños que habían padecido encefalitis, presentaban dificultades de aprendizaje, a pesar de tener una inteligencia normal además alteraciones sensoriales y motoras, dificultades en atención y déficit de razonamiento. Para Gibas en (1964), el 10% de los niños que sufrían encefalitis presentaban desórdenes de conducta. Por otra parte Sabatino y Gramblett (1968), encuentran significativa proporción de síntomas de síndrome hiperquinético en niños que habían padecido encefalitis en California (en Benjumea, 1992; p. 23).

Debido a la asociación de daño cerebral orgánico, el cuadro denominado “niño hiperquinético”, comienza a ser denominado con otras terminologías, donde se deja patente, de alguna forma, la base orgánica del proceso.

Brandley (en Solloa, 2006), fue el primero en emplear anfetaminas en el tratamiento al descubrir que dentro del grupo de pacientes que él atendía había un subgrupo con hiperquinesia y distractibilidad que respondía de manera paradójica a los estimulantes.

Laufer y Denhoff (1957), fueron los primeros en hacer una descripción sistemática del síndrome hiperquinético y en establecer la existencia de un componente fisiológico, en una época en la que se hacía énfasis en los factores psicodinámicos para explicar la psicopatología infantil (Solloa, 2006).

Estos autores explicaron que el síndrome era consecuencia de un defecto en el funcionamiento del conjunto de estructuras subcorticales que incluían tálamo, hipotálamo, subtálamo y epitálamo y concluyeron que el problema no se debía a un daño cerebral sino a una disfunción cerebral.

Para Velasco (1990), “la disfunción cerebral se refiere a ciertos síndromes cuya existencia es imposible negar, entendiendo por síndrome al conjunto de síntomas que caracterizan un cuadro patológico reconocible a diferencia de daño cerebral que ya esta identificado una lesión en el cerebro” p.18.

Clements y Peters (1963), consideran que existen algunas dificultades de interpretación para referirse al daño cerebral, como su nombre lo indica, se trata de la alteración de alguna función del cerebro y es de escasa magnitud. De tal manera, bajo este criterio se podrían designar diversos trastornos, como dislexias, temblor hereditario, algunos signos neurológicos leves o dislalias. Entendiendo por dislalias como un defecto en la articulación y fonético de tipo periférico (Uriarte, 1989).

Orden de mayor a menor frecuencia (Solloa, 2006) en 1966 Clements definió de una manera más específica el término daño cerebral por *disfunción cerebral mínima*, que prevaleció durante mucho tiempo, más tarde un psiquiatra mexicano Uriarte (1989), resalta que el término **mínimo** se refiere a que la alteración no implica funciones como déficit intelectual y/o parálisis cerebral.

Este concepto de daño cerebral trajo confusión, con los niños con daño cerebral puesto que estos últimos tienen una lesión cerebral, sin que pueda demostrarse tal daño y se acuñó el término de disfunción cerebral mínima que prevaleció por muchos años y que fue descrito en una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos Neurológicos con 10 características citadas en orden de mayor a menor frecuencia (Solloa, 2006).

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

En esta descripción no se distinguía entre los niños que cursaban únicamente con problemas de aprendizaje de los que padecían lo que hoy conocemos como trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDAH. De esta manera muchos de los niños que presentaban problemas académicos eran fácilmente diagnosticados con “disfunción cerebral mínima” (Solloa, 2006).

Estos conceptos de disfunción cerebral mínima como daño cerebral fueron foco de atención para posteriores investigaciones y en 1968, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III), se distinguió por primera vez la “reacción hiperquinética de la niñez” como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, destructibilidad y lapsos de atención cortos, especialmente en niños pequeños y se planteaba que los síntomas generalmente desaparecían en la adolescencia (Solloa, 2001).

Rodríguez (1971), al hablar de las perturbaciones en la motilidad refiere: “En idiotas e imbeciles es fácil observar una actividad inusitada (idiotas enérgicos) que no les permite estar quietos un momento (en Benjumea & Mojarro 1992; p. 25)”.

Este fenómeno está relacionado con una débil atención de los niños, puesto que la atención exige una cierta inhibición muscular. La capacidad de inhibición muscular aumenta con el grado de inteligencia y viceversa”. Por otro lado, describe la constitución psicodinámica del niño inestable como: Niños mentalmente normales, pero no pueden fijar su atención ni para oír, ni para comprender, ni para responder. Su espíritu salta constantemente de una cosa a otra. No pueden dominar todas sus actitudes, actúan sin preocupación. Son los niños llamados “Nerviosos” por sus padres e “indisciplinados” por los maestros. Su movilidad física, paralela a la psíquica, no resiste ninguna dirección.

En los años setentas se comienza a utilizar el término de “déficits atencionales” otorgando mayor reconocimiento a las características como la limitada capacidad atencional, la impulsividad, la distractibilidad y la baja tolerancia a la frustración pasan a ocupar el primer lugar, tanto en detrimento la sobreactividad motora, la torpeza, las disfunciones cognitivas graves o incluso las posibles lesiones o enfermedades asociadas. Finalmente en 1972, los trabajos de Douglas fueron decisivos para utilizar el término de Trastorno con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, en la comprensión, evaluación y tratamiento de este trastorno. Terminología que posteriormente asume el D.S.M. III de 1980, (Servera, 2002).

Posteriormente, en la revisión del DSM III-R aparecida en 1987 este trastorno lo agrupa en una sola categoría diagnóstica: “Trastorno por Déficit de Atención Hiperquinético”, dejando como categoría residual el trastorno atencional puro. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la salud en su última versión C.I.E.-10 toma esta misma línea de nomenclatura.

En Europa y especialmente en la comunidad psiquiátrica británica, se sostiene que los niños con TDAH, no son esencialmente diferentes de los niños que presentan trastornos de conducta y consideran que tienen el mismo desorden pero con diferente grado de severidad.

Abdikoff y Gittleman, en 1985, encontraron que 50% de los pacientes con TDAH desarrollaban trastornos de conducta en la adolescencia y de éstos, dos terceras partes presentaban abuso de alcohol o drogas.

Más reciente la Organización Mundial de Salud (OMS), en su Manual Diagnóstico CIE-10, postulo que la hiperquinesia y la inatención son los síntomas centrales del trastorno (Solloa, 2006).

Una de las definiciones más actuales es la de Gratch (2000), que define al TDAH como “un trastorno de base neurológica o neuroquímica aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yoicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá o no un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno” p. 17.

Actualmente los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ofrecen una revisión de los criterios del DSM-III-R respecto a los trastornos de conducta perturbadores. En lo que se refiere al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los criterios son más específicos y se ha clasificado de la siguiente manera:

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo combinado:

cuando las características más importantes son la inatención, hiperactividad e impulsividad.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo predominante hiperactivo-impulsivo:

cuando las características más sobresalientes son la hiperactividad/ impulsividad.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo predominante inatento:

cuando las características más predominantes es la falta de atención.

Finalmente Barkley (en Servera, 2002), véase tabla 1 resume las principales características de las épocas como se fue desarrollando el concepto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Tabla 1
Desarrollo Histórico del Trastorno por Hiperactividad

Periodo	Hechos destacados
La época del daño Cerebral (de 1902 hasta los 50)	-El "síndrome de Still "(1902) -La epidemia de encefalitis de 1917 y su relación con la hiperactividad. -El síndrome del daño cerebral mínimo. -El descubrimiento del metilfenidato como fármaco útil. -Los primeros tratamientos psicoeducativos
La edad de oro de la hiperactividad (los años 50 y 60)	-El trastorno hiperkinético: la reacción de la psicología conductual norteamericana contra el "modelo médico" -La conceptualización en términos de conducta manifiesta alterada. -La escuela inglesa permanece más fiel al "modelo biológico"

Fuente: Barkley 1998.

Esta tabla presenta de manera sintetizada el desarrollo del concepto del TDAH destacando en los años 50's el inicio de tratamiento farmacológico como es el metilfenidato, época en la que se empezó a destacar los primeros tratamientos psicoeducativos.

La hiperactividad se manifiesta de diferentes maneras, con movimientos imperceptibles como mover un pie o estar golpeando la mesa con el dedo, movimientos de coordinación gruesa y algunos presentan verborrea que se manifiesta a través de habla excesiva, rápida y con múltiples tropiezos.

Orjales, (2002) resume las conductas hiperactivas más frecuentes que son: Movimientos constantes de manos y pies, se levanta constantemente, corretea por todos lados, le cuesta jugar a actividades tranquilas, esta activado como si tuviera un motor, habla en exceso.

En el 2000 Grau & Meneghello, (véase tabla 2) menciona que la pluralidad de la nomenclatura del TDAH ha sido el fruto de constantes investigaciones independientes en los campos de la neurología y de la psiquiatría infantil, esta terminología esta siempre basada en descripciones clínicas, generalmente relacionadas con la etiología, y que cada nueva nomenclatura se le adjudica la responsabilidad de la nosología.

Tabla 2

Terminología de los trastornos hipercinéticos

Hoffman- 1845	"Zappel-Philips"	
Bourneville-1897	"Niño Inestable"	
Still-1902	"Defecto de conducta moral"	
Estudio de deficiencia Mental Tredgold-1908	Estadio posencefalico Hoffman-1922	Estadios de traumatismo Cerebrales Stoker-Ebaugh-1925
<i>Hiperactividad en deficientes mentales</i>		
Kahn y Cohen-1934	Síndrome de impulsividad orgánica	
Bender-1942	Síndrome pos encefálico	
	Reacción psicopática con hipercinesia	
Strauss-1947	Lesión cerebral mínima	
Golinitz-1954	Síndrome hipercinético o trastorno de impulso hipercinético	
Clements y Perters-1962	Disfunción cerebral mínima	
DSM II-1968	Reacción hipercinética	
CIE-9 - 1978	Síndrome hipercinético	
DSM III- 1980	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad o sin ella.	
DSM III-R 1986	Trastorno del déficit de atención hiperactivo	
CIE 10 - 1992	Trastorno de déficit de atención y del comportamiento disruptivo	
DSM IV - 1992	Trastorno de déficit de atención y del comportamiento	

Fuente: Benjumea Pino y Mojarro Praxedes (1992:200-207)

Como se puede observar ha transcurrido medio siglo para que diferentes investigadores principalmente europeos llegaran a definir con un término más preciso este trastorno de acuerdo a sus características.

Así pues, el trastorno por déficit de atención se presenta como un trastorno crónico del desarrollo, que se caracteriza principalmente por una disminución en la atención, también se distingue por presentar dificultades en el control inhibitorio que se manifiestan con impulsividad conductual y cognoscitiva y por inquietud motora y verbal estas características según Reyes (2003), deben aparecer a edad temprana (antes de los siete años de edad) y no ser las que se consideran propias de la edad o nivel de desarrollo.

Otros autores como Carter CS Krener-Zamorano (2003), han llegado a la conclusión de que en el TDAH hay un compromiso selectivo en la actividad del hemisferio cerebral derecho, a la vez que demuestran un déficit de atención visoespacial lateralizado.

Para otros autores como Narbona-García y Sánchez Carpintero en Reyes Zamorano (2003), los rasgos clínicos del TDAH parecen reflejar una disfunción temprana del funcionamiento ejecutivo que involucra el circuito del tálamo estrío frontal (pues los pacientes presentan déficit de control inhibitorio), en la flexibilidad cognoscitiva en la memoria de trabajo, en la autorregulación motivacional y en la atención durante el proceso de información.

1. 2 ETIOLOGÍA DEL TDAH

Cuando el niño es diagnosticado con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la inquietud de los padres y maestros es saber de dónde se deriva u origina tal trastorno, si está enfermedad puede ser heredada, aprendida, o es consecuencia de la dinámica familiar y si es esto lo que ha afectado el comportamiento del niño. El origen del TDAH ha sido tema de diversas investigaciones dando como resultado diversas teorías.

Alves distingue dos concepciones etiológicas: la que defiende el síndrome como un trastorno de personalidad, en la que entrarían las primeras manifestaciones moralista (originarias del tiempo de Still, 1902) y posteriormente las doctrinas psicodinámicas. La otra consiste en una concepción psico-organica que considera estos trastornos como una afección cerebral (en Grau & Meneghello, 2000).

También considera no dejar de citar la etiología genética. La hipótesis de una transmisión genética en base de los TH (Trastornos Hiperactivos) ha sido desarrollada a partir de los estudios de familias de niños hiperactivos. Cantwell (en Brown, 2003), ha encontrado en una revisión de estudios del área, los siguientes resultados:

- a) Antecedentes de Hiperactividad en los padres.
- b) Alta prevalencia de una mala adaptación social, con predominio de alcoholismo, depresión y comportamiento antisocial.
- c) Relación defectuosa entre los niños adoptados y sus padres adoptivos.

Por otra parte Siedman y col. (1995), consideran importante “ la historia familiar de padres con trastorno hiperactivo en la infancia, predice los déficits neuropsicológicos en sus hijos lo que puede ser una de las causas del trastorno hiperactivo en ellos (en Brown, 2003; p.21)”.

Hernández (1989), en un trabajo sobre las hipótesis etiológica de la hiperactividad ha destacado la posibilidad de los factores familiares. El consideró una Hiperactividad en el comportamiento como respuesta cuando los padres solo se ocupaban del niño cuando éste se mostraba hiperactivo, o demandante de lo contrario no le prestaban atención. Presentándose con mayor frecuencia en las madres deprimidas y solteras (en Arellano, 2006).

Tras las aportaciones de Clements en 1962, un grupo de estudios se reúne en Oxford en el mismo año para examinar el concepto “Minimal Brain Dysfunction” (M.B.D.), un año más tarde en E.E.U.U. se establecen dos agrupaciones. La primera dedicada a estudiar la terminología e identificación de M.B.D. (Disfunción Cerebral Mínima), la segunda se encargaba del diagnóstico. La primera agrupación, adoptando la terminología M.B.D. anotaba aproximadamente 100 signos y síntomas, dentro de la literatura, exhibida por niños con este diagnóstico en 1966 (en Benjumea & Mojarro 1992; p. 28)

Después de esta aportación el Departamento Americano de Salud, Educación y Bienestar define el término “Minimal Brain Dysfunction”, referido a niños de inteligencia cercana o por debajo al concepto medio con ciertas dificultades de aprendizaje y conducta que van de un rango de media a severa lo cual está asociado con desviaciones del Sistema Nerviosos Central (S.N.C.). Estas desviaciones pueden deberse a alteraciones en la percepción, lenguaje, memoria, control de atención, impulsos y función motora.

Todas estas alteraciones estarían desencadenadas por variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, insulto cerebral perinatal u otras enfermedades o daños mantenidos durante los años que son críticos para el desarrollo y maduración del S.N.C. o bien por causas desconocidas.

Uriarte (1989), explica que existen factores como la herencia, seguido por el neurológico y por último los factores ambientales. También sugiere la existencia de una mayor prevalencia de trastornos de estados de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de aprendizaje y trastorno antisocial de la personalidad en miembros de la familia con trastorno de atención con hiperactividad.

Velasco (2000), menciona de manera general tres causas que frecuentemente afectan a los niños con TDAH (conocido en ese tiempo como hiperquinesis).

a) Las que afectan al producto mientras que permanece en el útero (prenatal). Dentro de algunos de los factores que afectan durante el embarazo (preparto), son las infecciones de la madre principalmente rubéola o toxoplasmosis. La anoxia del producto *in útero* producto generalmente por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infarto placentario, etc.

b) La exposición a los rayos x, los disturbios metabólicos ocasionados por alguna enfermedad específica de la madre como puede ser la diabetes mellitus o también problemas con el factor Rh (causa de kernicterus).

c) Otros factores que puede incrementar el riesgo de presentar hiperquinesis es la ingesta de fármacos posiblemente los teratogénicos (como antibióticos, anticonvulsionantes, etc.), principalmente en el primer trimestre de gestación, ya que este es el periodo más frágil de desarrollo humano, en este tiempo se forma la mayoría de las estructuras tanto cerebrales como extracerebrales.

La duración del embarazo es un factor importante en la presentación de este trastorno, se encontró que en los niños prematuros antes del año ya presentaban los síntomas de un niño hiperquinético, sin embargo, posteriormente mostraron el curso del padecimiento de tipo decreciente.

Durante el parto (periparto y factores perinatales). Los más comunes son: la anoxia producida regularmente por la obstrucción respiratoria, el mal uso de sedante y anestésicos administrados a la madre (atelectais), placenta previa e hipotensión pronunciada. Otros factores pueden ser el manejo inadecuado del fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea e inducción con ocitócicos.

En términos generales se acepta que este segundo grupo son las causas más importantes y frecuentes (70 a 80 % de los casos), en tanto que las prenatales se presentan en un 10 a 15 % y el porcentaje total actúan durante la vida extrauterina.

Las que afectan al niño después del nacimiento (posparto). Dentro de las causas postnatales las enfermedades infecciosas frecuentes que amenazan durante los primeros meses de vida son: la tosferina, el sarampión, la escarlatina, neumonía, encefalitis y la meningitis.

Cabe mencionar que anteriormente a “los niños que sufrían este síndrome se les llamaba inicialmente postencefálico, debido a la frecuencia con que se encuentra la encefalitis como antecedente, dentro de estas mismas causas postnatales se encuentran los traumatismos craneanos, secuelas de vidas a incompatibilidad del factor Rh, neoplasias cerebrales y anoxias accidentales pasajeras”(Velasco, 1990, p.26).

Estas múltiples causas del TDAH hace pensar que este trastorno es multifactorial por que presenta indicadores a nivel cerebral, conductual, social, hereditarios, etc.

Es importante llevar a cabo un historial clínico para conocer la causa de este trastorno y darle un buen tratamiento para disminuir complicaciones en los infantes.

El lugar anatómico donde frecuentemente llegan a tener una principal disfunción es la corteza cerebral, alterando su capacidad de inhibir otras estructuras no corticales, al no haber un equilibrio del funcionamiento de otros centros, como resultado no habrá una adecuada organización de estímulos y respuestas.

El daño cerebral es resultado de afectaciones difusas, relativamente permanente y más o menos irreversible de la función de los tejidos cerebrales. Tal afectación puede ocurrir como consecuencia de anomalías craneales congénitas, lesiones cerebrales prenatales y perinatales, alguna infección del sistema nervioso central, traumatismo cerebral, de trastornos convulsivos, alteraciones del metabolismo, del crecimiento, de nutrición, de neoplasias y algunas enfermedades degenerativas que pudiera heredar.

Se han planteado hipótesis, intentando comprobar que el factor hereditario, también tienen que ver con este trastorno. Esto ha surgido al encontrar que el padre presentó los mismos síntomas de pequeño, así que debido a que el síndrome se presenta con mayor frecuencia en varones se pensó que la transmisión genética se lleva a cabo por medio de un cromosoma sexual, sin embargo Warren y col., encontraron que no había ninguna anomalía en los cromosomas (Solloa, 2006).

Servera (2002), menciona que en los últimos años la genética, como en casi todas las áreas psicopatológicas, ha ganado un peso sustancial. Se sabía que las probabilidades de encontrar parientes cercanos de niños con TDAH que padeciesen el trastorno eran bastante elevadas (entre 10 por 100 y el 35 por 100).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es más frecuente entre los padres y hermanos de los niños diagnosticados con este trastorno que en los niños sin él tDAH, la prevalencia de antecedentes de TDAH en la infancia según el estudio familiar del trastorno por déficit de atención con hiperactividad de Romero (2002) en los familiares de 52 niños y 26 sin TDAH fue de 23.1%.

Entre los padres de los niños con TDAH que entre los padres de los niños sin TDAH con los hermanos en edad escolar de los niños su prevalencia fue de 22%, encontraron que las madres de las niñas con TDAH tuvieron la mayor prevalencia del trastorno en un 50%.

El trastorno de TDAH tiene una prevalencia que varía entre 2% de los niños de la población general, hasta 20 y 50 % entre los niños atendidos en los servicios de salud mental, datos según Romero (2002).

Solloa (2001), considera que en el ser humano las lesiones específicas o generalizadas, provocadas por infecciones como encefalitis o traumatismos craneoencefálicos, pueden producir un síndrome hiperquinético. De lo anterior se deduce que el TDAH podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo. Se sabe que los niños que padecen este síndrome presentan con mayor frecuencia que la población normal antecedentes de dificultades durante la gestación así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas durante los primeros años de vida.

Para Hauser (1993) demostró que una rara forma de TDAH se asociaba con la mutación del gen receptor de la tiroidea, donde los niveles de hormona tiroidea estaban asociados con síntomas de hiperactividad e impulsividad de acuerdo con el DSM IV. Existen estudios moleculares del TDAH que se han enfocado a los genes de las vías catecoaminérgicas porque estas intervienen en el trastorno.

Garcell y Cols (en Reyes Zamorano, 2003) en una investigación realizada en México, concluyeron que los niños con TDAH pueden mostrar características de retraso o de desviación en el desarrollo de la actividad cerebral.

Para Hernández (en Velasco, 1990; p.55), las actividades theta o alfa en los niños con TDAH son llamadas inmadurez electroencefalografía porque consiste en un aumento global de la actividad, que frecuentemente se asocian con un ritmo de fondo occipital, ligeramente más lento al ritmo normal asociado con la impulsividad.

La impulsividad se puede definir como una deficiencia en la inhibición de la conducta, manifestada como “actuar sin pensar”, esto es, el niño entra de lleno a resolver problemas sin antes planear hacerlo (Wicks-Nelson,1977) (en Arellano,2006) este tipo de conducta se observa a los niños impacientes, no saben respetar turno, no respetan las reglas del juego, son bruscos, es frecuente que interrumpen una conversación, inician una actividad antes de que se den las instrucciones, este tipo de conductas los llevan a actuar sin contemplar las consecuencias; p.18.

Orjales (2002), hace la distinción entre dos tipos de impulsividad: la primera es “estilo cognoscitivo impulsivo” que se caracteriza en la rapidez, inexactitud y pobreza de percepción y análisis de la información que se da en los niños con TDAH cuando se enfrentan a tareas complejas.

La segunda es la que se encuentra ligada a la falta de control motriz y emocional que conducen al niño a pensar antes de evaluar las consecuencias de sus acciones llevadas por un deseo de gratificación inmediata siguiendo la frase “DESEO Y ACTUO”p.20.

Se puede resumir que la impulsividad corresponde a las siguientes características: Se precipitan en responder antes de que haya completado las preguntas, tiene dificultad para guardar turno, suele interrumpir o se inmiscuye en actividades de otros.

Para Bresnahan y cols. (en Reyes- Zamorano, 2003) existen niños con TDAH pertenecientes al subgrupo mixto del DSM IV que se caracterizan por tener un exceso de actividad beta de predominio frontal y que estaban más propensos a los berrinches y a la labilidad emocional.

Desde el punto de vista electroencefalográfico, la presencia de actividad theta casi generalizada y la delta en las regiones frontales se relaciona significativamente en el aumento de una ejecución mala (Reyes-Zamorano, 2003 p.13).

De acuerdo a los aspectos etiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), aún no están debidamente aclarados, y al parecer estaría involucrada una amplia variedad de factores psicológicos, biológicos y socioculturales, (Reyes-Zamorano, 2003).

Por lo tanto de acuerdo a los estudios mencionados la etiología del TDAH, se debe a diversos factores tales como variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, y lesiones neurológicas ocurridas durante el desarrollo del niño, así como la maduración del Sistema Nervioso Central. Es por ello que a través de la elaboración de la historia clínica del niño sea posible detectar algunos de estos aspectos involucrados en el origen y desarrollo de este padecimiento para tener una cobertura amplia y poder realizar un diagnostico con ayuda del médico, neurólogo, paidopsiquiatra y psicólogo.

1.3 SINTOMATOLOGÍA

La hiperactividad infantil es clasificada como un trastorno de conducta, de origen neurológico que no siempre evoluciona favorablemente y tiene como característica principal un constante movimiento que presentan los niños en cualquier lugar estando de un lado a otro están balanceando los pies o manos en caso de estar sentados, o volteando a cualquier punto distractor sin ningún propósito hablan constantemente sin importarles si interrumpen, pero también los niveles sensoriales están afectados, pareciera que el niño es obligado a estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el exterior como desde su propio medio interno.

Cabe suponer que el hambre, el dolor, la sed y otros estímulos internos tienen mayor intensidad en éstos niños y le exigen una satisfacción inmediata (Velasco, 1990; p.30).

Puede haber también trastornos en el sueño, además de presentar destructividad y agresividad, aunque no en todos los casos. La forma más clara de su agresividad es pateando, empujando o gritando a la hora del juego, ya sea con compañeros o amigos cuando no le hacen caso o le ganan en algún juego.

También se manifiesta en los juegos simbólicos, aventando los juguetes, remarcando o destruyendo sus dibujos.

En otras ocasiones puede ser agresivo sin algún detonador especial o exagerando a un estímulo que le moleste, pero también con los animales puede desquitar su coraje o ira. La destructividad va acompañada de agresividad que puede observarse en el manejo de sus juguetes que terminan averiados, incompletos, o simplemente destrozados sea con sus propias manos o con algún otro objeto.

El niño con este trastorno o síndrome no siempre es detectado a tiempo, porque pueden pasar como niños “traviesos”, “inquietos”, propios de la edad de cualquier niño de 8 a 10 años. Sin embargo, existen otros factores peculiares que distinguen a estos niños con este trastorno, algunas de las características son:

La inatención o la dificultad para sostener la atención por un período.

- La impulsividad.
- La hiperactividad (en algunos casos).
- La dificultad para postergar las gratificaciones.
- Los trastornos en la conducta social y escolar.
- La dificultad para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales.

Uriarte (1989), clasifica los síntomas mencionados como primarios y secundarios que son los siguientes: mitomanía, egoísmo, depresión, sentimientos de culpa y baja autoestima.

Saucedo y Maldonado (1998), también consideran como síntomas primarios la impulsividad, inatención e hiperactividad; y clasifican como síntomas secundarios los que se presentan en diversas áreas de la vida del niño a nivel conductual, social y emocionalmente.

A continuación se describen a estos síntomas:

Síntomas primarios:

Hiperactividad

La hiperactividad se expresa más abierta cuando empiezan a caminar ya que es difícil que se mantengan quietos y se manifiesta con conductas como correr, saltar, trepar y cuando están sentados mueven sus piernas o se mecen en la silla, cuando ingresan a la escuela no pasan desapercibidos ya que tienen dificultad para estar solo en su lugar, se paran a o se salen del salón y molestan a sus compañeros.

Albores (en Servera, 2002), menciona que es importante distinguir este tipo de hiperactividad, de la inquietud y curiosidad naturales en un niño normal, ya que en el TDAH se encuentra sumamente acentuada y exagerada; y esta se presenta en el hogar, en la escuela y en lugares públicos.

Impulsividad

La impulsividad se manifiesta como impaciencia e intolerancia ya que lloran, explotan y se enojan fácilmente cuando se les niega algo (baja tolerancia a la frustración), son arriesgados actúan sin pensar las consecuencias por lo que no miden el peligro como tal sufren accidentes, fracturas, atropellamientos, quemaduras y en algunos casos lastiman a otros.

Inatención

Se manifiesta como una dificultad para concentrarse y mantener la atención en situaciones académicas, ocupacionales o sociales, esto se debe a que se distraen fácilmente con cualquier estímulo. Los padres llegan a pensar que están sordos ya que les hablan y pareciera que no escucharan. Suelen ser desorganizados por lo que en la escuela no anotan la tarea, sus cuadernos presentan trabajos incompletos al igual que sus apuntes, no hay secuencias en sus apuntes, extravían sus útiles.

Síntomas secundarios

Los síntomas primarios antes mencionados son considerados de acuerdo al criterio del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales IV (DSM-IV)* que son hiperactividad, impulsividad e inatención, sin embargo, Saucedo y Maldonado (1998), consideran que de acuerdo a la experiencia clínica los niños con TDAH manifiestan otros síntomas no menos importantes pero que al tomarlos en cuenta ayudan a complementar las manifestaciones clínicas que permiten llegar a un diagnóstico, las cuales se describen más adelante.

Síntomas emocionales

Debido a que se trata de niños que son hipersensibles en su temperamento tienen dificultades para regular tal hipersensibilidad, al igual que sucede con su hiperactividad e impulsividad, lo que trae como consecuencia respuestas emocionales exageradas e inadecuadas a los diversos estímulos ambientales en la mayoría de los casos. Se puede hablar entonces de los siguientes síntomas: Labilidad de afecto, baja tolerancia a la frustración, poca sensibilidad al dolor, anhedonia o dificultad para lograr la satisfacción o placer.

Síntomas sociales

Estos son las dificultades y limitaciones que presentan estos sujetos para desenvolverse en un ambiente y relacionarse con los demás, y los clasifica como: resistencia a las exigencias sociales, tendencia a la independencia, conducta dominante, dificultad para integrarse en grupos y dificultad para captar las señales sociales.

Síntomas cerebrales

En algunos casos el electroencefalograma y la tomografía generalmente no manifiestan evidencia de daño cerebral, estos niños tienden a presentar alteraciones perceptuales (confusión, rotación e inversión de letras y figuras, dificultades figura-fondo, o de percepción profunda; confusión respecto de la posición y posturas del cuerpo), en la secuencia, abstracción y organización de la información, en la memoria, en el lenguaje y en la coordinación motriz, que son detectados con ayuda de pruebas psicológicas como Bender, Frostig, Reversal y WISC entre otras.

Síntomas familiares

Desde que nace y a lo largo de su desarrollo, el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad provoca una serie de sentimientos y reacciones en los padres y hermanos que a la larga se transforman en patrones específicos en las relaciones intrafamiliares. Estos se dividen en tres áreas: las reacciones de los padres, las de los hermanos y aquéllas del sujeto mismo.

Los padres de familia con las constantes demandas de atención y paciencia que solicita el niño llega a cansarlos física y emocionalmente, además de crear un tensión familiar si se desconoce cómo manejar la situación; con los hermanos se presentan continuas discusiones que pueden terminar en agresiones físicas o verbales y el propio niño con TDAH al no entender que le pasa o porque tiene diferentes comportamientos se muestra confundido, desadaptado, triste, agresivo, o aislado. “El niño hiperactivo se caracteriza por una desorganización personal interna y externa, lo que hace que le resulte más difícil comportarse de forma autónoma”(Orjales, 2002; p.42).

Servera (2002), considera como sintomatología asociada: los trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje, déficits cognitivos y trastornos emocionales. Menciona que aproximadamente entre el 40 % y el 60 % de niños con TDAH también presentan suficientes elementos para recibir el diagnóstico de negativismo desafiante o incluso trastorno disocial (Barkley, Dupaul y Murray, 1990; Biederman, Faraone y Lapey, 1992; Eiraldi Power y Nezu; 1997), se describirá más adelante de manera breve estos dos diagnósticos.

Dependiendo de la intensidad y frecuencia de los síntomas que presente el niño el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) clasifica el TDAH en subtipos.

1.4 SUBTIPOS DEL TDAH

De los cuales se puede decir que aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones.

El subtipo apropiado para un diagnóstico actual debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos seis meses, de acuerdo al DSM-IV, los cuales se clasifican con letra y número de acuerdo a los ejes del DSM-IV:

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

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

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

1.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es un aspecto básico, en el estudio del cuadro clínico que presenta el paciente; evaluar, valorar y otorgar el tratamiento adecuado es fundamental. La entrevista inicial, historial clínico, examen neurológico, así como los test psicológicos, en su totalidad van a permitir asignar un dictamen certero.

Ávila (2002), menciona la importancia de rescatar la confianza, seguridad, y respeto en el niño con TDAH para su integridad personal que facilite incorporarse a la sociedad. Un adecuado diagnóstico y acertado tratamiento es prioritario.

En primera instancia la entrevista clínica es la apertura que brinda un panorama a **grosso modo** de cómo están viviendo el problema, tanto el paciente como la(s) persona(s), que lo acompañan.

Los criterios que enumera el Manual Estadístico DSM IV 1995, para establecer un diagnóstico descriptivo en los casos en los que se sospeche exista un trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son:

1.-La detección a partir de la observación:

La detección precoz de un niño al cual se sospeche que presenta TDAH, tendrá que realizarse no solo a nivel de gabinete, si no también empíricamente a través de la observación, de los logros en el desarrollo motor, cognoscitivo, y socio-emocional tanto en el hogar como en el aula.

Esta detección deberá hacerse con reservas ya que en los primeros años de vida del niño su desarrollo suele ser constante y en algunos casos discrepantes. Los indicadores que pondrán en alerta a los padres y maestros son:

En el Hogar

- Pobreza en el contacto visual.
- Impulsividad.
- Inquietud constante.
- Atención a varios estímulos a la vez.
- Trastorno del sueño y la alimentación.
- Incomprensión de órdenes.

En el Aula

- Dificultades en la adquisición de la lecto-escritura y en el manejo de conceptos numéricos.
- Necesidad de supervisión constante.
- Incomprensión de instrucciones.
- Incapacidad para esperar turnos.
- Impulsividad.
- Inquietud (su actividad parece no tener objetivo).
- Manifestación inadecuada de la agresión.
- Memoria deficiente.

Actividades Cotidianas

- Incomprensión de cualquier correctivo.
- Falta de límites en donde se requiere de ellos.
- Deambulaciones sin objeto.
- Ansiedad extrema.
- Hiperverbalización.
- Falta de modulación en el tono de voz.

Estos datos recabados a través de la observación empírica son utilizados como referencia en la aplicación de la historia clínica, que contempla los rubros más importantes, los cuales son los siguientes:

Los antecedentes personales patológicos y no patológicos;
La historia del desarrollo psicobiológico;
La sintomatología actual ;
La exploración psiquiátrica;
La exploración física sobre todo la neurológica.

La detección a partir de pruebas psicológicas que evalúan áreas como el coeficiente intelectual (WISC-RM), estado emocional (pruebas grafo-proyectivas), de maduración viso-motriz (BENDER).

En la percepción visual (FROSTIG) ayuda, pero no existe un test que sirva por sí mismo para determinar si un niño padece TDAH. A continuación se describe en qué consiste cada prueba:

WISC-RM

El WISC-RM se utiliza básicamente para obtener un coeficiente de inteligencia, los apartados de inteligencia que conforman la prueba revelan indicadores que contribuyen en los procesos mentales superiores, incluye habilidad mental, uso de lenguaje, ejecución, o la reproducción de situaciones y objetos concretos.

GRAFOPROYECTIVAS

Estas pruebas se basan en el principio de proyección donde el niño proyecta su dinámica de personalidad que aporta elementos respecto a la maduración e imagen corporal sirve para corroborarse con datos de la prueba de Bender, FROSTIG y WISC-RM.

Los niños con TDAH dibujan la figura humana desarticulada líneas remarcadas o contornos confusos y sus historias son fantasiosas a veces negativas e inmadurez.

BENDER

El test gestáltico visomotor de Lauretta Bender ayuda a descubrir dificultades visomotoras, perceptuales y gestálticas mismas que se relacionan directamente con las dificultades académicas, sobre todo en la adquisición de la lectoescritura, además para detectar problemas emocionales.

FROSTIG

En este test se obtiene básicamente un cociente de percepción visual y arroja datos más finos de las constancias perceptuales, lo cual permite pronosticar dificultades de aprendizaje sobre todo en niños preescolares y escolares de primer año, además de ser de utilidad como elemento clínico, con niños de secundaria cuando existen trastornos graves de personalidad.

La evaluación neurológica es imprescindible, para descartar un daño neurológico.

A continuación se describen algunas pruebas que permitirán detectar signos neurológicos ligeros o blandos.

1.- PRUEBA DEDO NARIZ. Consiste en que el niño toque con el dedo índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador. Entre un movimiento y otro el examinador cambia de posición su dedo.

Habitualmente se comprueba las dificultades a que estos pacientes se enfrentan para conseguir resultados a penas regulares.

2.- HABILIDAD PARA MOVER LOS GLOBOS OCULARES. Frente a frente niño y examinador se le ordena que siga exclusivamente con los ojos un objeto, en diferentes sentidos. Por lo común, el niño que sufre disfunción cerebral muestra dificultad para hacerlo con éxito y tiende a mover la cabeza para seguir al objeto.

3.- PRUEBA DE TOCAMIENTO SIMULTÁNEO. Sirve para poner en evidencia la incapacidad de estos pacientes para diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le aplica al mismo tiempo en la piel. Por ejemplo, si acercamos a la piel del niño dos texturas una lisa y una rugosa no logra discernir la diferencia entre una y otra.

4.- PRUEBA DE SIMULTAGNOSIA. Se refiere a la dificultad para describir la acción representada en un cuadro. Quien la sufre puede nombrar los objetos que ve pero no es capaz de describir las acciones que realiza. La prueba que devela esta serie de dificultad, a veces presenta en los niños que padecen disfunción cerebral consiste en pedirles una descripción de lo que ve.

5.- PRUEBA DE DEAMBULACIÓN. Se trata de hacer caminar al niño con las puntas o los talones de los pies, pedirle que camine por una línea tocando con el talón de un pie la punta del otro, hacerlo caminar sobre un riel, etc. se muestra las limitaciones de estos niños comparados con otros de la misma edad.

6.- GRAFESTESIAS. Se trata que identifiquen la letra que en su espalda se traza con el dedo índice.

7.- PRUEBA DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE. Aporta datos acerca de la coordinación tanto movimientos gruesos (poderse quitar un suéter, zapatos, etc.) como los movimientos más finos (abotonarse, atarse los cordones de los zapatos, etc.).

8.- OTRA PRUEBA CONSISTE. En ordenar al niño que se sienta frente al examinador y flexione una pierna para que su talón toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo.

9.- PRUEBA DE MOVIMIENTOS COREIFORMES. Se le pide al niño que extienda hacia adelante los brazos con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados, puede observarse discretos movimientos coreiformes y accesorios (movimiento de pianista).

10. PRUEBA DE SINQUINESIA. Se denomina sinquinesia al hecho de que al intentar un movimiento más o menos complicado con un miembro (mano), se produzca al mismo tiempo movimientos parecidos e involuntarios en el miembro opuesto (mano contraria), entre los 6 y 7 años no debe existir la sinquinesia, se le ordena al niño que empezando por el dedo meñique, toque con la punta de uno de sus dedos de la mano derecha, la punta del dedo pulgar de la misma.

11.- PRUEBA DE ADIADOCOCINESIA. Es la dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos, es un síntoma que con frecuencia se presenta en los casos de disfunción cerebral. Acostados de cubito dorsal levantar el brazo izquierdo y la pierna derecha y después alternativamente los otros dos miembros.

12.- PRUEBA DE ESTEROGNOSIA. Es la facultad que se tiene de percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpamos pese a no verlos. Basta con poner en las manos del niño mientras que se mantiene con los ojos tapados ciertos objetos ya conocidos por el (monedas, llaves, goma, etc.) y pedir que los identifique.

13.- MOVIMIENTOS DE LA LENGUA. Se le pide al niño que trate de llegar con la punta de la lengua a la nariz, la barbilla y a ambas comisuras labiales (Velasco, 1995).

Criterios diagnósticos del DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) ofrecen una revisión de los criterios del DSM III-R respecto a los trastornos de conducta perturbadores.

En lo que se refiere al trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH, éste puede reunir unos criterios de predominio de la Inatención (sería el tipo 1), o predominio de la Hiperactividad-Impulsividad (sería el tipo 2), o bien reunir un tipo combinado los criterios de los dos primeros tipos (sería el tipo 3). Los criterios para la clasificación diagnóstica de estos tres tipos de TDAH, según el DSM-IV son: La desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

Criterios A (1) o (2)

1.-Se puede considerar que una persona presenta trastorno por déficit de atención con hiperactividad cuando se manifiestan seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo

Desatención:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas o actividades.

f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad:

a) A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.

b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.

c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera una moto.

f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades del otro (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)

Existen algunas consideraciones antes de tomar una conclusión en la valoración del niño, que se muestran a continuación.

B.-Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones y estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C.-Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela, en el trabajo y en casa)

D.-Deben de existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social académica o laboral.

E.-Los síntomas no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no explican mejor la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).Debido a la comorbilidad que tiene el TDAH se deben de tomar en cuenta las anteriores consideraciones para que el diagnóstico sea confiable.

Tipos:

Tipo combinado:

Si se satisface los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

Que contempla una desatención constante y una hiperactividad con impulsividad en un rango de seis meses.

Tipo con predominio del déficit de atención:

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

Se refiere a su poca atención que existe, aunque la hiperactividad e impulsividad no estén presentes.

Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Es cuando prevalece la hiperactividad con impulsividad aunque no haya problemas con la atención.

Benavides (2003), además de considerar los criterios del DSM IV, menciona que junto con las pruebas psicológicas es importante llevar a cabo entrevistas con el niño para incluir información acerca, del grado de conciencia de su situación, elaborar un historial médico completo y conocer los antecedentes del problema.

Es importante enfatizar que de acuerdo a Saucedo y Maldonado (1998), en la actualidad muchos países utilizan diferentes instrumentos con indicadores con las características del TDAH.

Dos de estos son: la escala de Connors para padres o maestros y la *escala de conducta del niño de Achenbach y Edelbrock*, desarrollada en Estados Unidos en 1983, ambos permiten evaluar conductas de un niño con TDAH sin embargo, para llegar a un diagnóstico se debe de apoyar en diferentes pruebas psicológicas, médicas y psiquiatras.

En México, en las clínicas y hospitales de salud mental, la mayoría de los psicólogos y psiquiatras que trabajan con niños y adolescentes, utilizan la clasificación de Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales IV, para elaborar el diagnóstico en los informes clínicos. Es importante conocer los aspectos desde la integración familiar, modos de convivencia, factores hereditarios, enfermedades, cuestiones del desarrollo en el aspecto psicológico y social (Maldonado y Saucedo, 1998)

La importancia de establecer un diagnóstico adecuado de acuerdo a los criterios que establece el DSM-IV es básico, por lo cual se habrá de realizar por medio de un equipo interdisciplinario integrado por: psiquiatra, neurólogo y psicólogo, del cual será la base para integrar un tratamiento adecuado para el niño con TDAH.

Respecto a la comorbilidad y al diagnóstico diferencial de la hiperactividad, hay que decir que ambos temas se hayan muy relacionados con otros dos trastornos de comportamiento incluidos en el DSM IV: el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. El primero se refiere a comportamientos hostiles hacia adultos o compañeros, molestar continuamente, desobedecer, etc. El segundo se caracteriza por la violación sistemática de normas sociales o los derechos de otras personas y aparece en el curso evolutivo de muchos niños con trastorno negativista desafiante (Servera, 2002). Solamente alrededor del 20% de niños hiperactivos manifiestan conductas antisociales, especialmente en la adolescencia, pero normalmente siempre antes se ha dado el negativismo desafiante. La hiperactividad temprana es factor que predispone a conducta antisocial en la adolescencia, pero de menor envergadura que el trastorno negativista.

1.6 TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL

Al ser diagnosticados los niños de TDAH reflejan algunas actitudes y conductas como enojos constantes, agresividad, actitudes de desafío que al evaluarse se encuadran con otro tipo de trastorno.

En el ámbito clínico, la APA (American Psychological Association) en 1984 en la tercera versión del manual del diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la clasificó dentro de los trastornos de conducta perturbadora, denominando a esta alteración como "Trastorno Oposicionista Desafiante".

En la actualidad, el DSM IV lo clasifica dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y se refiere a él como trastorno negativista desafiante.

Conforme lo establece el DSM IV el trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente del comportamiento oposicionista desafiante, hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses. Cerca del 60 % de los niños que padecen TDAH suelen presentar un trastorno negativista de la personalidad como comorbilidad asociada (Gratch, 2000; p.44).

La actitud negativista u oposicionista es muy común en los niños en edad preescolar a quienes se rehúsan a obedecer órdenes en un intento de autoafirmación (en Gratch, 2000; p.45) Sin embargo, esta actitud disminuye a partir de la etapa preescolar donde los niños van formando un nivel de conciencia. Por eso la importancia de señalar estos indicadores de actitud y conducta hostil de los niños con TDAH.

A continuación se presentan las características más importantes de este trastorno de acuerdo al DSM IV.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante:

Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 5 meses, estando presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos.

- a) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
- b) A menudo discute con adultos.
- c) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- d) A menudo se molesta deliberadamente a otras personas.
- e) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- f) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- g) A menudo es colérico y resentido.
- h) A menudo es rencoroso o vengativo.

Se debe considerar que se cumpla un criterio solo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo compatibles.

TRASTORNO DISOCIAL

El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad, social académica o laboral.

Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

Este suele ser un trastorno progresivo y termina incluyendo todos los ámbitos en los que se desenvuelve el sujeto, tales como el hogar, la escuela, el trabajo, los amigos, etc.

Para Gratch (2000), la diferencia fundamental con el trastorno negativista desafiante reside en que el trastorno disocial de la personalidad incluye la agresión física y/o el daño o la destrucción de propiedades ajenas. Para los individuos mayores de 18 años el diagnóstico de trastorno disocial solo puede ser hecho si no se cumplen los criterios de diagnósticos de la personalidad antisocial.

Anteriormente el trastorno disocial era conocido como “niños con problemas de conducta”, “pequeños delincuentes” y sociópatas. De acuerdo a los criterios del DSM IV se debe considerar para el diagnóstico el criterio F91.8 con los apartados (A), (B), y (C).

El apartado (A) dice “El trastorno disocial, es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en los que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad de sujeto, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos tenga un criterio, durante los últimos 6 meses.”

El apartado (B) Refiere que el trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica y laboral y el apartado (C) indica si el individuo tiene 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno antisocial de la personalidad (Gratch ,2000; p.47).

Se debe considerar el Criterio A en general en este trastorno como referencia para evaluarse. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: el primero es comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza a otras personas o animales, conocido como (Criterio A1-A-7)

Que específicamente se puede observar en las siguientes actividades:

Agresión a personas y animales

- 1.-A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- 2.-A menudo inicia peleas físicas.
- 3.-Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
- 4.-Ha manifestado crueldad física con personas.
- 5.-Ha manifestado crueldad física con animales.
- 6.-Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- 7.-Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

El segundo criterio conocido como comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daño a la propiedad o bien se conoce como (Criterios A8-A9) que se visualiza de la siguiente manera:

- 8.-Ha provocado deliberadamente destrucción de la propiedad
Incendios con la intención de causar daño grave.

9.-Ha destruido deliberadamente propiedades de otra persona (distinta de provocar incendios).

El tercer criterio es sobre fraudes o robos conocido como (Criterio A10-A12) que lo contemplan los siguientes aspectos.

(10) Ha violentado el hogar, casa o automóvil de otra persona.

(11) A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es "tima" a otros).

El cuarto criterio corresponde a violaciones graves de las normas, conocido también como (Criterios A13-A15). Que se refiere a los siguientes indicadores.

(12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p.ej. robo en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

(13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

(14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en hogar sustitutivo (o solo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).

(15) Suele hacerse la rata en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo (Gratch, 2000; p.46).

También es importante tomar en cuenta otros particulares para su historial clínico, tales como:

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características-criterio de trastorno disocial antes de los 10 años.

Tipo de inicio adolescente ausencia de cualquier característica-criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

De acuerdo al diagnóstico determinado se puede especificar la gravedad del trastorno, como leve, moderado o grave.

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento excedente de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento solo causan daños mínimos a otros.

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre “leve” y “graves”.

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de lo requerido para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daño considerable a otros.

Ha sido necesario mencionar estos dos trastornos porque en algunos casos el niño con TDAH puede presentar comorbilidad con el primer trastorno (Negativista Desafiante) y en el segundo caso es independiente del TDAH (Trastorno Disocial). Su acertado diagnóstico permite asegurar una adecuada intervención psiquiátrica, psicológica o pedagógica para reivindicarlo más rápido a todas sus actividades escolares, familiares y sociales. De ahí la importancia de contar con este para darle el tratamiento adecuado y específico.

1.7 TRATAMIENTO

Cuando el niño ha sido diagnosticado con TDAH debe desarrollarse un plan de intervenciones terapéuticas que incluya profesionales de distintas disciplinas como neurólogo, psicólogo, psiquiatra y maestros de educación especial, cada uno intervendrá de forma particular aportando sus conocimientos de acuerdo al problema específico del niño, considerando también su nivel evolutivo así como consistencia de los síntomas a través de diversas situaciones, además se debe tomar en cuenta la variabilidad de su conducta en distintos contextos (Brown, 2003; p.11).

También se debe de tomar en cuenta a la familia y a los maestros en el manejo del niño dada las intervenciones periódicas para guiar al niño a través de los distintos episodios problemáticos de su desarrollo.

Las principales conductas que requieren su intervención son: los periodos cortos de atención, la impulsividad o falta de autocontrol y la desobediencia. Hasta este momento, las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: el tratamiento farmacológico, modificación conductual, tratamiento cognitivo conductual, y orientación a padres (Solloa, 2006).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Es conveniente explicarles a los padres que el tratamiento farmacológico no va a curar al niño de este trastorno; los medicamentos modifican conductas y funciones, lo que suele permitir la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el niño exhibe ante los estímulos habituales, por lo tanto debe ser un especialista encargado de este (Pini, 2001).

Brown (2003), refiere que el paciente y su familia necesitan familiarizarse con los riesgos y beneficios de la farmacoterapia, la disponibilidad de tratamientos alternativos y los efectos adversos posibles.

Algunos de estos pueden preverse a partir de las propiedades farmacológicas conocidas con la medicación (p. ej., cambio del apetito, insomnio), mientras que otros efectos menos frecuentes son imprevisibles y son difíciles de prever a partir de las propiedades del fármaco.

Los efectos adversos a corto plazo pueden ser minimizados iniciando la medicación a dosis reducidas y ajustándolas lentamente. En general, los efectos adversos idiosincráticos requieren una interrupción de la medicación y una selección de otras modalidades terapéuticas.

Los tres estimulantes más comúnmente usados para el tratamiento del TDAH son el clorhidrato de metilfenidato (Ritalín), la anfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert). Entre los antidepresivos, el más utilizado es la imipramina (Tofranil) y se recomienda cuando algunos estimulantes están contraindicados. Los efectos colaterales más frecuentes son pérdida de apetito, insomnio, inhibición del crecimiento e incremento en el ritmo cardiaco.

En general la frecuencia y la severidad de los efectos colaterales dependen de la dosis y pueden disminuir al reducir ésta o con el paso del tiempo (Solloa, 2001).

La destroanfetamina, pemolina y metilfenidato son los tres medicamentos que han sido utilizados desde hace años en otros países y existían también en México el metilfenidato es el fármaco que ha logrado mejores efectos y el único que aún permanece en el mercado nacional (Maldonado y Saucedo, 1998).

El metilfenidato se ingiere en forma de pastillas y sus efectos se detectan a los 15 o 30 minutos de su ingesta y tiene una duración de 4 a 5 horas. Con el fin de prolongar sus efectos durante la jornada escolar se suelen administrar dos tomas (una por la mañana y otra a mediodía), según dosis ajustadas en función del peso y de las características de cada niño. A diferencia de otro tipo de fármacos, carece de efectos secundarios importantes, tan solo se han descrito en algunos casos cierta dificultad para iniciar el sueño y disminución del apetito (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997). Una nota a considerar de este fármaco es que el 30 % de los pacientes no responde adecuadamente al tratamiento del metilfenidato (Ulloa, 2005).

También es importante aclarar a los padres y maestros que el tratamiento farmacológico no tiene efectos terapéuticos a largo plazo, pues los efectos de la medicina dejan de existir una vez que la sustancia es eliminada del organismo. Así también, no todos los niños se benefician del tratamiento farmacológico, algunos no obtienen resultados y para otros los efectos secundarios son demasiados severos (Solloa, 2001).

BUPROPION

El Bupropion como antidepresivo en su presentación de prolongación liberada favorece el apego al tratamiento, el reducir la necesidad de varias tomas durante el día, pero también presenta efectos colaterales como la reducción del umbral convulsivo, la erupción cutánea y la elevación leve de la tensión arterial. El mecanismo de acción de este fármaco es por medio de la inhibición de la recaptura de dopamina, este ha demostrado su efectividad en los niños a partir de los 7 años de edad, adolescentes y adultos (Ulloa, 2005; p.2).

ATOMOXETINA

Existen también los estimulantes de alerta, como la atomoxetina que tiene la efectividad terapéutica a corto y mediano plazo, donde tiene sus ventajas en la administración en una sola toma, su bajo potencial cardiotoxicó y no afecta el crecimiento, tiene una reducción de los tics de los síntomas ansioso-depresivos tiene efectos colaterales como náusea y la disminución del apetito (Ulloa, 2005).

Solzi (2008), realiza un listado de la atomoxetina sobre su uso:

- 1.- Inhibidor de la recaptación de la noradrenalina.
- 2.- Dosis única.
- 3.- Mayor absorción a las 2 hrs. con disminución paulatina a las 24 horas.
- 4.- Vida media de eliminación aprox. 5 hrs.
- 5.- La concentración cerebral es 10 veces mayor que la concentración plasmática.
- 6.- 0,5 a 1,2 y 1,8 mg/kg./día.
- 7.- Responde mejor terapéuticamente ante las dosis más elevadas.

Brown (2003), menciona que el TDAH se reconoce cada vez como un trastorno heterogéneo que en muchos casos persiste hasta la edad adulta. El área de la comorbilidad ha aumentado y si no es reconocida ni tratada pueden conducir a una morbilidad y discapacidad elevadas, así como a un pronóstico no adecuado a corto plazo.

Garza (2005), refiere que en México existen dos estimulantes de rápida acción y larga duración. Ambos contienen metilfenidato: (Concerta, Ritalin LA)

CONCERTA

EL efecto aproximado es de 12 horas y fue específicamente diseñado para remplazar al metilfenidato, que se administraba tres veces al día, esta medicación se va distribuyendo en el sistema circulatorio proveyendo una rápida acción y manteniendo una dosis estable durante 12 horas.

RITALIN LA

Fue aprobado por la Administración de Medicina y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos en 2002 para el tratamiento del TDAH. El primer incremento en sangre ocurre entre una a tres horas, y el segundo aumento a las seis horas después de ingerido.

Se creía que la ingesta de estos medicamentos alteraba el crecimiento en los niños pero Garza (2005), explica que el problema de desarrollo se debe al trastorno de atención por sí mismo, se marcan diferencias en la estatura en la adolescencia temprana y desaparecieron posteriormente, por lo que no fueron asociados con el uso de medicación estimulante.

Swanson (en Benavides, 2003), hace una reseña bibliográfica del uso de Ritalin en niños:

-A corto plazo, Ritalin mejora la concentración y el esfuerzo, además de que disminuye la actividad motora y la impulsividad; aumenta la docilidad, disminuye la agresividad y la actitud de desafío, disminuye la agresividad y la actitud de desafío, por lo que ayuda a mejorar las interacciones familiares y sociales.

-No hay efectos muy distintos entre quienes lo toman, todos los niños responden básicamente de la misma manera, en diversos grados.
No existen métodos neurológicos, fisiológicos o bioquímicos para predeterminar o determinar la respuesta a Ritalin.

-El uso de este medicamento no mejora habilidades complejas como la lectoescritura, la habilidad atlética ni la conducta social; es decir las calificaciones pueden subir, pero no corrige problemas de aprendizaje.

-No proporciona ayuda en problemas emocionales no hay evidencia de mejoría en el largo plazo.

-El rendimiento y la concentración se ven mejorados solo bajo su influencia directa.

-Sus efectos negativos pueden ser problemas con baja en el apetito, problemas de sueño y tics motores y verbales.

DOPAMINA

Solzi (2008), hace referencia de este medicamento sobre sus efectos en un listado:

1.-Incremento de la actividad en el área prefrontal: mejora la actividad ejecutiva.

2.- No aumenta la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens: escasa probabilidad de abuso.

3.- No aumenta la actividad en el estriado: no aumenta los tics motores.

4.- Control sistomático vespertino que incluye:

- Completa la tarea escolar.
- Permanece sentado durante la cena.
- Juega tranquilamente.
- Disminuye la distractibilidad.
- Se reducen las discusiones y peleas excesivas.
- Transición entre las actividades más armónicas.
- Va a su cama con menor conflicto.
- Se duerme con mayor facilidad.

5.-Control sintomático temprano en la mañana siguiente (sale de la cama con naturalidad, se prepara para ir a la escuela y supera las peleas excesivas)

Con respecto a los efectos del medicamento en el peso y talla de los niños con TDAH Greehill (en García, 2003), refiere en su conclusión de su trabajo respecto a la toma de medicamentos, que en las variaciones en la adquisición del peso y talla se presentan diferencias mínimas entre los sujetos tratados con estimulantes (metilfenidato: ritalin, dexedrine, pemoline) en comparación con los tratados con estrategias no farmacológicas.

Barkley (en Solloa 2006) menciona que antes de iniciar un tratamiento farmacológico se debe considerar la severidad de los síntomas y el grado de incomodidad sufrida por el niño, los padres y los maestros. Propone algunos puntos a considerar:

1.- Valoración psicológica y física del niño.

2.- Considerar la edad del niño (no medicar a menores de 6 años por efectos colaterales).

3.- Antes de ser medicado intentar alternativas como orientación a padres, manejo conductual, cognitivo, etc.

4.- Cuando la conducta es extremadamente incontrolable el tratamiento farmacológico es la opción más rápido y efectiva.

5.- Valorar el gasto económico terapéutico y farmacológico.

6.- En caso de utilizar el tratamiento farmacológico los padres deberán comprometerse y supervisar en dosis y tiempos adecuados para no caer en abuso del medicamento.

7.- Respetar la decisión de los padres que no quieran medicar a sus hijos.

8.- Valorar en el historial clínico que no aparezcan tics, psicosis o desordenes del pensamiento porque esta contraindicado el medicamento.

9.- Si el niño es temeroso, ansioso o tiende a presentar quejas somáticas se debe probar primero con antidepresivos.

10.- Acudir puntualmente a las citas de supervisión medica.

11.- Discutir el uso del medicamento con niños mayores y adolescentes, pues en caso que el niño se oponga al medicamento puede sabotear el medicamento.

De acuerdo a la práctica y observaciones que hacen diferentes autores (Barkley, Stevens, Orjales, Uriarte) el tratamiento farmacológico no tiene efecto a largo plazo terapéutico, porque una vez que el cuerpo lo elimina deja de surtir efecto. En algunos niños los efectos secundarios son severos. Por lo que es importante considerar otras alternativas terapéuticas antes de iniciar el medicamento.

Solloa, (2006), menciona que hay casos donde los niños se muestran tensos, miedosos o ansiosos y que estos han presentado mejoría con antidepresivos, estos tienen la ventaja de que no producen irritabilidad como los estimulantes; y después de unas semanas se ve la mejoría en el estado de ánimo, se cree que puede producir mejorías cognitivas más que los estimulantes y con menos efectos secundarios, Barkley señala que la imipramina es de gran utilidad en el caso de niños hiperactivos mayores de 10 años, porque frecuentemente se presenta depresión.

Por lo tanto cuando el niño inicie un tratamiento farmacológico este debe ser indicado por un especialista como puede ser el paidopsiquiatra o neuropsiquiatra y que dependerá la dosis y el fármaco que requiera de acuerdo como vaya respondiendo, considerando la edad y desarrollo psicológico fundamentado en un diagnóstico certero, sin dejar de lado el apoyo psicopedagógico si el niño tiene dificultad en el aprendizaje y conductual; si en algunos casos lo requiere también sería importante la terapia familiar.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Es importante que el psicólogo y el psiquiatra escuchen las inquietudes de los padres para aclarar sus dudas, les permitan expresar sus sentimientos que pueden ir desde la tristeza, culpa, frustración y buscar crear conciencia del papel importante que juegan en el tratamiento empezando por reconocer que para el niño no es tan fácil controlar todo lo que en el sucede, los padres deben de reconocer sus sentimientos y aceptarlos.

Cuando el niño presenta una molestia en general a nivel físico acude al médico general y este lo remite al especialista cuando es necesario. El paidopsiquiatra es el indicado para tratar al niño con TDAH para el tratamiento farmacológico pero la intervención del psicólogo en el niño con TDAH no ha sido contemplada en primera instancia por los padres de familia debido a la falta de información de toda la cobertura profesional e importancia que tiene su trabajo individual o multidisciplinario.

Cuando se sugiere el apoyo psicológico no se responde de inmediato a tal petición retrasando el proceso de recuperación. Es importante dar aviso en la escuela del diagnóstico del niño y su tratamiento para que se lleven a cabo pautas de conducta en el salón de clases que permita al niño con TDAH su integración total.

Es natural que el niño se auto culpe de los problemas que genera por su conducta en la escuela, la familia u otros puntos de encuentro social y por ende le afecte en su concepción de su autoestima. “En este aspecto, el tratamiento psicológico del niño con TDAH, cobra importancia, ya que debido a la sintomatología tan peculiar, su vida gira alrededor de la angustia, ansiedad, castigo y culpa (Pini, 2001).

Emocionalmente, los niños hiperactivos muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, les cuesta ponerse en el lugar de otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, se muestran tercos y malhumorados con frecuencia y parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada (Orjales, 2002).

Estos son algunos de los aspectos que el psicólogo tiene que trabajar con el niño, además de otorgar información y orientación a los padres acerca de este trastorno.

Solloa (2006), menciona un programa que fue elaborado por Du Paul y colaboradores para padres de niños con TDAH, este consta de nueve sesiones. Se pueden impartir de manera individual o grupal, la duración de cada sesión dura hora y media, la secuencia que sigue es la siguiente: se revisa la información proporcionada de la sesión anterior, se conversa sobre las dificultades que se presentaron durante la semana y se supervisan las tareas que se hayan dejado; después de esto el terapeuta introduce nueva información la sesión concluye con retroalimentación y asignación de una nueva tarea.

De manera breve se menciona el objetivo principal de cada sesión:

Sesión 1: En esta sesión se le explica a los padres lo que es el TDAH (síntomas, prevalencia, etiología), además del compromiso que deben de adquirir de crear un ambiente terapéutico en el hogar.

Sesión 2: Se explica sobre la relación que existe entre el padre y el hijo y el manejo de conducta, se enfatiza que existen cuatro factores que contribuyen al comportamiento del niño estos son: las características del niño, las características de los padres, las consecuencias situacionales y los estresantes familiares.

Sesión 3: Se introducen procedimientos diseñados para mejorar la cantidad y calidad de atención de los padres hacia el niño, por medio de técnicas como “tiempo de juego”, en la que se permite que el niño elija una actividad que compartirá con los padres.

Sesión 4: Se empieza aplicar técnicas de manejo conductual fuera de la hora de juego, esta parte incluye un análisis sobre los tipos, el momento y la forma de órdenes que incrementarán o disminuirán la conducta de obedecer en su hijo.

Sesión 5: Aquí se aplica economía de fichas o puntos en el hogar, se reforzará comportamientos adecuados y obediencia.

Sesión 6: En esta sesión se le dan instrucciones específicas a los padres sobre técnicas de castigo.

Sesión 7: Se revisan los contratiempos que han tenido los padres para aplicar las técnicas de castigo.

Sesión 8: En esta sesión se aplican las técnicas aprendidas ya sea de fichas o de castigo pero ya en lugares públicos, esto se puede aplicar cuando los padres ya han demostrado ser competentes.

Sesión 9: Esta se utiliza para revisar con los padres los principios esenciales del manejo conductual del niño. Se les recuerda que el niño padece un problema crónico y que es importante mantener por un buen tiempo este programa para mantener los comportamientos apropiados. Se dejan pasar unas semanas para dar una próxima sesión y comentar las dificultades que se les ha presentado.

Benavides (2003), menciona algunas estrategias prácticas que pueden ser aplicadas en el hogar del niño con TDAH, con el fin de facilitar la disciplina del niño:

- Partir de la premisa que el niño no quiere molestar ni desesperarnos.
- Acercarnos y modelar la conducta adecuada.
- Ser específicos al dar órdenes (cortas, concisas y claras)
- Ordenar con gentileza y usar técnicas de razonamiento, esto explicar por qué es importante que el niño haga o no lo que se le está pidiendo.
- Estructurar y organizar las actividades, tratando de mantener ciertas rutinas.
- Explicarle que las elecciones que haga tendrán consecuencias (positivas o negativas).
- Enseñarle a sentir empatía y colocarse en lugar de los demás cuando su impulsividad afecte a otros.
- Explicar nuestros sentimientos diciendo. "Eso me hace sentir..."
- Retirarle privilegios, no necesidades, si así se requiere y estipula.
- Elaborar "contratos".

Estas son pasos bien estructurados para obtener un cambio en el niño y también en el ámbito familiar, escolar y social. Pero existen otras opciones como la modificación cognitiva conductual.

MODIFICACIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL

Es un tratamiento creado por Luria y Vigotsky, ellos piensan que los niños en el curso del desarrollo, aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas. De acuerdo a su teoría el niño socializa y gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después en una forma abreviada usa "autoinstrucciones" para guiar y controlar su propia conducta (Solloa, 2006).

El objetivo terapéutico de esta estrategia es la modificación mediante el hablarse a uno mismo (self-talking) de las cogniciones que proceden y acompañan a la conducta. Aplicada a los niños con TDAH, esta estrategia está dirigida a suprimir las respuestas impulsivas, a aumentar la capacidad de mantener la atención y facilitar el automonitoreo y el autorreforzamiento Hingshaw y cols. 1991 (en Solloa, 2001).

En 1977 Michenbaum (en Solloa, 2001), sugirió que el entrenamiento en autoinstrucciones se debe complementar con estrategias como costos de respuestas y monitoreo cognitivo.

En la primera el niño pierde reforzadores previamente ganados cada vez que exhibe una conducta no aceptable; esta estrategia debe ser complementada con estrategias de reforzamiento directo de conductas deseables.

La adición o el incrementar un reforzador positivo en la estrategia de costo da respuesta al programa cognitivo-conductual donde puede proveer al niño de forma consciente y le ayuda tanto con sus problemas conductuales como con sus problemas de atención. El terapeuta enseña a los niños con TDAH a generar e implementar autoinstrucciones que le ayudarán a resolver problemas en forma independiente, mejorando a la vez sus lapsos de atención y reduciendo la impulsividad.

Garza (2005), ejemplifica brevemente como los pasos que lleva el tratamiento cognitivo, como una secuencia terapéutica:

Estabilización del TDAH con el tratamiento medicamentoso.

Psicoeducación.

La terapia para modificar los pensamientos.

El tratamiento para evitar la postergación y la evitación.

El trabajo concreto para cambiar las creencias y tener mejor control del pensamiento, las emociones y la conducta.

La reestructuración ambiental. Aprender a mantener un horario y a mantener los cambios conductuales aunque sea pequeño de manera que el paciente pueda mantener un control del ambiente y disminuya su sentimiento de desesperanza.

Para esto es básico modificar las creencias de "soy tonto o flojo".

Prevención de la recaída, es la fase final.

EN LA ESCUELA

La escuela como institución formadora importante en la vida de los infantes, exige al alumno atributos que el niño con TDAH no reúne, uno de los principales es la colaboración con alumnos y maestros. También se requiere disciplina y obediencia, tolerancia a la frustración, permanecer en el asiento trabajando, mantener fija la atención, y realizar con paciencia y precaución las diversas actividades requisitos fundamentales para el aprendizaje Ross y Ross (en Uriarte, 1989).

Uno de los retos en el niño con TDAH es el ámbito escolar, algunos de ellos después de una evaluación completa requieren de apoyo en lectura, cálculo, caligrafía, lectura de comprensión y conducta.

Valin (en Solzi, 2008) menciona algunas sugerencias con tema de estructura, aprendizaje y motivación dirigidas a los maestros para aplicar en niños menores o más grandes de acuerdo a la triada del niño con TDAH (distracción, impulsividad y actividad motriz).

Distracción

La atención en estos sujetos suele ser dispersa y suele alterarse con facilidad ante la presencia de estímulos irrelevantes. Tiene dificultad para seleccionar y priorizar de forma correcta los estímulos irrelevantes de procesar varios estímulos simultáneamente.

- Sentar al estudiante en un lugar tranquilo.
- Controlar el nivel de distractores y/o estímulos presentes en el aula.
- Aumentar el espacio entre los pupitres.
- Hacer contacto visual frecuentemente. Una mirada puede recuperar la atención del niño distraído.
- Permitirle más tiempo para terminar las tareas de clase.
- Acortar las tareas de clase o los periodos de trabajo que coincida con su capacidad de atención; utilizar un marcador de tiempo.
- Dividir las tareas largas de clase en pequeñas partes, para que el estudiante pueda ver el final parcial del trabajo y no se complique con propuestas extensas.
- Ayudar al alumno a fijarse metas a corto plazo.
- Bajar el nivel de exigencia al calificar el trabajo, sobre todo si tiene dificultades en la escritura.
- Acompañar las instrucciones orales con notas escritas a modo de recordatorio.
- Designar un compañero para brindar apoyo en aquellas tareas con mayores dificultades.

Impulsividad

Muchos sujetos hiperactivos poseen un estilo cognitivo impulsivo caracterizado por la rapidez, la simpleza en el análisis de la información y en la realización de las tareas.

- Ignorar la conducta inadecuada que sea más leve.
- Incrementar la inmediatez de las recompensas y sus consecuencias.
- Supervisar de cerca la conducta del alumno durante los momentos de transición.
- Ayudarlo a distinguir entre el comportamiento aceptable y el comportamiento inaceptable.
- Ubicar el asiento del estudiante cerca de un compañero tranquilo y asertivo.
- Establecer un contrato de buena conducta.
- Elogiar al estudiante cuando levante la mano cuando responda una pregunta, o cualquier otra participación que nos indique su interés en la clase.

Actividad Motriz

Estos estudiantes se comportan con torpeza motriz por la incapacidad de regular sus movimientos; no son actitudes intencionales, pero de todos modos crean situaciones conflictivas para sí o para el medio.

- Permitir al estudiante trabajar de vez en cuando de pie.
- Facilitar interrupciones que permitan levantarse del asiento, mandarlo a hacer diligencias, u otras tareas que le posibilitan la descarga motora, etc.
- Proporcionar descansos cortos en medio de las tareas de clase.
- Supervisar de cerca el comportamiento durante los momentos de transición entre dos tareas, aun anticipándose a lo que puede llegar hacer.
- Recordar al estudiante que verifique el trabajo terminado antes de entregarlo si su realización fue apresurada y descuidada.
- Proporcionar tiempo adicional para complementar las tareas de clase (especialmente para los estudiantes con ritmo de actividad lento).

Kazdin (1981) refiere que el éxito de las intervenciones psicológicas en la escuela depende no sólo de la eficacia de los tratamientos, sino también del apoyo y comprensión por parte del personal que colaboran en la escuela y los padres de familia para tener buena comunicación y excelentes resultados. La calidad en aceptar un tratamiento ha sido definida como el juicio de los consumidores sobre si los procedimientos de intervención son justos y razonables (en Arellano, 2006).

Los profesores deben estar enterados de las intervenciones psicológicas que se utilizan, las consecuencias positivas para que el tratamiento de buenos resultados y en un tiempo relativamente corto.

CAPITULO II

AUTOESTIMA

2.1 ANTECEDENTES

A partir del nacimiento, los niños son capaces de recibir estímulos del medio ambiente que les rodea, de integrar y seleccionar esa información y de dar respuestas hacia un fin. La percepción que tiene un niño es diferente a la del adulto porque sus experiencias son distintas y le permite crearse una representación interna de la realidad.

El concepto de autoestima se ha utilizado dentro del campo de la psicología para denotar el concepto que se tiene de sí mismo para este se forma sobre cuatro características personales que son: el temperamento, la motivación, la inteligencia y el talento, en la medida que se desarrollan. El temperamento es el guardián que controla las impresiones que produce el medio ambiente, incluye susceptibilidad a la estimulación emocional, por otro lado la inteligencia es la capacidad que el niño tiene de integrar información de distintas fuentes y de formular respuestas. La motivación es lo que mueve al niño por hacer las cosas y que se sienta satisfecho. El talento es la adquisición y desarrollo de habilidades y destrezas en diferentes ámbitos y que les permita conocerse (Newman, 2001).

El concepto consciente de sí mismo se fundamenta en la observación y la interacción de las características personales con el medio ambiente físico y social. Estos cambios se dan en cuatro etapas de la niñez-la infancia desde el nacimiento hasta los 18 meses-, la segunda infancia -desde los 18 meses hasta los cuatro años-, la primera edad escolar -de cinco a siete años- y la segunda edad escolar -de los 8 a los 12 a los de edad (Newman, 2001; p.162).

De acuerdo a la etapa que se encuentre el niño son diferentes los factores que influyen en el concepto de sí mismo que a su vez se enfatiza en su autoestima.

El término concepto de sí mismo antecede a la traducción self-esteem que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y de la personalidad. De ahí su íntima relación con términos afines como el autoconcepto (self-concept) o la autosuficiencia (self efficacy) González y Touront (en Newman & Newman, 2001).

Para Hurlock (1977), El concepto de sí mismo es “un compuesto de pensamientos que constituyen la conciencia que tiene la persona de su existencia individual, su concepto de quién es. Esta imagen física de sí mismo tiene dos aspectos: el físico y el psicológico. La imagen física consiste en los conceptos que tiene el individuo de su apariencia física y en sus ideas de la importancia de cada una de las partes del cuerpo o en relación con su conducta y por el prestigio que le da a los ojos de los demás. La parte psicológica consiste en los rasgos psicológicos del tipo de la honradez e independencia.” p. 155

La autoestima se deja envolver con las constantes autoevaluaciones que presentan los niños en cuanto se amplía su entorno sociocultural y enfrentan nuevos retos y cambios.

Epstein (en Polaino, 2000), reintrodujo el término autoconcepto para referirse así mismo, es por ello que, la autoconstrucción de este es realizada por la persona en muchas ocasiones de manera inadvertida considerando cuáles son sus experiencias al tratar de resolver ciertos problemas. Este concepto es una herramienta donde se apoyan las personas para integrar la experiencias a la realidad que les permitan una adaptación, estableciendo así un equilibrio entre las experiencias agradables y desagradables para mantener su autoestima en equilibrio p.19

Se señala a William James como uno de los primeros que estudio la autoestima definiéndola como “los sentimientos de autovalía de una persona determinados por el radio de sus actuales logros entre sus supuestas potencialidades”, apoyando esta afirmación a que la autoestima está ligada a los logros o éxito obtenido (Verduzco,1992).

Una de las principales fuentes que forjan la autoestima y el autoconcepto del niño es la escuela, porque tiene un entorno sociocultural y controla diferentes actitudes de disciplina que lo llevan a un castigo o reconocimiento.

Tanto la autoestima como el autoconcepto, ayudan al conocimiento de la personalidad de los individuos, esta tiene influencia formativa dentro del ámbito escolar principalmente, también continuamente se autoevalúan conforme obtienen logros o avanzan en algunos aspectos. Rosenberg (en Estrada, 1995) le llama imagen corporal al concepto que tienen con su físico, de ahí se deduce que el punto de encuentro entre la autoestima y el autoconcepto podría ser la autoimagen. Este concepto se esquematiza de acuerdo a los estereotipos de cada cultura dando mayor o menor importancia en alguna parte en especial del cuerpo.

Para Tamayo, “La percepción de sí mismo implica la participación activa del individuo para defenderla conservarla y desarrollarla. En donde se forman y se desarrolla en el acoplamiento de sí mismo con los otros” (en Estrada, 1995).

Para Blascovich & Tomaka, el autoconcepto es la representación mental que el sujeto tiene en un momento dado de sí mismo, mientras la autoestima sería la dimensión evaluativa de esa representación que se puede manifestar en diversas situaciones (en Estrada, 1995).

El autoconcepto según Valls se forma a partir de dos fuentes, por un lado el de las relaciones que el niño mantiene con los demás personas de su entorno y, por otro lado, de las consecuencias que su conducta tiene sobre el medio con el que interacciona. “El sujeto se retroalimenta mediante las acciones que realiza y esto le proporciona información sobre sus capacidades y características personales” (en Paz, 2000; p. 165).

El autoconcepto de acuerdo a Oñate contempla tres dimensiones. La dimensión cognitiva que la constituyen múltiples esquemas en los cuales la persona organiza toda información que se refiere a sí misma. La dimensión afectiva o evaluativa que corresponde a la autoestima y la última dimensión conductual que implica aquellas conductas dirigidas a la autoafirmación o a la búsqueda de reconocimiento por uno mismo y los demás (en Cava, 2000).

El término autoestima incluye una valoración y expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según sus cualidades subjetivas y valorativas (Misutu, Román y Gracia, 1988) en la autoestima la persona se valora a sí mismo según unas cualidades que provienen de su experiencias y que las puede considerar tanto negativas como positivas (en Arellano, 2006).

Para Rogers y Maslow la autoestima es la parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud de autorrealización en salud física y mental productividad y creatividad, es decir en toda la expresión de sí mismo (Rodríguez y col., 1988; p.134).

La autoestima sigue siendo el pilar en el desarrollo del ser humano es de vital importancia considerar como un factor de interés a lo largo de toda la vida para mantenerla en equilibrio óptimo que permita el buen funcionamiento del ser humano en su contexto social y personal.

En los acercamientos de los padres con los profesores o con los psicólogos comentan que a los pequeños que padecen el trastorno del TDAH, los van etiquetando paulatinamente en todos sus círculos sociales como el niño(a) mal educado, grosero impaciente, latoso, berrinchudo o flojo entre otros adjetivos que califican la conducta del niño sin darse cuenta en el daño que le ocasionan en su autoestima. En ocasiones las conductas de estos niños llegan a perturbar la tranquilidad del padre o madre que pueden tomar caminos equivocados en la resolución del problema, dejándolos sin salir de su cuarto, golpeándolos o lastimarlos con palabras altisonantes, en otras palabras se afecta su autoestima (Verduzco, 1992).

2.2 DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA

Existen muchos enfoques muy distintos unos de otros para conceptualizar la autoestima, de los cuales se mencionan las siguientes definiciones.

Verduzco (1992), señala que la autoestima es un tema central sobre el cual se discute con frecuencia en el contexto clínico, ya sea como una explicación o una consecuencia de un desorden, y por lo mismo este término ha acarreado gran número de definiciones discrepantes, en las que cada una refleja el punto de vista teórico del autor.

Coopersmith (1967), ha definido la autoestima como “aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo: la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso” (en Verduzco, 1992)

Coopersmith (1981), define al self como una abstracción que el individuo desarrolla acerca de los atributos, capacidades, objetos y actividades que posee y persigue. Esta abstracción lo representa por el símbolo “yo”, el cual es una idea de la persona sobre sí misma y hacia sí misma (en Senties, 2003).

Para Vite (1986), la autoestima se relaciona estrechamente con el concepto o self, puesto que se puede decir que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, autoconcepto o autoimagen (en Senties, 2003).

El concepto de sí mismo (self) para William se define como las actitudes, los sentimientos, y las percepciones de una persona hacia sí misma, es la suma total de todo aquello que el individuo puede llamar propio (en Senties, 2003).

Con respecto al self, Cirtis (1950), Diggory (1966), Wells y Maxwell (1976) sugieren que no sea usado como nombre para describir una entidad psicológica o estructura, sino como un calificativo que implica una actividad reflexiva o proceso, (pensamientos, sentimientos o acciones), en donde el agente y el objeto de comportamiento son la misma persona, producto de la experiencia (más que un fenómeno objetivo), y una estructura generalmente adquirida (en Arellano, 2006).

Al respecto Gomez (1981), señala que la autoestima es el resultado de la internalización de las normas y valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas, adquirida a través de las relaciones interpersonales, que reflejan de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto, de lo cual el individuo abstrae un concepto de sí mismo y presenta una actitud valorativa. Es decir se forma a partir de los comentarios (comunicación verbal) platicar con ellos para mejorar y las actitudes (comunicación no verbal) de los demás hacia uno (Martínez, 1995), por lo que es un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados (en Senties, 2003).

Para Ronald et. al (1973), la autoestima es la síntesis donde se observa a uno mismo y de la visión o lo que piensan los otros tienen de mí. Estas versiones que los otros tienen de mi se pueden ignorar al desarrollar un criterio acerca de mi (en Arellano, 2006).

Para Rodríguez (1988), López y Domínguez (1933), refieren que la autoestima es la síntesis del autoconcepto, el autoconocimiento, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorespeto. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, y si se acepta y respeta tendrá autoestima. Por el contrario si una persona no se conoce tiene un concepto de sí mismo, no se acepta y ni respeta, entonces no tendrá autoestima (en Senties, 2003).

Ross (1992), considera que el autoconcepto como la reflexión del “yo” sobre sí mismo y la autoestima como el momento valorativo de esa reflexión es la parte final de cómo se considera cada persona.

Sin embargo, operativamente se usan indistintamente, puesto que parece muy difícil encontrar esas dos facetas separadamente (en Estrada, 1995).

Branden (1993), concluye que la autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros y que comprende mucho más que ése sentido innato de autovalía que se supone que es nuestro derecho al nacer. Es la confianza en la capacidad de pensar y afrontar los desafíos básicos de la vida es la confianza en el derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

Para Alcántara (1993), la autoestima es una actitud hacia uno mismo, es una forma habitual de pensar, amar, sentir y compararse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es un sistema fundamental donde el cuál se ordena las experiencias al “yo” personal.

Finalmente, en relación con la estructura de la autoestima, Ruíz Arana, la considera como una estructura multidimensional, conformada a su vez por múltiples dimensiones esto significa que el concepto que se tiene de sí mismo y como consecuencia la valoración de sí mismo es diferente de acuerdo al contexto relevante de nuestra vida. Un niño puede tener un buen concepto de sí mismo en el hogar, pero no en la escuela, o viceversa (en Alcantara, 1993).

En la presente investigación se tomó el concepto de autoestima de Coopersmith (en Verduzco, 1992) el define la autoestima como “aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz significativo, exitoso y valioso”, dentro del desarrollo de la autoestima del niño esta estrechamente ligado la forma como es tratado en el núcleo familiar y no a aspectos como la inteligencia, el nivel socioeconómico, etc.

En síntesis esta definición de autoestima es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros a través de reportes verbales y otros comportamientos y no es estable dadas las diferentes circunstancias que enfrenta el niño o cambios específicos del desarrollo Coopersmith (en Verduzco, 1992).

2.3 PERFIL DEL NIÑO CON UNA AUTOESTIMA SANA

Branden (1994), en el estudio que realizó Coopersmith en donde su objetivo era identificar la conducta de los padres con más frecuencia, cuando los niños crecían manifestando una autoestima sana, menciona que no halló correlaciones significativas con factores como la riqueza familiar, la educación, la zona geográfica, la clase social, la profesión del padre, o el hecho de que la madre siempre estuviera en la casa.

Lo que el concluyó fue la importancia de la calidad de la relación entre el hijo y los adultos de su vida.

Para Palladino (en Arellano, 2006), la autoestima es un sistema dinámico que cambia en relación con las experiencias y sentimientos y es la manera como la gente se siente y lo piensa respecto a sí mismo y los demás. La autoestima es como un sistema interno que cada quien tiene y la manera como experimenta la vida. La autoestima elevada se relaciona con tener un sentido positivo del propio valor inherente como persona y se constituye por sentimientos aprendidos y pensamientos positivos que se reflejan en una actitud positiva con pensamientos como “puedo lograrlo “. La autoestima afecta prácticamente todas las facetas de la vida de una persona y afirman que de no satisfacerse la necesidad de autovaloración tampoco pueden satisfacerse otras necesidades como la creatividad, los logros personales, etc. Aseguran que las personas que se sienten bien consigo mismo casi siempre se sentirán bien en la vida, serán capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y responsabilidades que se les plantean; p.31

Para Sánchez Cánovas y Sánchez López (1994), señalan que la autoestima es utilizada para referirse a un sentimiento de amor propio positivo, a la percepción positiva de uno mismo constituyendo un importante ajuste emocional y de la salud mental (en Caso, 1999).

De manera breve se mencionará las cinco condiciones asociadas a una alta autoestima.

- El niño experimenta una total aceptación de los pensamientos, sentimientos, y el valor de su propia persona.
- El niño funciona en un contexto de límites definidos e impuestos con claridad que son justos, no opresores y negociables.
- El niño experimenta respeto hacia su dignidad como ser humano. Los padres no utilizan la violencia, humillación o el ridículo para controlar y manipular.
- Los padres tienen normas elevadas y altas expectativas por lo que respecta al comportamiento y al rendimiento.
- Los propios padres tienden a tener un alto nivel de autoestima.

Los cambios que acarrear la maduración del conocimiento, el desarrollo del papel sexual y el pensamiento moral contribuyen a abrir nuevas perspectivas, lo que lleva una exigencia por parte de los adultos a una conducta más madura controlada y responsable.

Para mejorar la autoestima en los niños Polaino (2000), recomienda unas actitudes en los padres para ayudar a sus hijos.

- Aceptación incondicional, total y permanente de los hijos, con independencia de cualidades y formas de ser.
- Afecto constante, realista y estable, sin altibajos o cambios bruscos como consecuencia de las variaciones del estado de ánimo, de la impaciencia o de cansancio de los padres.

- Implicación de los padres respecto o de la persona de cada hijo, de sus circunstancias, necesidades y posibles dificultades.
- Coherencia personal de los padres y el hecho de que dispongan de un estilo educativo que este precedido por unas expectativas muy precisas y que se establezcan unos límites muy claros.
- Valoración objetiva del comportamiento de cada hijo, motivándolos a que sean ellos mismos, elogiando sus esfuerzos y logros y censurándoles sus yerros y defectos.
- Proveerles de la necesaria seguridad y confianza, que reafirma en lo que valen y les permita sentirse seguros de ellos mismos p.33.

Para Purkey (en Senties, 2003) señala seis factores importantes para favorecer la autoestima:

1. Competencia.- Las expectativas personales elevadas y un alto grado de competencia por parte de los padres y educadores, poseen efectos positivos sobre el niño.
2. Libertad.- Se debe propiciar ambientes de suficiente libertad de elección, de modo que el niño pueda llevar decisiones significativas para sí mismo.
3. Respeto.- Lo que más necesita el niño es que el padre o educador le considere como alguien importante, valioso, capaz de rendir en las tareas personales.
4. Afecto.- Se sabe que la situación de aprendizaje psicológicamente sana acogedora estimula a los niños a rendir más y desarrollar sentimientos de dignidad personal.
5. Control.- La orientación personal y académica claramente definida, establecida y relativamente firme (no permisiva en exceso), produce un mejor autoconcepto en los niños. No obstante el control no implica ni el ridículo ni la amenaza.
6. Éxito.- El educador en general, y concretamente el padre, debe proporcionar una atmósfera de éxito más que de fracaso, puesto que ya se sabe que los autoconceptos cambian después de experiencias de éxito o de fracaso. La continua conciencia de fracaso reduce las expectativas y no favorece en ningún modo el aprendizaje ni el desarrollo personal.

Considerando estas actitudes en los padres se favorecerá un clima apropiado para el desarrollo firme y constante en la autoestima de los niños. Los padres generalmente quiere lo mejor para sus hijos aunque en ocasiones no tienen el conocimiento necesario para hacerlo y lejos de ayudarles los perjudican de forma directa o indirecta.

2.4 PERFIL DEL NIÑO CON AUTOESTIMA BAJA

La actitud que se toma ante los problemas de la vida son los que van ayudar a reafirmar una baja o alta autoestima, porque permite la posibilidad de valorarse ante los hechos, aunque esto no sea definitivo para autocalificarse.

Una baja autoestima arrebató la energía o coraje para enfrentar nuevos problemas, tendiendo a ser más temerosos en sus actividades.

En el ambiente escolar y familiar se manifiesta la autoestima relacionada con sus habilidades, actitudes, aspecto físico, con sus logros pero no siempre se tiene el tacto para decir las cosas y esto repercute en la valoración individual (Verduzco, 1992).

Posiblemente los niños con TDAH tienden a desarrollar una baja autoestima como consecuencia de los síntomas propios del trastorno que afecta en diversos aspectos de su concepto de sí mismo como los constantes regaños, llamadas de atención, el rechazo de sus compañeros y amigos incluyendo los familiares y los maestros que los pueden catalogar como “insoportable” y predisponiéndose a ser menos tolerantes o tener prejuicios de por medio que no les permita ayudarlos en su rendimiento escolar y en su desarrollo integral como persona.

Orjales (2002), señala que los niños con TDAH desarrollan un sentimiento de indefensión, que quiere decir que siente la falta de control de los efectos de su comportamiento sobre la realidad “Yo me esfuerzo, pero no veo que esto me lleve al éxito, haga lo que haga fracaso”, por ende genera baja autoestima (Arellano, 2006; p.4).

Senties (2001), realizó una revisión cuidadosa de varios autores y elaboró una lista amplia sobre el perfil de un niño con baja autoestima:

- Desmerece su talento, pues es una persona que se dice no puedo hacer esto o aquello, no sé cómo se hace, no puedo aprender nunca.
- Siente que los demás no lo valoran, es decir se siente inseguro, manifiesta una actitud hipercrítica hacia sí mismo, la cual tiene la función de desviar la atención de sus propias limitaciones.
- Es una persona muy influenciable por los demás, con tendencia a cambiar de ideas y comportamientos con mucha frecuencia, o cuando la demás gente se lo pide, le manipulan otras personalidades más fuertes. Asimismo espera que se le diga lo que tiene que hacer para quedar libre de la responsabilidad que implica su conducta.
- Se siente impotente, pues sus actitudes y actos están impregnados de falta de seguridad o incluso ineptitud.
- Encara nuevos retos y dificultades sin convencimiento alguno de poder superarlos.
- Manifiesta la tendencia de dejar que los demás decidan por él lo que debe o no hacer.
- Tiene pobreza de emociones, es decir, es un niño que presenta tendencias a conductas de aislamiento, vergüenza y timidez.
- Elude situaciones que le provocan ansiedad y por lo tanto manifiesta sentimientos negativos hacia la competencia.
- Presenta escasa tolerancia ante las situaciones que le provocan angustia, temor, ira o sensación de caos.

- Es una persona que se pone a la defensiva y se frustra con facilidad, es decir, se siente incapaz de aceptar, las críticas o las demandas inesperadas, y pone excusas para justificar su comportamiento.
- Manifiesta la necesidad de perfección para conseguir la aprobación externa.
- Responsabiliza a los otros de sus errores y muy rara vez admite poseerlos, y la mayoría de las veces, le atribuye a la mala suerte sus debilidades.
- Evita el contacto con otros niños.
- Se ajusta con dificultad a los cambios.

Una baja autoestima también es relacionada con sentimientos de inferioridad, timidez, falta de aceptación personal y sumisión, estas actitudes se reflejan en la forma de conducirse del niño ya sea en el hogar y en su entorno social y por su conducta impulsiva, quizás rompa en gritos y/o golpes.

Verduzco (1992), cita varios autores donde estos dicen que una baja autoestima tiene diversas características para Strauss (1940), incluye dependencia, necesidad de aprobación, indefensión, y hostilidad enmascarada; de acuerdo a Coopersmith (1967), apatía, aislamiento, indeseabilidad, evitación y pasividad.

Es importante diferenciar los rasgos de una autoestima baja para no confundir estas conductas con trastornos del estado de ánimo, como puede ser una depresión infantil.

Otros síntomas que pueden presentarse en el área emocional son” la depresión, labilidad emocional, poca tolerancia a la frustración e inmadurez emocional Benjumen & Mojarro (en Arellano, 2006; p. 24)”.

Orjales (2002), menciona que también se desmoralizan con facilidad, les cuesta trabajo aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, se les dificulta ponerse en los zapatos del otro y tener en cuenta lo que quieren y sienten, llegan a mostrarse tercos y malhumorados, distingue tres tipos de comportamiento fácilmente observables en niños que tienen TDAH que varían según las características individuales de cada niño (en Arellano, 2006).

Los ejemplos en los menores son:

Niños que manifiestan abiertamente que se sienten incapaces: Estos niños se quejan de que no pueden hacer cosas, piden ayuda hasta para cosas muy simples, evitan el trabajo que se requiere esfuerzo.

También en las actividades en las que no se sabe si tendrá éxito o no, evitan tener responsabilidades, son muy sensibles ante situaciones frustrantes, y sus reacciones al fracaso son descontroladas y agresivas.

Niños que esconden sus sentimientos de incapacidad. Estos niños por el contrario, tratan de esconder el gran temor que sienten a no ser capaces, evitan cometer errores por lo que demandan de muchas instrucciones y dirección para conseguir de esta forma resultados aceptables.

Esta actitud se ve de forma más clara en niñas que en los niños, la presencia de ansiedad elevada ante el rendimiento académico es notoria ya que se imponen los niveles altos de auto exigencia por lo que dedican demasiado tiempo en regalar sus tareas y los resultados muchas veces no van de acuerdo con el esfuerzo provocando una gran frustración.

Niños que dan muestra de arrogancia y prepotencia: Este tipo es más difícil, ya que se puede confundir con una aparente autoestima alta o positiva, estos niños requieren de una observación más profunda de su conducta para poder describir la inconsistencia de esta imagen, ya que debajo de la máscara de presunción y fanfarroneo, de burla y se comparan con niños de bajo rendimiento, se esconde un niño frustrado que desea ocultar un imagen negativa de sí mismo.

Como consecuencia de esa actitud de arrogancia y prepotencia, suelen ser rechazados por compañeros y adultos por ser interpretados como egoístas, desconsiderados y crueles. La actitud de estos niños responde de forma equivocada ante los demás, formando un círculo vicioso a causa de un mal manejo de su autoestima y es difícil de resolver.

2. 5 TIPOS DE AUTOESTIMA

AUTOESTIMA EN EL HOGAR

En nuestros días el concepto de niñez es un tema de interés tanto en la antropología como en la sociología y la psicología entre otras disciplinas que dejan ver como se fue dando el concepto de niñez a través del tiempo. Sin embargo, uno de los iniciadores de este concepto se le atribuye a Aries remontándonos a ese tiempo dice “Que los niños al ser percibidos diferentes que los adultos se les sometió a métodos más estrictos de crianza y a castigos más severos” (en Pollock, 1990; p.15).

Fue hasta el año 1976 donde Sharte, comenta que “los niños después de haber estado en el último estrato social, se les dio motivo de máxima preocupación familiar” (en Pollock, 1990; p.18). Se pone en evidencia como se ha venido transformando los métodos de crianza en cada familia y este trato cotidiano les forma como seres humanos y les conlleva a tener una autoestima diferente para cada niño.

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas Coopersmith (en Verduzco, 1992).

Los mensajes indirectos o directos cobran importancia en la familia como portadora principal en el yacimiento de la autoestima, donde los padres tienen relevancia para los hijos dada la representación afectiva para ellos.

Los niños aprenden a convivir, hablar, actuar conforme lo que ven o se les enseña, principalmente en su hogar. Corkille (1998), menciona que, “para el niño pequeño, los demás en especial sus padres son espejos infalibles. Cuando su madre los describe como malo Pedrito, concluye que esta debe ser una de las cualidades que él posee y se pone así mismo ese rótulo para ese momento particular”.

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas Coopersmith (en Branden, 1987).

El tener un ambiente hostil genera a quienes los integra una baja autoestima que los pueden orillar a cometer actos desagradables o no aprobados. Satir (1991), plantea que los hijos de familias conflictivas a menudo tienen sentimientos de inutilidad, crecen con una comunicación “torcida”, reglas inflexibles, críticas por sus diferencias, castigos por errores y sin experiencia alguna de aprendizaje de la responsabilidad. Estos niños tienen el riesgo de desarrollar conductas destructivas contra sí mismos y los demás.

Spitzer, comenta que un individuo puede tener autoestima solamente en términos de una identidad o conjunto de identidades, y se forma en el seno familiar consolidando su identidad (en Senties, 2003).

Ackerman (1971), señala que la familia es como una unidad de intercambios y que generalmente los padres son los primeros en dar además de las necesidades biológicas, las emocionales, son como fuente de estima y seguridad que ofrecen a sus hijos (en Pollock, 1990).

Minuchin (1986), refiere que en todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad, en los procesos de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica (en Senties, 2003).

Según Mandelbaum, la familia proporciona una estructura dentro de la cual el niño puede encontrar raíces, continuidad y un sentimiento de pertenencia (en Paz, 2000).

Hurlock expresa que el clima hogareño se refiere a la atmósfera psicológica del hogar, y esta tiene un efecto notable sobre la adaptación personal y social (en Alcantara, 1993).

Rendón (1993), refiere que dentro de la estructura familiar, los padres actúan como agentes socializadores ya que proveen objetivos y valores de los cuales el niño obtendrá pautas de conducta, las cuales constituyen la base para la interacción con los demás, a su vez estas producen reacciones verbales o no verbales por parte de otras figuras significativas.

Estas respuestas le sirven el niño como indicador para saber quién es él y como lo perciben las personas con las que convive (en Senties, 2003).

Bajo este contexto, la actitud parental, en el desarrollo de la autoestima del niño, es de gran importancia, los juicios de los padres resultan determinantes para el menor y la autoestima dependerá del amor que reciba Rogers (en Arellano, 2006).

AUTOESTIMA EN EL AMBITO SOCIAL

Después de los padres, el contexto social también tiene influencia en la formación de la autoestima del niño, está conformada por los amigos, vecinos, y relaciones que se establecen con personas ajenas a la familia.

Paz (2000), considera que en el área social el niño evalúa las interacciones y relaciones que establece con los demás niños del grupo al que pertenece, esta evaluación que el mismo hace de las consecuencias de su comportamiento con los demás niños en términos de la efectividad responde con lo que hizo por la pandilla y su pertenencia al grupo. Estas experiencias le traen como resultado el concepto de sí mismo, la comunicación interpersonal e incrementa su seguridad y su autoestima.

Ardila (en Senties 2003), menciona que al menor lo rodea otra sociedad inmediata, ya que vive en un pueblo, un barrio o una determinada zona de la ciudad, y además asiste a la escuela. En definitiva, existe una sociedad que le envuelve y que él vive en forma distinta a como lo hace el adulto. Al niño le afecta lo que sucede cerca de él aunque le es difícil establecer qué importancia puede tener para su vida, su realidad y seguridad. Gran parte de las relaciones sociales que el niño establece en el ámbito social son relaciones entre iguales de grupo o de edad.

Para Cava (2000), estas relaciones no constituyen un elemento superfluo en el desarrollo del niño, sino que resultan esenciales para la madurez cognitiva, social y emocional, porque esta con compañeros de la misma edad donde no hay diferencias de autoridad, conocimientos o capacidad cognoscitiva que impongan una estructura cualitativa diferente de las interacciones. Por otra parte este tipo de interacciones evolucionan con la edad y presentan características diferenciales en función de las etapas del desarrollo. Este tipo de relaciones favorece el desarrollo de los infantes y les ayudan a tener una mejor adaptación al medio social en el que se desenvuelven, llámese escuela casa centros recreativos, etc.

AUTOESTIMA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

El ámbito escolar constituye un contexto de especial relevancia en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima del niño. “La imagen que se creó en el seno familiar continua desarrollándose en la escuela pero a través de la interacción que mantiene con los profesores, compañeros y amigos y a su vez con las experiencias de éxito y fracaso” Machargo, 1991 (en Cava, 2000; p. 18). Lo que corresponde para cada niño estar en constante valoración de su autoestima.

Cava (2000), señala que, existe relación entre el rendimiento escolar y el autoconcepto académico pero como la mayoría de los estudios son de tipo correlacional no explican si el autoconcepto, es causa del rendimiento o si el rendimiento es lo que determina el autoconcepto.

Lo cual menciona que lo más probable es que ambas variables se afecten mutuamente y que un cambio positivo en una de ellas facilite un cambio positivo en una de ellas.

La imagen de sí mismo del niño ha comenzado a crearse en el seno familiar y esta continuará desarrollándose en la escuela a través de la interacción con el profesor, compañeros y amigos.

El niño según Freud, en la edad escolar de 5 a 7 años el niño (a) comienza a distinguir implicaciones morales de su conducta y comienza a distinguir entre categorías deseables y no deseables de actuación. Por lo tanto, estas situaciones lo conllevan a ser parte de un grupo social y le permite balancear su autoestima (en Hurlock, 1977).

Para los niños de edad escolar entre los 8 y 12 años de edad las normas estéticas de diferentes culturas tienen influencia positiva o negativa sobre la manera de cómo se perciben los cambios corporales que ocurren en este periodo.

Los pequeños se juzgan a partir de sus apariencias físicas y también de acuerdo a sus habilidades en el deporte, la apreciación artística, etc. (Newman & Newman 2001).

Erikson (1976), señala que los niños obtienen su primera experiencia con la vida al ingresar a la escuela. En la clase prueban por vez primera lo que va a ser importante de sus vidas: dedicarse a tareas y habilidades determinadas que son, más que la mera expresión en el juego de modalidades de los órganos o el placer de la función de los miembros. Es decir los niños aprenden que necesitan trabajar y obtener reconocimiento produciendo cosas (Hurlock, 1977).

Osorio y Sánchez, mencionan que el rendimiento escolar va a estar influenciado por el tipo de relación que haya obtenido con sus padres en la niñez, la calidad se proyectará en la resolución de problemas y seguimientos de instrucciones de forma correcta que conlleva al desarrollo intelectual y emocional. El impacto de la relación en la familia sobre el desarrollo emocional, social e intelectual explica el aumento de la autoestima y la motivación hacia la escuela (en Alcántara, 1993).

A su vez, las relaciones familiares armoniosas y los logros de los hijos retroalimentan a los padres sobre su habilidad como padres y tienden a seguir mejorando la calidad de crianza.

Verduzco (1992), refiere que en las experiencias escolares el niño aprende como es visto y tratado de acuerdo a sus habilidades o a los resultados que obtiene, formando de esa manera una nueva e importante parte de su imagen.

La imagen que el niño se forma de sí mismo es la que carga como guía para sus acciones y así espera ser tratado. Esta autoimagen es el contenido de sus percepciones y opiniones, su autoestima representa las actitudes, valores y la evaluación que él hace de su autoimagen.

Cava y Misitu (2000), mencionan que la relación entre autoconcepto y los logros académicos es recíproca y no unidireccional, de modo que el éxito académico mantiene o mejora la autoestima influyendo en su rendimiento académico, en sus expectativas y su motivación.

Caballero (2000), señala que el niño de acuerdo a sus experiencias memoriza las sensaciones y emociones positivas o negativas que le ayuda a diferenciar, aprender, simbolizar y expresar su entorno conforme va adquiriendo nuevas experiencias con las personas.

La escuela además de ser un contexto en la que las capacidades de los niños son continuamente evaluadas, también es un medio caracterizado por continuas interacciones, donde se dan de forma espontánea y directa las comparaciones de la capacidad y diferentes habilidades con otros compañeros. También el profesor juega un papel imprescindible para el desarrollo del autoconcepto y el rendimiento de los alumnos a través de sus expectativas, actitudes, conductas y estilos docentes.

Herrero (en Cava, 2000) “menciona que el estudio de la autoestima suscita un creciente interés no solo por sus implicaciones en el rendimiento académico y el ajuste escolar, sino también como consecuencia de su relación con el ajuste social, bienestar y la salud. En este sentido, la autoestima se ha planteado como un importante recurso interpersonal, cuya potenciación puede redundar en un mejor ajuste de los individuos”, p.21.

Por lo tanto la autoestima se va adquiriendo conforme cada persona se vaya desarrollando en las diferentes áreas: social, cultural, familiar, etc., siendo el resultado de hábitos y aptitudes adquiridos. En la escuela los profesores deben de estar capacitados para dar el trato correspondiente a cada niño motivándolo a obtener mejores resultados a descubrir sus habilidades y retroalimentarse mutuamente para convivir en un contexto social solidario, de respeto y perseverancia.

2.6 AUTOESTIMA EN EL NIÑO CON TDAH

Al hablar de autoestima en la infancia habrá de enfatizar la importancia de las experiencias físicas del niño y el descubrimiento de los límites del propio cuerpo. Los niños entre 8 y 12 años de edad son vulnerables en su autoestima debido a los cambios que sufren tanto físico como psicológicamente en esta edad. En base a lo revisado, los niños que presentan TDAH son más vulnerables ante esta situación.

Se ha mencionado las dificultades que presentan los niños con TDAH en su conducta (inquietos, distraídos, impulsivos, etc.), y la presión que reciben de los padres, maestros y de una sociedad que pide un buen comportamiento y buen rendimiento escolar, es difícil imaginar el estado emocional que experimentan algunos niños con este trastorno al no satisfacer las necesidades de otros.

Coopersmith (1967), refiere que los conceptos que los niños forman sobre sí mismos conforme se van desarrollando, se basan en la forma en que son tratados por personas allegadas que les son significativas como los padres, maestros o compañeros (en Verduzco,1992).

En las actitudes positivas o negativas y los valores a través de los cuales la persona ve su propia imagen, así como las evaluaciones o juicios que se hacen de ella, se va formando la autoestima, y por lo tanto, después de la revisión realizada, esta puede entenderse como, el conjunto de actitudes y creencias sobre sí misma que la persona trae consigo al enfrentarse al mundo.

Como resultado de su incapacidad para satisfacer las demandas académicas, el niño con TDAH, genera conductas o problemas secundarios, como son: depresión, enojo, agresividad y/o baja autoestima.

La autoestima juega un papel importante en el desarrollo del niño en la escuela éste puede verse afectado de diversas maneras. La mayoría de ellas involucra situaciones embarazosas para el niño. Por ejemplo algunos maestros hacen que repitan grado escolar debido a su incapacidad, esto les provoca una baja autoestima al ver que sus compañeros de grupo avanzaron a otro grado, y que ellos aún de haberse esforzado no lo hicieron, además son objetos de burlas todo esto es un indicador para ellos de su ineptitud (Pini, 2001).

Bauermeister menciona que desafortunadamente los niños con TDAH poseen una capacidad disminuida para autorregular el comportamiento y siendo la autoestima ésa fuerza poderosa que ayuda a sobreponernos y resistir situaciones difíciles de la vida y que ésta empieza a desarrollar desde la infancia, estos niños tienen el riesgo de recibir más mensajes negativos en cuanto a su persona (en Arellano, 2006).

Flick (2000), refiere que mientras más grande es el número de experiencias de fracaso, más negativa o más baja será la autoestima del niño, esto se origina al darse cuenta de que tienen habilidades sociales deficientes, el autoconcepto que se van formando de sí mismos puede ser negativo, por las múltiples dificultades a las que se ha enfrentado; a través del tiempo los pueden acumular un buen número de mensajes negativos y esto llega a un punto donde generalmente este es negativo (Paz, 2000).

En cualquiera de los círculos sociales donde está inmerso, el niño con TDAH no puede posponer sus sentimientos, pues la menor dificultad lo desespera.

Cualquier contrariedad “*saca al niño de sus casillas*”, este se irrita con mucha facilidad y pierde el control de sí mismo (Uriarte, 1989).

En un estudio realizado de “*Nivel de madurez mental y situación emocional en un grupo de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) explorados a través del DFH de Koppitz*” realizado por Villarino (1998), muestra que los niños con TDAH presentan un déficit en el desempeño general, de acuerdo al mayor número de omisiones que tuvieron en la prueba y por lo consiguiente un nivel de madurez mental inferior.

Además de presentar problemas en las relaciones interpersonales y problemas emocionales serios, tales como inseguros, deprimidos y con más sentimientos de preocupación, inadecuación y culpa por su comportamiento.

Solzi (2008), asegura que los niños con TDAH manifiestan baja autoestima o con formaciones compensatorias que aparentan una alta autoestima, esto es porque pasan el día entre las críticas, reprobaciones, castigos, sanciones, o en el mejor de los casos la indiferencia desde su entorno.

Considera que la edad que tiene el niño también influye ya que de acuerdo a su capacidad de reflexión que muchos niños tienen la convicción de que no pueden hacer nada bien, o que son malos.

Propone que un buen abordaje con los padres puede ayudar en el desarrollo de su personalidad y esto se verá reflejado en su autoestima; esto consiste en enseñar a los padres en identificar cuando el niño logra una conducta favorable, en una conducta que generalmente tiene dificultad de controlar, es importante reconocer su esfuerzo y evitar el castigo ya que esto no mejorará la posibilidad de que este comportamiento incompetente mejore; la educación es una manera de tratar de solucionar este problema, que los deberían adoptar (Polaino, 2000).

Kazdin menciona que la autoestima ocupa un lugar especial puesto que se considera uno de los elementos más relevantes de la red nosológica de la depresión infantil junto con la desesperanza, problemas de socialización y aparición de acontecimientos vitales negativos, pero al mismo tiempo es un constructo con entidad propia que constituye el eje explicativo de otro tipo de conductas tales como el éxito social, profesional y personal (en Estrada, 1995).

La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño. Las constantes experiencias de fracaso pueden contribuir a generar en el pequeño estilos pensamientos anticipados que pueden iniciar un comportamiento depresivo.

La ansiedad que suele acompañar a estos acontecimientos puede hundir al sujeto en un estado de indefensión y desvalimiento, por cuyo defecto se inhiba.

Brevemente se mencionará lo que es la depresión infantil que en algunos casos puede ser que se presente en el niño con TDAH como resultado de un mal manejo, en el diagnóstico o comorbilidad (en Polaino-Lorente, 1988).

La semiología de la depresión en el niño es especialmente variada. Weinberg y cols. (en Ajuarriaguerra & Marcelli, 1996) destaca 10 conductas siguientes como síntomas más importantes de la depresión infantil:

- Humor disfórico.
- Autodepreciación.
- Comportamiento agresivo (agitación).
- Trastorno de sueño.
- Modificaciones en el rendimiento escolar.
- Retraimiento social.
- Modificación de la actitud hacia la escuela.
- Quejas somáticas.
- Pérdida de la energía habitual.
- Modificación inhabitual del apetito y/o del peso.

Si se tiene sospecha sobre un cuadro depresivo en el niño es importante solicitar la intervención de un especialista (paidopsiquiatra) para descartar un cuadro depresivo.

2.7 INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH PARA NIÑOS

Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad son poco tolerantes, impulsivos y con problemas de atención, estos síntomas se presentan con mayor frecuencia originando en el niño por su conducta y entorno social sentimientos de rechazo, frustración y baja autoestima (Solzi, 2008).

Los estudios muestran que la baja autoestima en los niños a menudo se encuentra relacionada con fracasos escolares, delincuencia y drogadicción (Reasoner, 1982), con depresión (Beck, 1967, ansiedad Rosenberg, 1962), apatía, aislamiento y apatía (en Verduzco, 1992).

Bauermeister (2000), ha observado que en la medida en que el niño se siente aceptado o ignorado en lo que hace o como se desarrolla será su aceptación o rechazo para el mismo, considerando que los padres son el primer punto de referencia y se ven reflejadas su imagen positiva o negativa. Por consiguiente entendiendo la autoestima como un conjunto de sentimientos y creencias que las personas tienen y se encuentran relacionadas con sus valores y su percepción que gira en torno a si son capaces o no, si se consideran personas buenas o malas, listas o tontas y también si merecen o no ser querida (en Arellano, 2006; p.3).

Esta evaluación hace que cada persona se desarrolla en sus diferentes ámbitos de acuerdo al nivel de autoestima que se percibe aunque no siempre su equivalencia con lo real y lo que no es, sea congruente.

Por su gran importancia e interés de conocer el nivel de autoestima en el niño, se han desarrollado instrumentos de evaluación de la autoestima que sirven como herramientas clínicas y de investigación, entre las que se encuentra el Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños (en Verduzco y Lara, 1989). La validez y confiabilidad del instrumento han sido ampliamente estudiadas (Kokens, 1973, 1974, 1978; Coopersmith, 1982, Jonson, 1983; Robertson, 1986; Kozelluk y cols, 1990). En el caso de México, este instrumento ha sido traducido y aplicado a población infantil mexicana con buenos resultados en cuanto a su validez y confiabilidad (Verduzco, 1992).

Este instrumento consiste en 50 reactivos directamente relacionados a la autoestima, agrupados en 4 subescalas: self general, con 26 reactivos y escuela, hogar y ambiente social, con 8 reactivos cada una. Incluye además una escala de deseabilidad que mide el intento por dar una imagen favorable de sí mismo, también con 8 reactivos. Como producto de un estudio previo (Verduzco y Lara, 1989), se hicieron modificaciones a la redacción de los ítems 18, 37 y 57, ya que mostraron poca claridad (ver anexos).

MÉTODO

Actualmente se siguen realizando investigaciones en nuestro país sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, la demanda de atención en los hospitales en el área de psiquiatría ha incrementado. En la unidad terapéutica de niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN), este padecimiento ha llegado a constituir el 45% de las consultas según lo reportado por Macías-Valdez y cols. (1986).

El niño con TDAH cuando ingresa a la escuela enfrenta el reto de responder a las exigencias de un buen comportamiento y rendimiento escolar; como resultado de una incapacidad para satisfacer las demandas académicas, el niño con TDAH genera conductas o problemas secundarios como son depresión, enojo, agresividad y/o baja autoestima. La autoestima juega un papel importante en el desarrollo del niño. En la escuela esta puede verse afectada de diversas maneras. La mayoría de los menores con TDAH se involucran en situaciones embarazosas. Por ejemplo, algunos maestros hacen que repitan grado escolar debido a su incapacidad en su desempeño escolar, esto les provoca una baja autoestima al compararse con sus compañeros que avanzaron a otro grado escolar, además de poder ser objeto de burla, todo esto puede ser indicador para ellos de su ineptitud (Pini, 2001).

Bizama (1995), engloba la importancia de la escuela y del hogar en el desarrollo de la autoestima. Plantea la importancia de que los alumnos de hoy desarrollen una autoestima positiva para lo cual es necesario que se desenvuelva en un ambiente de cordialidad y afecto permanente, y que el amor y la generosidad sea el centro de toda las vivencias que se les ofrezcan en la escuela y en el hogar (Solzi,2008).

Por ello esta investigación tiene por objetivo evaluar la autoestima a través del inventario de Coopersmith. Se espera en esta valorar el nivel de la autoestima en niños con TDAH que de acuerdo Gratch, (2000) p.20 “la baja autoestima es consecuencia del padecimiento crónico en niños con TDAH en base al historial de fracaso, rechazo y frustración, repercutiendo en el área, individual, social, familiar y/o escolar”.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existirá alguna asociación entre el TDAH de los niños y su autoestima?

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente: Autoestima

Variable Independiente: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Variable Dependiente: Autoestima, Coopersmith (en Branden, 1987), ha definido la autoestima como la evaluación que hace y mantiene constantemente el individuo en relación consigo mismo expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. En suma la autoestima es un juicio personal que se tiene hacia si mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otro por medio de informes verbales y otros comportamientos.

Variable Independiente: TDAH

Gratch (2000), define el TDAH como un trastorno de base neurológica o neuroquímica aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá o no un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno. Anexar criterio del DSM IV (impulsividad, inatención e hiperactividad).

DEFINICION OPERACIONAL

Variable Dependiente: Las partes que componen el inventario de Coopersmith, contempla 50 reactivos con respuestas dicotómicas. Traducido y adaptado por Verduzco y Lara,(1989), este instrumento se divide en 4 áreas individual, hogar, escuela y social, en la primera se observa como se siente seguro de si mismo y que se acepte, en el área del hogar como se relaciona con los padres y como lo perciben, en la escuela como se desenvuelve, participa y su desempeño escolar y el área social como se interrelaciona con los demás.

Variable Independiente: son características observables que describen el trastorno (TDAH), que contemplan las tres áreas: impulsividad, hiperactividad, y atención. En la primera es poco tolerante al esperar turno, se precipita para dar respuestas, interrumpe frecuentemente. En la segunda mueve con exceso manos y pies, corre o salta excesivamente en situaciones que no es apropiado, habla en exceso. En la tercera no presta atención suficiente a los detalles, tiene dificultad para organizar sus tareas, extravía sus objetos necesarios para actividades, parece que no escucha cuando se le habla, se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. Las cuáles se consideraron para el diagnóstico elaborado por el grupo Interdisciplinario del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

SUJETOS

Se tomaran 54 sujetos entre 7 y 12 años de edad que han sido diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y tenga citas subsecuentes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños o niñas diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad en su expediente proporcionado por el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- Niños o niñas sean pacientes subsecuentes.
- Niños o niñas de 7 a 12 años de edad.
- Niños o niñas con coeficiente intelectual de Normalidad (90-109).
- Niños o niñas con o sin tratamiento farmacológico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños o niñas que presentaran otro trastorno (disocial, Tourette, negativista desafiante).

MUESTREO

No probabilístico intercalado que permite comprobar si una población de la cual se ha extraído una o mas muestras posee una característica determinada y también evalúa alguna característica numérica o parámetro de la población representada por una muestra (Kerlinger, 1991; p.492).

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de Campo:

Los estudios de campo son investigaciones científicas no experimentales que buscan descubrir las relaciones u asociaciones exploratorias entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales (Kerlinger, 2003).

Es descriptivo por que incluye una sola población, cuyo objetivo es sistematizar y cuantificar hecho con el fin de conocer con mayor precisión el fenómeno. Moreno y Moreno, 1994 (en: Mendoza-Nuñez, 1998).

Diseño: No Experimental tipo transversal y descriptivo, en los que no se manipula la variable independiente, y se recolectan los datos en un solo momento y en un tiempo determinado (García, 2009).

INSTRUMENTOS

Se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith , estandarizada y validada para la población mexicana por Verduzco y Lara (1989) que consiste en 50 reactivos directamente relacionados a la autoestima alta y autoestima baja, agrupados en 4 subescalas:

La autoestima con respecto al propio individuo (self), con 26 reactivos

La autoestima en relación al área social con 8 reactivos

La autoestima en relación al hogar con 8 reactivos

La autoestima en relación a la escuela con 8 reactivos

Incluye una escala de deseabilidad que mide el intento a dar una imagen favorable de sí mismo con 8 reactivos (Verduzco y Lara 1989).

Como producto de un estudio previo (Verduzco y Lara 1989), realizó modificaciones en la redacción de los ítems 18, 37 y 57 ya que mostraron poca claridad. Los reactivos se responden con un Sí o No y, en algunos casos, una respuesta afirmativa indica alta autoestima mientras que en otros, ésta es manifestada por una negativa.

La calificación se obtiene de la suma de estos puntos multiplicados por dos. El Alpha de Cronbach es de 0.77, que de acuerdo a Magnusson 1970, el coeficiente de confiabilidad para una versión de ensayo de un nuevo test se calcula que sea de 0.75, es decir que el puntaje previo es aceptable en los límites. Coopersmith 1967 (en Verduzco, 1992).

PROCEDIMIENTO

Fase 1 Planeación: Se solicitó a la dirección del departamento de Psicología de la FES Zaragoza un oficio dirigido al Hospital Dr. Juan N. Navarro donde nos brindó la oportunidad de llevar a cabo dicha investigación en niños con TDAH, así como facilitaron las instalaciones y horarios correspondientes de los niños de 8 a 10 años de edad.

Fase 2 Aplicación: Se solicitó el expediente de los pequeños para conocer el tiempo que tiene con este trastorno y su posible causa, a su vez se pidió permiso para entrevistar a los padres de familia para conocer los cambios que han notado en el niño después del diagnóstico y tratamiento.

En el salón o cubículo se solicitó la cooperación de los pacientes, informando que el cuestionario tiene por objetivo conocer su forma de sentir y pensar con respecto a sí mismo. Se les pidió que llenaran sus datos con letra legible o clara y que leyeran cada frase y marcaran con una cruz (x) ya sea "sí" o "no" según corresponda y contestaran a la brevedad posible.

Para cualquier aclaración era suficiente con levantar la mano, para acudir a su lugar. El tipo de respuestas es dicotómico, la sesión tuvo una duración aproximada de una hora una sola vez, a los padres se les aplicó una entrevista para historia clínica.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación, en un primer momento se realiza un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente se presenta los resultados del análisis del Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson.

Análisis Descriptivo:

Cuadro1. Edad de los participantes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
7	3	5.6
8	6	11
9	20	37
10	14	25.9
11	8	14.8
12	3	5.6
Total	54	100

El cuadro 1, indica que existe un mayor número de participantes de la edad de 9 años con un porcentaje de 37%, le sigue la edad de 10 años con un valor de 25.9%, lo que indica que el 62.9% de la muestra están el rango de 9-10 años.

Cuadro 2. Sexo de los participantes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	48	88.9
Femenino	6	11.1
Total	54	100

El cuadro 2, muestra que existe un mayor porcentaje mayor en el sexo masculino al existir el 88.9% de los participantes.

Cuadro 3 Tratamiento

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
No medicado	19	35.2
Medicado	35	64.8
Total	54	100

El cuadro 3 muestra una mayor frecuencia de un 64.8% en los participantes medicados y un 35.2% en los participantes no medicados.

Cuadro 4 Nivel de la autoestima

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Baja intensidad	6	11.1
Regular bajo	15	27.8
Regular intenso	22	40.7
Intenso	11	20.4
Total	54	100

El cuadro 4 indica que nivel de autoestima está vinculado con el de regular bajo a regular intenso con un 68.5 % del total de los participantes.

Cuadro 5 Nivel de hiperactividad

Nivel de hiperactividad	Frecuencia	Porcentaje
Baja intensidad	10	18.5
Regular bajo	11	20.4
Regular intenso	20	37.0
Intenso	13	24.1
Total	54	100

El cuadro 5 refleja un nivel de hiperactividad de regular intenso e intenso con un porcentaje de 61.1 % del total de los participantes.

A continuación se presenta el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson, donde se busca establecer la asociación entre el nivel de autoestima y el TDAH de los menores.

Cuadro 6. Correlación entre niveles de autoestima y TDAH

		TDAH	Autoestima
TDAH	Correlación de Pearson	1	-.283
	Significancia (bilateral)		.038
	Muestra	54	54
Autoestima	Correlación de Pearson	-.283	1
	Significancia (bilateral)	.038	
	Muestra	54	54

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

El cuadro 6, muestra una correlación inversamente proporcional entre el TDAH y la de autoestima, con un coeficiente de $-.283$ con un nivel de significancia de $.038$.

Los resultados de este estudio por lo que los indican a mayor autoestima menor nivel de hiperactividad e inversamente a mayor hiperactividad menor nivel de autoestima.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue saber si existe una asociación estadísticamente significativa en el nivel de autoestima en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

En la práctica profesional se demuestra que generalmente los niños que presentan trastorno con déficit de atención e hiperactividad, obtienen poca gratificación como resultado de su comportamiento y de su trabajo y con frecuencia son etiquetados como “flojos” o “groseros”, tanto en su casa como en la escuela y esto trae como consecuencia que además de su problema básico (TDAH) muestran inseguridad.

De acuerdo a Verduzco, (1992), los menores perciben una imagen defectuosa de ellos y posiblemente se conducirán ineficazmente en su entorno familiar y social, así mismo la conducta impulsiva promueve un conjunto de reacciones que les dan un sentimiento de pérdida de control para hacer frente a las demandas de un medio hostil para estos y pueden reaccionar con diferentes conductas, por ejemplo gritar, golpear, volverse meloso o adoptar comportamientos infantiles, siendo estas o estos en su mayor parte defensivas (os).

Esto se corrobora con los resultados obtenidos en la investigación, ya que se observa una correlación inversamente proporcional con una R de .283 y con un nivel de significancia de .038, lo que significa que existe una asociación entre una condición y otra.

Se debe favorecer un entorno que propicie el incremento de la autoestima sana para ayudar al niño con TDAH. A su vez el núcleo familiar promueve las bases del desarrollo de la autoestima que habrán de reflejarse en el buen comportamiento del menor ante cualquier situación.

Existe un gran número de variables psicológicas, sociales y educativas en la familia, que afectan de manera relevante el desarrollo de la autoestima infantil (Moreno, 1994).

Respecto a la edad se observa que 62.9% del total de los participantes se encuentran en un rango de edad entre 9 y 10 años.

Uriarte (1989) menciona que los síntomas primarios del TDAH como son la impulsividad, hiperactividad e inatención resaltan entre los 8 y 10 años de edad y que a veces puede ser visto como normal porque es la edad en que el niño es inquieto. Sin embargo la intensidad y la frecuencia con que se presenta es lo que alerta al maestro y padre para solicitar ayuda profesional, esto se confirma con lo que menciona García 1989 (en Arellano 2006), que menciona que las auto instrucciones o el lenguaje interno que mediatiza la conducta se desarrolla tardíamente o no se desarrolla en los niños portadores de un TDAH debido al comportamiento irreflexivo e impulsivo que los caracteriza.

La frecuencia del 88.9% del género masculino de la muestra, confirma lo dicho por Orjales (1989), en donde indica que los varones muestran mayor prevalencia en este trastorno indicando que hay 8 varones por una niña.

Cabe destacar que en el caso del tratamiento farmacológico se da una frecuencia del 64.8% que son medicados y el 35.2% no reciben tratamiento farmacológico, las razones que dan los padres de familia de no aceptar el medicamento son diversas, entre ellas las repercusiones a largo plazo y que llegue a provocar adicción en el menor.

Otras las manifestaciones de dolor de estómago y de cabeza y pérdida del apetito, la poca continuidad en el seguimiento del tratamiento y los obstáculos para dárselos estando en la escuela también la adquisición económica del medicamento que no se podía solventar.

Autores como Bledsoe, Brookver, Thomas, (sic), en (Cava,2000) indican que los niños con alta autoestima tienen mejores resultados en el trabajo escolar en comparación con los menores con niveles bajos de autoestima y los datos obtenidos en la presente investigación muestra niveles de regular bajo a regular intenso de esta, con un porcentaje en un 68.5% de la muestra.

De acuerdo a la pregunta de investigación, ¿Existirá alguna asociación entre el TDAH de los niños y su autoestima los niños?, en los resultados se observa que a mayor nivel de hiperactividad el niño tiende a presentar un nivel menor de autoestima y al presentar un menor nivel de hiperactividad mayor nivel de autoestima.

Como resultado de su incapacidad para satisfacer las demandas académicas, el niño con TDAH, genera conductas o problemas secundarios, como son: depresión, enojo, agresividad y/o **baja autoestima**. La autoestima juega un papel importante en el desarrollo del niño en la escuela éste puede verse afectado de diversas maneras.

La mayoría de ellas involucra situaciones embarazosas para el niño. Por ejemplo algunos maestros hacen que repitan grado escolar debido a su incapacidad. Esto les provoca una baja autoestima al ver que sus compañeros de grupo avanzaron a otro grado, y que ellos aún de haberse esforzado no lo hicieron.

De acuerdo con Flick (2000), que refiere que mientras más grande es el número de experiencias de fracaso, más negativa o más baja será la autoestima del niño, esto se origina al darse cuenta de que tienen habilidades sociales deficientes, el auto concepto que se van formando de sí mismos puede ser negativo, por las múltiples dificultades a las que se ha enfrentado; a través del tiempo los pueden acumular un buen número de mensajes negativos y esto llega a un punto donde generalmente el auto concepto es negativo.

Coopersmith (1967), menciona que los conceptos que los niños forman sobre sí mismo conforme se van desarrollando, se basan en la forma en que son tratados por personas allegadas que les son significativas como los padres, maestros o compañeros (en: Verduzco, 1992).

Se ha considerado que las experiencias en la escuela primaria de éxito o fracaso son esenciales para el desarrollo del niño para la formación de la personalidad y para consolidar una percepción negativa o positiva sobre sus capacidades, actitudes de aprendizaje, hacia el estudio y hacia sí mismo.

Finalmente de acuerdo a Solzi (2008), los niños con TDAH manifiestan baja autoestima o con formaciones compensatorias que aparentan una alta autoestima, esto es porque pasan el día entre las críticas, reprobaciones, castigos sanciones, o en el mejor de los casos la indiferencia desde su entorno. Considera que la edad que tiene el niño también influye ya que de acuerdo a su capacidad de reflexión, muchos niños tienen la convicción de que no pueden hacer nada bien, o que son malos (Paz, 2000).

En contraste con lo que menciona Sullivan (1953) y Jiménez (1998) la autoestima es básica para el desarrollo normal del ser humano y que al no tener una autoestima positiva impide que las capacidades y habilidades a nivel social, escolar, en el hogar y consigo mismo disminuyan la resistencia a las adversidades en donde las experiencias tempranas que tiene el niño con su familia tienen un impacto trascendental en las concepciones del sí mismo (en Arellano, 2006).

En los resultados de esta investigación refiere que existe una correlación inversamente proporcional con un rango de .283 y con un nivel de significancia de .038 dejando en claro que existe una asociación entre la autoestima y el TDAH. Considerando que se tiene que favorecer un buen nivel de autoestima para que las repercusiones en el niño con TDAH sean menos.

Al incrementar el nivel de autoestima del niño con TDAH no se va a curar como se ha mencionado en el capítulo de tratamiento y requiere de una intervención interdisciplinaria (psicólogo, médico, y paidopsiquiatra).

Pero es importante intervenir en su autoestima del niño con la finalidad que el tratamiento que requiera repercuta primero que nada en sentirse bien consigo mismo, conocer que es lo que padece para que se permita comprender y entender las causas de su conducta fomentando la responsabilidad y conciencia en el, de acuerdo a su edad.

Branden (1993), menciona que la autoestima es una poderosa fuerza interior en cada uno de nosotros que nos da el derecho a afirmar nuestras necesidades. De esta manera el niño tendrá la capacidad de comprensión y resolución de pequeñas problemas, conductas o actitudes a su alcance.

Considerando la importancia que tiene la familia como soporte del desarrollo de la autoestima en el niño para integrarse a la sociedad, debe aceptar el trastorno de su hijo(a), informarse y adquirir la responsabilidad necesaria para que el tratamiento sea exitoso. Recordando a Satir (1991), que los hijos de familias conflictivas con sentimientos de inutilidad corren riesgos en desarrollar conductas destructivas contra sí mismos y los demás.

Por lo tanto, el niño necesita un ambiente donde principalmente los padres lo comprendan, lo ayuden y lo apoyen para que pueda realizarse como un individuo exitoso y productivo. Todo niño cobra confianza en sí mismo y en los otros, en sí mismo y en las otras personas de su entorno que lo aman y desean su desarrollo de la afirmación de su personalidad (Dolto, 1985).

Para favorecer la autoestima se sugiere:

Buscar y resaltar sus fortalezas, ya que puede llegar a hacer más prominentes en la vida del niño que sus propias dificultades.

Ofrecerle retroalimentación positiva y asegurarse de que el niño sienta no solamente que es apreciado, sino que es especial para usted.

Desarrollar un sentido de responsabilidad y ayudar a los demás.

Enseñarlo a sentir que es normal que cometa errores.

Es importante que comprenda que los errores no son fracasos o un reflejo de inadecuación, sino pasos importantes en el proceso normal de aprender.

Darle oportunidad para analizar los problemas que se le presenten en su vida cotidiana, que tome decisiones y resuelva.

Apoyar y reconocer por el esfuerzo realizado en las actividades en las que tenga dificultad.

Permitirle que descubra sus talentos y capacidades y explótelos.

Todas estas sugerencias se deben llevar a cabo en un ambiente de amor y aceptación llevando al niño a retos cotidianos de acuerdo a su edad, reconociendo sus logros de forma positiva, recordando que las palabras tienen gran impacto en la autoestima del menor. Las ordenes e indicaciones que se le den al menor deben ser de forma positiva sin agregar palabras como "nooo" "eres..." "no puedes" "no lo vas a lograr" "te lo dije..." porque se puede identificar con esas palabras y lo limitaría a esforzarse y a cambiar su conducta.

En esta investigación se desprenden algunas sugerencias a los padres de familia que le ayudaran a manejar el TDAH en su hijo (a).

1. Mantenerse informados del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
2. Tener comunicación clara y continua entre ambos padres y respetar los acuerdos.
3. Los padres de familia establecerán las sanciones y privilegios que se llevaran a cabo en determinadas conductas y situaciones e informar al menor con TDAH.
4. Enseñarle a ser responsable de su conducta, de sus acciones y reacciones.
5. Enseñarle a respirar profundo, contar del uno al 10 de forma pausada y alejarse de la situación si se siente demasiado irritado.
6. Enseñarle con el ejemplo, los valores como el respeto, la honestidad, la cooperación, la comunicación, la prudencia, y que lo lleve a la práctica el niño (a).

Algunas sugerencias para el profesor son:

- Informar a los padres o dirección de alguna conducta o actitud que considera fuera de lo "normal" del niño (a).
- Solicitar apoyo de los padres de familia que el niño(a) reciba la atención adecuada para tener un diagnóstico.
- Establecer comunicación con los padres de familia para reforzar tratamiento preestablecido por los especialistas.
- Mantener informados a los padres, dirección sobre los avances del niño.
- Informarse sobre el TDAH y darle un trato cordial y respetuoso al niño (a) considerando por la etapa que está pasando.

Con respecto a las sugerencias para manejar el TDAH en el niño son:

- Apoyo psicopedagógico o refuerzo escolar a través de terapia.
- Manejo de acuerdos con los padres de familia y profesores, informándolos, sensibilizándolos y brindarles estrategias de trabajo según sea el caso.
- Reducir los diálogos para estos niños por los lapsos cortos de atención que tienen y así evitar distracciones.
- Utilizar técnicas cognitivas conductuales como modelamiento, las autoinstrucciones, autorreforzamiento.
- Trabajar las habilidades sociales, seguimiento de reglas y formación de hábitos.
- Conocer la dinámica familiar y tener cuidado especial cuando la familia sea disfuncional.

- Fomentar actividades creativas que le permitan al niño favorecer su atención. Esta investigación tuvo limitación en su estudio por que la muestra de la población es pequeña para referir sus resultados en forma global de la relación de la autoestima con los niños con TDAH.

La normatividad del inventario de Coopersmith de la autoestima para niños mexicanos nos permite evaluar este factor pero seria conveniente realizar un tipo taller de intervención en un grupo control para concretar la función del nivel de la autoestima en los niños de TDAH.

Es sabido que además de trabajar la autoestima en estos niños los multifactores que se combinan en el desarrollo de la autoestima se tienen que trabajar en cada núcleo familiar, estar en constante observación y continuar estructurándola para que contribuya en sus alcances como persona en todos sus ámbitos tanto a nivel social, escolar, familiar, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuariaguerra, J. & Macelli, D. (1996), Psicopatología del niño. Barcelona. : Masson.
- Alcántara, J. (1993), Como educar la autoestima. Perú.: CEAC.
- Almeida, M. (2005), Alteraciones anatómico-funcionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (en: salud mental) vol.28 num.003 (INPRF).
- Arellano, M. & Astorga A. (2006), Efectos de un programa cognoscitivo-conductual sobre la autoestima en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad UNAM Tesis.
- Ávila, C. & Polaino, A. (2002), Niños Hiperactivos. México. : Alfa Omega.
- Barkley, R. (1998), Attention-Deficit Hiperactivity Disorden A Hand Book por Diagnosis y Treatment. N.Y.: Guilford.
- Benávides, G. (2003), El Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad, Guía para padres. México. : Trillas.
- Benjumea, P. & Mojarro; P. Trastornos por déficit de atención hipercineticos: de Hoffman a la CIE 10. (en: Psiquis) octubre 1994 vol.47.
- Branden, N. (1987), Los seis pilares de la autoestima. México.: Paidos.
- Brown, T. (2003), Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. México.: Masson.
- Caballero, M. (2000), La manera de cómo influyen los mensajes verbales y no verbales de los padres en la autoestima del niño. UNAM Tesis.
- Caso, N. (1999) Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes UNAM Tesis de Maestría.
- Cava, M. J. & Mimitu, G. (2000). La potenciación de la autoestima en la escuela. Barcelona.: Paidos.
- Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes. (1996) Clasificación CIE-10.: Panamericana.
- Corkille, D. (1998), El niño feliz, su clave psicológica. Barcelona.: Gedisa.
- Cruz, M. (2001), El niño con TDAH propuesta de un manual para padres y maestros. UNAM, Tesis.
- DSM IV (1995), Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales. México.: Masson.
- García, B. (2009), Manual de Investigación para las Ciencias. México.: Manual Moderno.
- Estrada, M. (1995), Autoconcepto, autoestima y rendimiento académico en niños. México. Tesis.
- García, M. (2003), Fármacos estimulantes y psiquiatría infantil. Una revisión de su aplicación en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad en niños. (en: Salud mental), vol.26, num.2.
- Gratch, L. (2000), El Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD). México.: Panamericana.
- Grau, A. & Meneghello, J. (2000), Psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia. Buenos Aires.: panamericana.
- Hurlock, E. (1977), Desarrollo psicológico del niño. : Mc Graw-hill cuarta edición.
- Juárez, S. (2004), Una propuesta a padres para mejorar la autoestima en un niño con Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad. Tesina, C.U.

- Kerlinger, F. (1991), Investigación del comportamiento. México.: Interamericana.
- Magnusson, D. (1977), Teoría de los test. México.: Trillas.
- Manga, D. & Fournier, C. (2006), Neuropsicología clínica infantil. Madrid.: Universitas.
- Mendoza-Núñez, V. (1998), Tipos de Investigación (en: Diseño de Investigación). abril 1998, vol, v num.4
- Milton, J. & Solnit, M. (1971). Trastornos de la conducta y del desarrollo en el niño.: Pediatría España.
- Nerici, I. (1984), Hacia una didáctica general dinámica. México.: Kapelusz.
- Newman, B. & Newman, P. (2001), El desarrollo del niño. México.: Limusa.
- Orjales, V. (1998), Déficit de Atención con Hiperactividad, Madrid.: Aguilar.
- Orjales, V. (2002), Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores. España.: Ciencias de la educación preescolar.
- Paz, B. (2000), Déficit de autoestima. España.: Pirámide.
- Pini, E. (2001), Déficit de atención por Trastornos de Hiperactividad. UNAM, Iztacala Tesis.
- Polaino, A. (2000), Familia y Autoestima, España.: Ariel
- Polaino-Lorente (1988), Las depresiones infantiles. Madrid. :Morata
- Pollock, L. (1990), Los niños olvidados. México.: Fondo de Cultura Económica. 1ª edición
- Renshaw, D. (1977), El niño hiperactivo. México.: Prensa Médica.
- Reyes-Zamorano, (2003), Los procesos de la atención y el electroencefalograma cuantificados en un grupo de pacientes con trastorno por déficit de atención.(en: Salud mental), febrero, año 2003 vol. 26, num.001
- Romero, O. (2002), Estudio familiar del trastorno por déficit de atención hiperactividad.
- Romero, O. & Lara, M. & Herrera, S. Estudio familiar del trastorno por déficit de atención / hiperactividad. (en: Salud mental), junio, año 2002 vol.25, num.003 pp.41-46.
- Satir, V. (1992), Relaciones humanas en el núcleo familiar. México.: Pax.
- Saucedo, J. y Maldonado, J (1998), Psiquiatría. México.: Mc Graw-Hill
- Senties, M. (2003), La autoestima en madres con hijos con Déficit de Atención e Hiperactividad y la autoestima de sus hijos, estudio comparativo. Facultad de Psicología. Tesis, UNAM
- Servera, B. (2002), Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Barcelona. : pirámide.
- Stevens, L. (2002), Cómo ayudar a los niños con Déficit de Atención. : Aguilar.
- Solzi, S. (2008), Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención. Buenos Aires.: Espacio.
- Solloa, L. (2006), Los trastornos psicológicos del niño. México.: Trillas.
- Ulloa, R. (2005), Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. (en: Salud mental) , octubre 2005 vol.28, num.5
- Uriarte, V. (1989), Hiperquinesia. México.: Trillas.
- Velasco, R. (1990), El niño hiperquinético. México.: trillas.
- Verduzco, A. (1992), La autoestima en niños con trastorno por déficit de atención. Tesis, UNAM posgrado.
- Verduzco, A & Lara, C.(1989), Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: datos normativos.(en: Salud mental),septiembre 1989 vol.12 num.3

Villarino, G. (1998), *Nivel de madurez mental y situación emocional en un grupo de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), explorado a través del DFH de Koppitz: Un estudio comparativo.* Tesis, UNAM.

Wicks, R. & Allen C. (1997), *Psicopatología del niño y del adolescente.* México. Prentice.

ANEXOS

Retomado del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

RECOMENDACIONES PARA PROFESORES DE ALUMNOS CON T.D.A.H.

- ❖ *No sentarlo junto a las ventanas o puertas.*
- ❖ *De preferencia sentarlo adelante y cerca de las figuras de autoridad (profesor-a-).*
- ❖ *Sentarlo, de ser posible, sin compañero de pupitre.*
- ❖ *Ser especialmente constante en el manejo de límites.*
- ❖ *Si realiza acciones positivas como: cooperar y permanecer atento, reforzarlas con comentarios positivos.*
- ❖ *Si efectúa acciones inapropiadas, llamarle la atención en privado sin avergonzarlo.*
- ❖ *No dejar pasar situaciones inapropiadas y malas conductas, señalándolas brevemente o si ya existía una advertencia previa, cumplir los castigos (sin ponerlo en ridículo y evitando lesionar su autoestima.)*
- ❖ *En caso necesario invitar a los padres a que observen en casa la falta de atención de su hijo y como puede no concluir sus deberes por distracción.*
- ❖ *Estimular con frecuencia su conducta positiva con estímulos verbales de felicitación que los comprometan a mejorar.*
- ❖ *Considerando la rapidéz con la que puede terminar sus actividades, planear trabajos alternos (cuadernos adicionales para favorecer la maduración perceptual.)*
- ❖ *Tenerle mucha paciencia ya que son niños inteligentes que biológicamente no pueden mantener su atención en un solo lugar y continuamente su cuerpo y mente están activos.*

CLINICA _____
 EXPEDIENTE No. _____
 FECHA: _____
 HORA DE INICIO: _____
 HORA FINAL: _____
 ENTREVISTADOR: _____
 TELEFONO _____

FICHA DE IDENTIDAD

NOMBRE _____
 ¿COMO LE LLAMAN EN CASA? _____
 EDAD _____
 SEXO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____
 DOMICILIO _____
 ESCOLARIDAD _____

DESCRIPCION DEL PACIENTE

MOTIVO DE LA CONSULTA _____
 PERSONA QUE LO REMITE _____
 FECHA DE APARICION DEL PROBLEMA _____
 EVOLUCION / ES: _____
 SIGNOS Y SINTOMAS _____

A) NIVEL AFECTIVO.

NERVIOSO ()	AGRESIVO ()
DISTRAIDO ()	TIMIDO ()
AMABLE ()	ANSIOSO ()
SENSIBLE ()	OTROS: _____

B) NIVEL VERBAL.

RENUENTE A CONTESTAR ()	SILENCIOSO ()	COHERENTE ()
VERBALIZACION EXCESIVA ()	EXPLICITO ()	TARTAMUDEZ ()

C) NIVEL FISICO.

APARIENCIA PERSONAL:	ASEADO	SI ()
MALFORMACION FISICA:		SI ()
POSTURA INADECUADA:		SI ()
	DIESTRO ()	ZURDO

ANTECEDENTES FAMILIARES

DATOS:	EL PADRE	LA MADRE
NOMBRE:	_____	_____
EDAD:	_____	_____
ESTADO CIVIL:	_____	_____
EDO. GEN. SALUD:	_____	_____
OCUPACION:	_____	_____

CON QUIEN DUERME EL NIÑO _____

NECESITA ALGO ESPECIAL PARA DORMIRSE _____

SE MUEVE, HABLA O LLORA MIENTRAS DUERME _____

DESPIERTA CON FRECUENCIA SI () NO () _____

HORARIO DE ALIMENTACION EN CASA _____

DESCRIBA UNA COMIDA NORMAL _____

QUE HACE USTED CUANDO NO QUIERE COMER _____

ACEPTA TODO TIPO DE ALIMENTO SI () NO () _____

TIENE BUEN APETITO EN LA ACTUALIDAD _____

SE CHUPA EL DEDO SI () NO () _____

HAY ALGO QUE LE CAUSE MIEDO AL NIÑO _____

COMO LO ENFRENTA: _____

CONTROL DE ESFINTERES

A QUE EDAD COMENZO A AVISAR: _____

QUE PROCEDIMIENTO SE SIGUIÓ PARA QUE AVISARA: _____

COMO SE CORREGIA CUANDO NO AVISABA A TIEMPO: _____

MOJA ACTUALMENTE LA CAMA POR LAS NOCHES: SI () NO () _____

QUE HACE USTED CUANDO ESTO SUCEDE: _____

SE TOCA O JUEGA CON SUS GENITALES: SI () NO () _____

QUE HACE USTED CUANDO ESTO SUCEDE: _____

HISTORIA ESCOLAR

ASISTIO AL KINDER: SI () NO () A QUE EDAD ENTRO A LA PRIMARIA: _____

A PERDIDO ALGUN AÑO EL NIÑO: SI () NO () CUAL Y CUANTAS VECES: _____

CUAL HA SIDO LA REACCION DE USTED: _____

LE GUSTA AL NIÑO IR A LA ESCUELA: SI () NO () _____

ACOSTUMBRA REALIZAR SUS TAREAS: SI () NO () _____

RECIBE QUEJAS CONSTANTEMENTE POR PARTE DEL MAESTRO: SI () NO () DE QUE TIPO _____

CUAL HA SIDO LA REACCION DE USTED: _____

COMO SON LAS RELACIONES DE SU HIJO CON SUS COMPAÑEROS DE ESCUELA: _____

PARTICIPA EL NIÑO EN ACTIVIDADES COLECTIVAS DENTRO DE LA ESCUELA: SI () _____

SE CONOCE ALGUNA RAZON FISICA QUE PUEDA DISMINUIR SUS CAPACIDADES: SI () _____

CUAL ES: _____

HISTORIA SOCIO-ECONOMICA

INGRESO MENSUAL: PADRE: _____ MADRE: _____ OTROS: _____

SU CASA ES: PROPIA () ALQUILADA () OTROS _____

TIPO DE CONSTRUCCION DE LA CASA: _____

CUANTAS PERSONAS HABITAN LA CASA: _____ ADULTOS M () F () NIÑOS M () _____

DE CUANTAS HABITACIONES SE COMPONE LA CASA: _____

TIENE SERVICIO DE: AGUA () LUZ () DRENAJE () _____

EGRESOS MENSUALES: ALIMENTACION: _____ VESTIDO: _____ RENTA: _____ AGUA: _____

LUZ: _____ TRANSPORTE: _____ DIVERSIONES: _____ EDUC. ESCOLAR: _____

AMBIENTE FAMILIAR

NOMBRE DE LOS HERMANOS	SEXO	EDAD	OCUPACION / GRADO ESCOLAR
_____	M() F()	_____	_____
_____	M() F()	_____	_____
_____	M() F()	_____	_____
_____	M() F()	_____	_____
_____	M() F()	_____	_____
_____	M() F()	_____	_____

CUANTAS PERSONAS COMPARTEN LA VIDA DEL GRUPO FAMILIAR: _____

NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	OCUPACION
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____
_____	_____	M() F()	_____

COME A LA MISMA HORA QUE TODA LA FAMILIA: _____ DE QUE LUGAR DISPONE PARA JUGAR _____

A QUE LE GUSTA JUGAR: _____ CUAL ES SU JUGUETE PREFERIDO: _____

_____ QUIENES JUEGAN FRECUENTEMENTE _____

FIESTAS A LAS QUE ASISTE: _____ QUE ESPECTACULOS FRECUENTA: _____

CONDUCTA EN EL JUEGO: LIDER () _____ PASEOS QUE REALIZA CON QUIEN: _____

ORGANIZADOR () _____

COMO SE LLEVA CON LOS OTROS NIÑOS _____ QUE ROPA SE COLOCA SOLO: _____

COOPERA EN VESTIRSE: _____ COMO: _____

COOPERA EN DESVESTIRSE: _____ COMO: _____

SE BAÑA SOLO: _____

RELACIONES DE LOS PADRES CON EL NIÑO

TIEMPO QUE LE DEDICA: PADRE: _____ MADRE: _____

TEMAS DE MAYOR FRECUENCIA CONVERSAN CON EL NIÑO:

PADRE: _____ MADRE: _____

ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LAS TRAVESURAS DEL NIÑO:

CASTIGO CORPORAL: _____ ENCIERRO: _____

PRIVACIONES: _____ AMENAZAS: _____

EXPLICACIONES: _____ OTRO: _____

COMO COOPERA EL NIÑO EN LOS TRABAJOS FAMILIARES: _____

LE HAN PROPICIADO AL NIÑO INFORMACION ACERCA DE:

EL ORIGEN DE LA VIDA: _____

DE LA MUERTE: _____

DEL SEXO: _____

PREMIOS Y RECOMPENSAS UTILIZADOS PARA ESTIMULAR LA CONDUCTA DEL NIÑO: _____

USTED CONSIDERA AL NIÑO:

ALEGRE () NERVIOSO () ACTIVO () RETRAIDO () AGRESIVO ()

PARTICIPA EL NIÑO EN REUNIONES FAMILIARES: _____

DESCRIPCION DE UN DIA COMPLETO DEL NIÑO (FESTIVO, SABADO Y/O DOMINGO.)

TIENE ALGUN PROBLEMA ESPECIFICO EN EL HOGAR CON EL NIÑO:

DESCRIBALO CON DETALLE: _____

CUAL CONSIDERA USTED QUE SEA EL PROBLEMA MAS GRANDE DEL NIÑO:

EN CASA: _____

EN LA ESCUELA: _____

OTROS LUGARES: _____

OBSERVACIONES: _____

CUAL ES EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO QUE ESTA TOMANDO

Registro de Investigación PT1109/0609

Escala de Calificación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Versión IV para Padres. A ser Aplicada y Calificada por el Investigador

Nombre del Niño _____	Edad _____	Sexo: M F				
Grado _____	Raza _____	Completado por:	Madre	Padre	Tutor	Abuelo
Ponga un círculo en el número que <i>mejor describa</i> la conducta de su hijo en la semana previa.	Nunca o Raramente	Ocasional mente	Frecu ente	Muy Frecuente		
1. No pone atención estrecha a detalles de su tarea o comete errores en su tarea sin importarle.	0	1	2	3		
2. Mueve de manera nerviosa sus manos o pies o no se está sentado quieto.	0	1	2	3		
3. Tiene dificultad para mantener atención en tareas o juegos.	0	1	2	3		
4. Abandona su sitio en el salón de clases o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado.	0	1	2	3		
5. No parece escuchar cuando se le habla directamente.	0	1	2	3		
6. Corre o brinca excesivamente en situaciones que no son apropiadas	0	1	2	3		
7. No sigue las instrucciones y no termina su trabajo.	0	1	2	3		
8. Tiene dificultad para jugar o participar en actividades recreativas de manera tranquila.	0	1	2	3		
9. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	0	1	2	3		
10. Está siempre activo o actúa como si "estuviese manejado por un motor."	0	1	2	3		
11. Evita trabajos (tales como tareas o actividades domésticas) que requieren de un esfuerzo mental sostenido.	0	1	2	3		
12. Habla excesivamente.	0	1	2	3		
13. Pierde las cosas que son necesarias para sus tareas o actividades.	0	1	2	3		
14. Proporciona repentinamente las respuestas antes de terminar de hacerle una pregunta.	0	1	2	3		
15. Fácilmente se distrae.	0	1	2	3		
16. Tiene dificultad para esperar su turno.	0	1	2	3		
17. Es olvidadizo en sus actividades diarias.	0	1	2	3		
18. Interrumpe o empuja a otros.	0	1	2	3		

Tomado de *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, y Clinical Interpretación* por George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, y Robert Reid. Derechos Reservados en 1998 por los autores. Reproducido con autorización de Guilford Press.

INVENTARIO DE COOPERSMITH

CONSULTING PSYCHOLOGISTS PRESS

TRADUCIDO Y ADAPTADO POR VERDUZCO M.A., LARA CANTU M.A. Y CORTES J.F.

NOMBRE: _____ FECHA: _____
 ESCUELA: _____ GRADO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

Por favor marca cada oracion de la siguiente manera:

Si la oracion dice como te sientes, casi siempre, pon una cruz (x) debajo de "SI" en la misma linea.

Si la oracion NO dice como te sientes casi siempre, pon una cruz (x) debajo de "NO" en la misma linea.

Ejemplo:

	SI	NO
Soy muy trabajadora		
SI ERES MUY TRABAJADORA "MARCA SI"	X	
SI NO ERES MUY TRABAJADORA "MARCA NO"		X

NOTA: NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS

	SI	NO
1 Me gusta mucho soñar despierta		
2 Me siento muy segura de mi misma(o).		
3 Muchas veces me gustaria ser otra persona		
4 Le caigo bien a la gente		
5 Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos		
6 Soy despreocupada		
7 Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase		
8 Me gustaria ser mas chica		
9 Me gustaria poder cambiar muchas cosas de mi		
10 Puedo escoger facilmente lo que quiero		
11 Soy simpatica		
12 En casa me enoja facilmente		
13 Siempre hago lo que esta bien		
14 Me gusta como hago mi trabajo en la escuela		
15 Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer		
16 Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo		
17 Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago		
18 Casi todas mis compañeras me escogen para jugar		
19 A mis papas les importa mucho lo que yo siento		
20 Siempre esto y contenta		
21 Hago mi trabajo lo mejor que puedo		
22 Me doy facilmente por vencida		
23 Generalmente me cuido sola		
24 Soy muy feliz		
25 Prefiero jugar con niñas mas chicas que yo		

EL NIVEL DE LA AUTOESTIMA EN EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

		SI	NO
26	Mis padres me piden que haga mas de lo que puedo		
27	Me cae bien toda la gente que conozco		
28	Me gusta que me pregunten la clase		
29	Yo entiendo como soy		
30	Odio como soy		
31	Mi vida es muy difícil		
32	Mis compañeras casi siempre hacen lo que les digo		
33	En mi casa me ignoran		
34	Me regañan muy poco		
35	Me gustaria hacer mejor el trabajo de la escuela		
36	cuando escojo hacer algo, lo hago		
37	Me disgusta ser mujer		
38	Me choca mi manera de ser		
39	Me choca estar con otras personas		
40	Muchas veces me gustaria irme de mi casa		
41	Pocas veces me da vergüenza		
42	Me disgusta la escuela		
43	Muchas veces me averguenzo de mi		
44	Soy mas fea que las demas		
45	Siempre digo lo que quiero		
46	A las niñas les gusta molestarte		
47	Mis padres me comprenden		
48	Siempre digo la verdad		
49	Mi maestra me hace sentir que soy inutil		
50	Me da igual lo que me pase		
51	Todo lo hago mal		
52	Me molesta mucho que me regañen		
53	A las demas las quieren mas que a mi		
54	Mis padres son muy exigentes		
55	Siempre se que contestarle a la gente		
56	Me aburre la escuela		
57	Los problemas me afectan muy poco		
58	Quedo mal cuando me encargan algo		

ENCUESTADOR: _____