



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Intervención en Manejo Conductual en niños de 7 a 8 años
con Déficit de Atención e Hiperactividad con
Predominancia Inatenta en la Familia**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Areli Itzayana Montoya Rizo

Directora: Lic. **María de los Ángeles Herrera Romero**
Dictaminadores: Dra. **Alba Luz Robles Mendoza**
Lic. **Julia Chimal Pablo**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Para mi madre la persona que siempre
me ha dado su apoyo, amor y comprensión
y que siempre ha estado para mi en todo
momento, no importando nada,
MUCHAS GRACIAS

A mi hermanos, las personas que me han
acompañado durante las varias etapas de mi vida,
mis consejeros y mejores amigos

Agradezco a las personas que compartieron
su conocimiento para la elaboración de este trabajo
de las cuales he aprendido mucho.

A las seis personas que durante la carrera me acompañaron
y las cuales me brindaron su amistad,
desarrollándonos profesionalmente.
Gracias por compartir esta etapa conmigo

INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1. Antecedentes y Etiología del TDAH

1.1 Historia del TDAH	7
1.2 Definición de TDAH	9
1.3 Causas del TDAH	11
1.3.1 Factores biológicos y genéticos	11
1.3.2 Factores ambientales	13

Capítulo 2. Diagnóstico y Evaluación del TDAH

2.1 Diagnóstico	15
2.2 Subtipos	19
2.2.1 Predominante inatento	20
2.2.2 Predominantemente hiperactivo-impulsivo	21
2.2.3 Subtipo Combinado	22
2.3 Curso Evolutivo del TDAH	22
2.3.1 Infancia	22
2.3.2 Adolescencia	26
2.3.3 Adulthood	27
2.4 Evaluación	28
2.4.1 Evaluación a través de los padres	29
2.4.2 Evaluación desarrollada con el niño	31
2.4.3 Técnicas para la observación directa del comportamiento	32

Capítulo 3. Tratamiento del TDAH

3.1 Tratamiento médico	34
3.2 Tratamiento psicológico	39
3.2.1 Manejo Conductual	39
3.2.2 Tratamiento Cognitivo-Conductual	44
3.3 Educación a Padres	49

Capitulo 4. Propuesta de intervención conductual en niños de 7 a 8 años con Déficit de Atención e Hiperactividad con predominancia inatenta

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se presentan trastornos de conducta que afectan a los niños tanto en el área escolar como en la relación que se tiene con la familia. Anteriormente no se le daba mucha importancia, decían que el niño no ponía atención y que por ello no tenía malas calificaciones o que su relación con sus compañeros era mala, en casa no hacer caso a mamá o papá y solo estar de un lado para otro, nos hablaba de un niño desobediente al que se le tenía que castigar. Cuando en realidad estamos hablando de un trastorno del comportamiento, con esto no se quiere decir que todos los niños inquietos lo padezcan, es por ello la importancia de asistir con el especialista para el oportuno diagnóstico de este trastorno.

El TDAH es un trastorno comportamental de inicio en la infancia que se ha descrito desde la antigüedad, a partir de esto se trataron de dar explicaciones sobre lo que era el trastorno y las características que presentaban las personas que lo padecía. En la actualidad podemos hablar de un trastorno de la conducta que se caracteriza por la falta de atención, el exceso de actividad, y a veces la impulsividad.

Aunque tradicionalmente se ha relacionado con una situación clínica típica de la infancia y la adolescencia, en la actualidad definimos al TDAH como un trastorno crónico sintomáticamente evolutivo. Los pacientes se muestran inquietos y dispersos en los primeros años de edad, e incluso, en los primeros meses de vida. El cuadro se hace especialmente notable a partir de los tres primeros años, mostrando una diversidad clínica e intensa a partir de los seis años de edad, durante la etapa escolar. También llega a presentarse en la adolescencia o adultez, en ocasiones a consecuencia de que no se llevó a cabo ningún diagnóstico y por tanto un tratamiento a tiempo.

Las diferencias en los criterios diagnósticos han motivado históricamente la inclusión en este trastorno comportamental, ejemplo de ellos son los pacientes con rasgos clínicos similares originados en ocasiones por trastornos médicos absolutamente diferentes. Tradicionalmente se han atribuido diversos factores en su patogenia: factores perinatales, prenatales, y postnatales. Tampoco existe evidencia clara de que sólo haya un mecanismo patogénico único para justificar las manifestaciones clínicas de este trastorno.

Dentro del TDAH pueden producirse grados variables de inatención, impulsividad e hiperactividad, lo que ha dado lugar a que se defina un único Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con tres subtipos o manifestaciones diferentes, según predominen unos u otros síntomas. Así, se pueden distinguir tres subtipos para el diagnóstico del síndrome: el subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo, el subtipo con predominio de inatención y por último el subtipo mixto, en el que están presentes síntomas de los dos subtipos anteriores (Servera y colaboradores 2001).

Estos tres síntomas se hallan estrechamente relacionados por lo que lo más frecuente es que los sujetos diagnosticados de TDAH los presenten todos en mayor o menor grado, aunque los comportamientos derivados de estas características se encuentran altamente influenciados por la edad y grado de desarrollo del sujeto.

En la actualidad, el diagnóstico del TDAH se basa en los criterios clínicos, habiéndose convertido en un diagnóstico de exclusión. Basar el diagnóstico en las características clínicas del paciente resulta en principio impreciso, ciertamente incómodo para los padres, y por supuesto, para el profesional, especialmente si hacemos notar la enorme prevalencia de este trastorno. Por lo tanto, el diagnóstico se tendrá que ajustar en gran medida al juicio clínico multidisciplinario,

apoyados en las técnicas adicionales que se tengan y que puedan reforzar el diagnóstico de inclusión o exclusión (Gratch, 2001).

Dentro del tratamiento del TDAH se encuentra el médico que se basa en el uso de medicamentos, Soutulo (2004) nos señala el grupo farmacológico de los estimulantes, constituido básicamente por el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina, siendo este último el de mayor uso en la psicofarmacología pediátrica, y por tanto, uno de las categorías químicas más estudiadas.

El tratamiento psicológico es llevado por diferentes corrientes, podemos hablar de la cognitiva, la cognitiva conductual y la conductual. La base conductual es muy utilizada para este tipo de trastornos por la eficacia del tratamiento; para la intervención conductual es importante que se sienten las bases de lo que se quiere obtener en cada una de las intervenciones y hasta donde se quiere llegar.

No se puede tratar a un niño solo con medicamento ya que estos hacen solo que el niño se tranquilice, por lo tanto se debe de llevar un tratamiento multidisciplinario, una intervención conductual ayuda a que el niño vaya adquiriendo ciertos comportamientos, donde él pueda identificar lo que es correcto e incorrecto, en diferentes ámbitos en el que se desenvuelve como la escuela o la familia.

Por tanto el objetivo del presente trabajo es describir una propuesta de intervención conductual en la familia para niños de 7 a 8 años con Déficit de Atención e Hiperactividad con predominancia inatenta.

Así, en el capítulo 1 hablaremos de los antecedentes y la etiología del TDAH, por consiguiente en el capítulo 2 se tratará el diagnóstico y evaluación, en tanto que en capítulo 3 se expondrá el tratamiento y finalmente en el capítulo 4 se mencionará una propuesta de intervención conductual en niños con TDAH.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y ETIOLOGIA DEL TDAH

En este capítulo se describirá lo que es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, comenzando desde su historia, así como la forma en que describen dicho trastorno dando algunas de sus definiciones. También se mencionarán cuáles son las causas por las que este trastorno puede llegar a presentarse, dentro de éstas están las biológica, genéticas y ambientales.

1.1 Historia del TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el término actual con el que se le conoce a un síndrome caracterizado por deficiencias atencionales, impulsividad y un excesivo grado de actividad. El trastorno ha recibido a lo largo del tiempo otras denominaciones, a saber, “daño cerebral”, “disfunción cerebral mínima”, “reacción hiperkinética de la infancia” y “trastorno por déficit de atención”, cambios terminológicos que reflejan el creciente conocimiento del síndrome a lo largo del tiempo por parte de profesionales de distintas disciplinas. Así en el siglo pasado el TDAH recibía el nombre de “enfermedad de Hoffman” en honor al médico alemán que en 1854 lo descubrió, caracterizado por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento (Miranda, 2001).

Los primeros datos sobre niños hiperactivos aparecieron hacia la segunda mitad del siglo XIX, cuando Maudsley y Bourneville realizaron las primeras descripciones de lo que hoy se conoce como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Ruiz, 2004). Pero fue el médico inglés Still quien describió sistemáticamente las características del síndrome en el año de 1902 (Gonzalez, 2000). Hacia 1947 Strauss y sus colaboradores realizan lo que se considero la primera descripción clínica de este cuadro, en el que se ve afectada principalmente el área de la conducta, destacando la inquietud y el nivel de actividad como síntomas de lesión cerebral. A partir de ahí sucedieron numerosas investigaciones que fueron

desplazando paulatinamente el énfasis en la lesión orgánica hacia un punto de vista más funcional que intentaba concebir la hiperactividad como síndrome conductual destacando, la actividad motora excesiva como principal característica (Canca, 1993 y Gratch, 2001).

Después de la Primera Guerra Mundial, una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos (1917-1918) permitió que se observaran síntomas similares a los que presentaban los niños hiperquinéticos, pero como resultado de una secuela posencefalítica. Los niños mostraban un cuadro muy relacionado al descrito por Still. Durante mucho tiempo los niños que presentaban síntomas típicos de TDAH (hiperactividad, impulsividad e inatención) fueron considerados poseedores de un daño o disfunción cerebral mínima que provenía de una secuela posencefalítica o de un trauma sufrido durante el parto. Estas lesiones cerebrales mínimas nunca se pudieron describir ni localizar (Gratch, 2001 y Ruiz, 2004).

En los años 60's al observarse que la mayoría de los niños que padecían el trastorno no habían sufrido una lesión cerebral, se sustituyó la concepción de la hipercinesia como un trastorno del comportamiento, resultante de una lesión cerebral mínima. La hipercinesia fue descrita por Clements en 1966 como un "trastorno de la conducta y del aprendizaje que experimentan los niños con una inteligencia normal" (Ruiz, 2004, pág. 12), que se asocia a disfunciones del sistema nervioso central. El trastorno quedaba caracterizado por síntomas tales como hiperactividad, desajustes perceptivo-motores, inestabilidad emocional, trastornos de la audición y del habla, deficiencias de la memoria y del pensamiento, signos neurológicos menores y/o irregularidades electroencefalográficas y dificultades específicas en el aprendizaje (Citado en: Miranda, 2001).

También, en este año, surgieron grandes contribuciones que hicieron posible diferenciar la hiperactividad relacionada o no con daño cerebral. Los trabajos de Laufer en 1957 y de Chess en 1960 definieron el síndrome hiperquinético en

cuanto a sus características clínicas y se crearon las primeras herramientas de evaluación, como la escala de Conners (1969, 1970), que permitió la medición estandarizada de algunas conductas propias de la infancia (Citado en Ruiz, 2004).

En los años 70's Virginia Douglas argumento que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad. Esta insuficiente autorregulación explicaría, según esta autora, la mayoría de los problemas asociados que experimentan estos chicos (Gonzalez, 2000, Miranda, 2001).

A mediados de la década de los 80's se hizo un gran esfuerzo para instruir a los padres y a los profesores acerca del TDAH. A los padres les preocupaba que demasiados niños con un TDAH no fuesen identificados adecuadamente y que los médicos desconociesen el posible diagnóstico (Silver, 2004).

1.2 Definición de TDAH

Ya teniendo un poco de información de cómo se ha llegado a describir este trastorno se darán algunas definiciones y descripciones del mismo.

El TDAH es un trastorno psiquiátrico con origen biológico, probablemente a nivel cerebral y con transmisión genética, que afecta la capacidad del niño, adulto o adolescente de regular su nivel de actividad, (hiperactividad), inhibe o no frena sus pensamientos o comportamiento, (impulsividad), y no presta atención a las acciones que realiza, (inatención). El niño con TDAH tiene gran dificultad o incapacidad para prestar atención y concentrarse, presenta un nivel alto de actividad inadecuado para su edad, se distrae muy fácilmente y es muy impulsivo (Soutullo, 2004).

Para Miranda (2001), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un problema realmente serio para el niño que lo sufre y para las personas de su

entorno social, por las implicaciones que conlleva en el funcionamiento cognitivo y social del sujeto, por la asociación que mantiene con la conducta antisocial y por su naturaleza esencialmente crónica. La conducta cotidiana del niño con TDAH en clase, en casa y fuera de ella, se caracteriza a grandes rasgos por la impulsividad, la desatención y la inquietud excesiva, manifestaciones que obviamente tienen una repercusión negativa en el rendimiento académico. Dentro del presente trabajo trataremos de enfocarnos en esta definición, por los aspectos que conlleva tanto en el nivel cognitivo como en el comportamental.

Así, algunas características esenciales asociadas a la hiperactividad serían, la falta de atención, las dificultades de aprendizaje perceptivo-cognitivo, los problemas de conducta y la falta de madurez, asimismo se señalan algunas características de tipo emocional, que pueden aparecer, tales como la impulsividad, las dificultades con los compañeros y la ansiedad.

La inatención es una característica integrante fundamental, al igual que la irritabilidad y la impulsividad. Se señala una cierta incoordinación motora tanto a nivel grueso como fino, conducta repetitiva y un síntoma conductual que se describe con el nombre de “desobediencia patológica” entendida como incompreensión de órdenes, repetición de la falta y desconcierto por el castigo. Finalmente se señalan los trastornos del aprendizaje a nivel visomotor como otra característica asociada (Canca, 1993).

Polaino y Ávila (2004) exponen que los estudios sobre la hiperactividad infantil han proliferado, llegando a conocerse mejor tanto los orígenes de este trastorno como su evolución y tratamiento. Estos estudios ponen en manifiesto dos hechos:

- El trastorno principal en estos niños es el “déficit de atención” y no el “exceso de actividad motora”. De hecho, es fácil encontrar a bastantes niños con dificultades de atención y sin hiperactividad motora

- El “exceso de actividad motora” con el tiempo desaparece, mientras que el “déficit de atención” habitualmente persiste.

1.3 Causas del TDAH

Se cree que el TDAH se origina en respuesta a múltiples causas que se dan a la vez en el niño que lo desarrolla. Por ello no se ha identificado una causa individual de TDAH. Algunas de las causas del trastorno se producen durante el embarazo o en torno al nacimiento del niño. Entre las causas más importantes se encuentran, causa genética, bajo peso al nacer, adversidad psicosocial, que la madre fume durante el embarazo y que la madre beba alcohol (Soutullo, 2004).

Aunque todavía no se ha producido un acuerdo total entre los investigadores sobre cuales son las causas exactas del TDAH, hoy en día no cabe duda que constituye un trastorno neurobiológico ocasionado por una amplia variedad de factores biológicos y hereditarios.

Por otra parte, aunque las variables ambientales no desempeñan un rol causal, pueden aumentar o reducir la vulnerabilidad de un sujeto a la hiperactividad, así como modular la severidad del trastorno (Miranda, 2001).

1.3.1 Factores biológicos y genéticos

Entre los factores biológicos no genéticos se han señalado como causas del TDAH las complicaciones prenatales, perinatales y postnatales, tales como el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco durante el embarazo, el bajo peso al nacimiento, la hipoxia, el retraso en la maduración neurológica o lesiones cerebrales que repercuten negativamente en el control cerebral de actividades (González, 2000).

Los estudios han comprobado que los lóbulos frontales y los circuitos de los ganglios basales de los niños con TDAH presentan un funcionamiento defectuoso. En algunos niños hiperactivos la corteza prefrontal derecha, dos de los ganglios basales y algunas zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales, tienen un tamaño significativamente más reducido, en comparación con los niños normales. Todavía no se conoce porqué estas estructuras cerebrales son más pequeñas en los sujetos con TDAH, aunque se sospecha que la presencia de mutaciones de algunos genes, que son muy activos en estas áreas cerebrales, juegan un papel en este sentido y que la heredabilidad del trastorno es poligenética (Soutullo, 2004).

Así, también se sitúa en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal ya que esta zona se encarga de la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar futuros eventos (Gratch, 2001). Las personas que han padecido lesiones en la corteza cerebral prefrontal se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y poco dispuestos a seguir las reglas.

El TDAH se asocia a una disfunción química que provoca que los sujetos hiperactivos tengan menores niveles de dopamina que los sujetos normales principalmente en estas regiones cerebrales que son ricas en inervación dopaminérgica. Esta disfunción explicaría las dificultades que experimentan para presta atención a los estímulos relevantes y para controlar las respuestas inapropiadas (Miranda, 2001). Existen algunos genes que se relacionan con el desarrollo de este trastorno, a través de la producción de ciertas sustancias.

“El gen candidato que en más estudios se ha visto alterado en el TDAH es uno de la familia de gen que produce el receptor de dopamina D4, llamado DRD4*7, que está en el cromosoma 11. Este gen es defectuoso en el 30% de la población normal y en el 50 a 60% de los pacientes con TDAH. Este es el gen responsable de producir el receptor D4 del neurotransmisor dopamina. El receptor D4 se activa al unirse a la dopamina, pero también por la adrenalina y noradrenalina. Otro gen que se asocia con el TDAH

es el DAT1, también un gen de la dopamina, que está en el cromosoma 5” (Soutullo, 2004, pp. 33).

Polaino y Ávila (2004), menciona que hay ciertos rasgos como el color del pelo, la altura o algunas formas de deficiencia mental que están relacionadas con la mayor o menor producción de sustancias químicas en el organismo. Además, el metabolismo de estas sustancias químicas está determinado por genes específicos. Por tanto, algunos genes que son desconocidos podrían estar controlando la producción de neurotransmisores.

1.3.2 Factores ambientales

Miranda (2001) y Canca (1993) mencionan que las variables del entorno del niño no son la causa del TDAH pero contribuyen significativamente al desarrollo, y por lo tanto al pronóstico, de los problemas comportamentales e interpersonales que experimentan los niños afectados por ese trastorno. Las interacciones que se producen entre los factores orgánicos y los ambientales tales como un pobre ejercicio de la paternidad, psicopatologías de los padres, bajo estatus socioeconómico o estrés psicosocial de la familia, tienen una gran importancia en la modulación del trastorno. Además nuestra sociedad ha experimentado en este siglo cambios sociales radicales, que han creado condiciones sociales que intensifican aun más los síntomas del TDAH: el trabajo sedentario que exige una concentración mental prolongada, la gratificación instantánea que proporciona la tecnología electrónica, las altas tasas de divorcio y de familias no normativas, y el estrés que supone para las familias el ejercicio profesional de ambos padres.

En algunos casos de TDAH existe un estilo de crianza excesivamente restrictivo, o por el contrario permisivo, en particular cuando los padres no tienen un apoyo emocional externo adecuado (González, 2000).

A lo largo del tiempo la aparición de ciertas enfermedades caracterizadas por síntomas muy parecidos a los del TDAH lograron que se investigara sobre éste,

hasta que se le pudo dar un nombre y descripción de sus propios síntomas y la forma de tratarlos. Se puede ver que las causas para que se desarrolle el trastorno pueden ser variadas, como las genéticas, las ambientales y las biológicas. Dentro de las biológicas entran los perinatales, postnatales, y prenatales, las dos últimas importantes para el desarrollo del trastorno.

En el siguiente capítulo abordaremos la forma en que este trastorno se presenta desde la niñez hasta la adultez, también la forma en que puede ser diagnosticado, de acuerdo a los tipos de evaluación existentes.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

En este capítulo se mencionará cómo se lleva a cabo el diagnóstico del TDAH, ya que para que podamos hablar de que en verdad lo que presenta el niño se asocia al trastorno, se deben de tomar en cuenta criterios diagnósticos, ayudados de instrumentos de evaluación que van desde entrevista con los padres, con el niño, hasta la observación directa.

2.1 Diagnóstico

La finalidad del proceso de diagnóstico no es etiquetar a un niño, sino identificar lo antes posible los problemas que manifiesta, de cara a implementar los programas de intervención que eviten en la medida de lo posible el sufrimiento humano que provoca un trastorno que suele persistir en la mayoría de los casos en la adolescencia y vida adulta con desajustes socio-personales significativos.

El diagnóstico de TDAH sigue las pautas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Se definen dos grupos de síntomas del TDAH: síntomas de inatención y síntomas de hiperactividad-impulsividad. En cada grupo, se citan nueve criterios de síntomas que debe evaluar el clínico. Para garantizar el diagnóstico, deben cumplirse seis de los nueve criterios correspondientes a un grupo o a ambos. Para el diagnóstico, se deben cumplir criterios adicionales, incluyendo la emergencia de una alteración clínicamente significativa a una edad temprana (a los 2 o 3 años), efectos del trastorno en el sujeto en dos o más ambientes y el requisito de que los síntomas no se atribuyan a otros trastornos (Brown, 2003).

Servera y cols. (2001, pp. 432) presentan un cuadro en el que describen los criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM-V.

Resumen de los criterios diagnósticos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el DSM-IV.

Criterios de inatención

A. Se deben cumplir los criterios (1) y/o (2).

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención (a menudo...)

- (a) No presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares o de otro tipo.
 - (b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
 - (c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente
 - (d) No sigue instrucciones y no finaliza sus tareas o encargos (no se debe a comportamientos negativistas o incapacidad para comprenderlos)
 - (e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades
 - (f) Evita o le disgusta tener que dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido
 - (g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades
 - (h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
 - (i) Es descuidado en las actividades diarias
-

Criterios de hiperactividad-impulsividad.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido durante por lo menos 6 meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo

Hiperactividad (a menudo...)

- (a) Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
 - (b) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que debería estar sentado
 - (c) Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes puede limitarse a sentimientos de inquietud)
 - (d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse a situaciones de ocio
 - (e) "Está en marcha" o actúa como si tuviera un motor.
 - (f) Habla en exceso Impulsividad (a menudo...)
 - (a) Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
 - (b) Tiene dificultades para guardar turno
 - (c) Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros
-

B. Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad 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 y en casa)

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

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de estado de ánimo, de ansiedad.)

Como describe este cuadro cada subtipo tiene ciertas características que se deben de cumplir para poder dar un diagnóstico correcto de TDAH y también en qué subtipo se engloba para dar el tratamiento adecuado.

El proceso de diagnóstico implica investigar si se cumplen síntomas y otros criterios, pero no se limita a ello. Este proceso puede llevarse a cabo preguntando no sólo al paciente, sino también a sus padres, maestros, dependiendo el caso (Brown, 2003). Lo primero que haría un médico ante un niño con posible TDAH será escuchar a los padres y al niño en una entrevista detallada para que describan la naturaleza de la problemática.

Además, se recoge la historia del desarrollo, otros problemas médicos del niño, si tienen alergias, si toma alguna medicación y otros datos importantes sobre su escolarización, ambiente familiar y social. También se explora si hay TDAH u otros problemas psiquiátricos en familiares del niño, aunque no convivan con él. Además, se explora si hay algún tipo de conflicto entre los padres, algún factor estresante, algún cambio reciente o tema sin resolver, y el estilo que tienen los padres para el manejo de los problemas, y tipo de comunicación que hay entre ellos. En la entrevista se obtienen los datos más importantes para el diagnóstico, y no hay test ni pruebas que puedan sustituir una buena entrevista detallada y cuidadosa.

Ruiz (2004) expone que dada la heterogeneidad de problemas que presentan estos pacientes y la relación de ésta con otra dificultad para medir la hiperactividad en los niños, se necesita una atención inicial amplia y multidisciplinaria para realizar el diagnóstico.

Las técnicas específicas para obtener estos datos dependen de cada profesional e incluyen entrevista con los padres, aplicación de escalas y cuestionarios para padres y maestros, informe escolar, entrevista con el maestro, entrevista con el niño, examen físico al menor y una evaluación sociométrica formal, junto con valoraciones neuropsicológica y neurológica (Ruíz, 2004).

Diagnóstico diferencial

Uno de los puntos fundamentales durante la etapa diagnóstica consiste en revisar todos los diagnósticos diferenciales posibles, ya que el TDAH se parece o puede encontrarse asociado a otros trastornos. Por lo tanto, no es suficiente conocer cuáles son los síntomas si no que es necesario poder distinguirlo de otros cuadros clínicos cuya apariencia sintomatológica pueda llevarlos a confusiones (Gratch, 2001).

El TDAH no se diagnostica si los síntomas de inatención e hiperactividad sólo se producen durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o de un trastorno psicótico. Los niños con TDAH se suelen caracterizar con mucha frecuencia por manifestar problemas en los aprendizajes en la escuela y por conductas negativistas y de agresividad en general, aunque estas manifestaciones no siempre deben interpretarse como muestra de la existencia de un trastorno de aprendizaje, trastorno disocial o trastorno negativista desafiante (González, 2000).

Tomas y Casas (2003) menciona algunos hallazgos clínicos sobre el diagnóstico diferencial:

1. Causas físicas de distracción, como alteraciones visuales o auditivas, insomnio, enfermedad crónica, convulsiones o tics.
2. Ansiedad excesiva o depresión, que pueden ser comórbidos o la causa principal de las alteraciones del comportamiento y el déficit de atención.

3. Alteraciones específicas del aprendizaje: las alteraciones del lenguaje y del aprendizaje, pueden provocar problemas de atención secundarios, de inquietud o incluso de aburrimiento, ya que el niño no es capaz de entender lo que le han enseñado.
4. Abuso de niños u hogar caótico: aunque la existencia de un ambiente poco apropiado para el niño excluye el TDAH, y aunque la presencia del TDAH es un factor de riesgo para el abuso, ya que el niño es muy provocador, la presencia de abusos o de un hogar desorganizado pueden desencadenar en una alteración del comportamiento que se asemeje a un TDAH, y a un comportamiento oposicional.
5. Comportamiento oposicional o alteraciones de la conducta.
6. Elevado nivel de actividad: algunos padres, no saben qué nivel de actividad hay que esperar de un niño.

El diagnóstico del TDAH es clínico, y como tal su elaboración seguirá un protocolo sistematizado como cualquier otro proceso neurológico como se mencionó anteriormente comenzará con la historia clínica y seguirá con la exploración neurológica y con la práctica de pruebas que consideren necesarias.

2.2 Clasificación

En DSM-IV se han descrito tres subtipos de TDAH, según sea el predominio de las características en el comportamiento del niño. Si solo se observan alteraciones en la atención, se describe como tipo predominantemente inatento, cuando la hiperactividad es dominante, es un tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, y si se encuentran los tres tipos de alteraciones se define como tipo combinado (Ruiz, 2004).

Para considerar síntomas de inatención, el niño debe tener seis o más de los criterios de inatención.

Para considerar que hay hiperactividad o impulsividad o ambas, el niño debe presentar seis de los criterios de hiperactividad-impulsividad.

Los tres subtipos de TDAH dependen de la presencia o predominancia de uno de los síntomas descritos.

2.2.1 Predominantemente inatento

En estos niños predomina la inatención y por ello se les suele considerar como niños distraídos (Van-Wielink, 2004). Soutullo (2004) expone que en este tipo no se tienen problemas de hiperactividad o impulsividad, solo presentan los síntomas de inatención: cometen errores por no prestar atención en tareas largas, parece que no escuchan, evitan las acciones que requieran esfuerzo mental, son desorganizados, pierden cosas, son olvidadizos y se distraen con facilidad. Presentan problemas atencionales como ser lentos, perezosos, despistados, descuidados, apáticos, callados y con tendencia a ser soñadores. Muestran una incapacidad para mantener y cambiar deliberadamente y adecuadamente el foco de atención, afectando en la mayoría de los casos al rendimiento escolar (Armas, 2007; Green, 2005).

Así, suelen encontrar frecuentes excusas para posponer la realización de las tareas, pierden el tiempo con cualquier material y son sumamente desorganizados en sus trabajos escolares. Posiblemente, una de las razones del fracaso escolar en estos estudiantes radica en los problemas que manifiesta en relación con la memoria a corto plazo, que afectan a su vez a sus áreas curriculares como la comprensión lectora y el cálculo mental (Ruiz, 2004). La dificultad para memorizar la tabla de multiplicar y la resolución de problemas son ejemplos concretos de las dificultades escolares. Estos niños no acostumbran a tener comportamientos disruptivos, guardan silencio y se portan bien, por lo que suelen pasar desapercibidos en el aula (Armas, 2007).

Como se describió anteriormente estos niños suelen tener más problemas académicos que de conducta, es por ello que al momento de hacer el diagnóstico se tengan en cuenta otras condiciones, como depresión infantil o con enfermedades orgánicas como el hipotiroidismo (Van-Wielink, 2004).

2.2.2 Predominantemente hiperactivo-impulsivo

Manifiestan un exceso de actividad motora, escaso autocontrol, impaciencia, impulsividad, apariencia incansable (Green, 2005). Son excesivamente inquietos y experimentan serias dificultades para permanecer sentados. Incluso cuando logran estar sentados suelen mover continuamente los brazos y las piernas, manipulan los objetos hasta que los rompen, y hacen ruidos impropios. No obstante, esta excesiva actividad motriz se suaviza a medida que el niño crece, convirtiéndose en la adolescencia y en la etapa de vida adulta en sentimientos subjetivos de inquietud.

La impulsividad que presentan estos niños se refleja esencialmente en dificultades para demorar las gratificaciones, respetar los turnos, y seguir las normas del aula y del hogar. Son muy impacientes y no piensan en los peligros que se pueden derivar de sus conductas, por lo que a menudo sufren accidentes. Además, estos niños se frustran fácilmente y con frecuencia tienen estadios emocionales. Estas manifestaciones de escaso autocontrol repercuten negativamente en las relaciones que mantiene con los demás, provocando discusiones y peleas continuas. En la escuela dan respuesta incorrectas antes de que el profesor termine de hacer las preguntas, realizan las tareas escolares de forma precipitada y descuidada (Miranda, 2001, Armas, 2007).

En general podemos mencionar que en estos niños predomina la hiperactividad y se les denomina como muy inquietos. Como se explicó, es habitual los problemas de conducta en la escuela, en casa y con los amigos, además de que siempre

están ideando qué cosa nueva hacer, lo que en ocasiones les atrae problemas (Van-Wielink, 2004).

2.2.3 Subtipo combinado

En este caso se manifiestan síntomas de inatención como de hiperactividad-impulsividad y problemas de atención y de aprendizaje, por lo que son los que plantean una problemática de mayor severidad (Green, 2005).

Miranda (2001), expone que sus déficit afectan negativamente tanto al comportamiento como al aprendizaje y, a lo largo del desarrollo se asocia con un riesgo mayor de experimentar dificultades importantes en el ajuste social personal futuro. Las importantes repercusiones que conlleva, unido a que es el subtipo de TDAH que presenta una mayor prevalencia, determina que la mayoría de las investigaciones incluyan en sus muestras niños con TDAH del subtipo combinado.

2.3 Curso evolutivo del TDAH

Según Vázquez y cols. (2004) se suele presentar temprano en la infancia, a los 2 ó 3 años. El primer patrón conductual que aparece es el que tiene que ver con la impulsividad. Cuando aparece en preescolar suele estar relacionado con un conflicto en las interacciones padre-hijo, con medios familiares complicados, una reactividad emocional o la probable aparición de conductas oposicionistas. Cuanto más severo sea esto, mayor probabilidad habrá de que continúen con el patrón de hiperactividad. Es frecuente que aparezca una conducta negativista desafiante.

2.3.1 Infancia

Desde el nacimiento, la primera y más significativa manifestación de este trastorno afecta a los patrones del sueño, que se alteran conforme a lo que sería normal

para este periodo, los niños se disponen a ir a dormir a altas horas de la noche. Una vez que han conciliado el sueño pasan gran parte de la noche en movimiento.

Se presentan un conjunto de características asociadas al llamado temperamento difícil. Los bebés con este temperamento demuestran un nivel elevado de actividad, no se adaptan fácilmente a los cambios en su ambiente, son irritables o propensos a reaccionar con emociones intensas, no persisten en la actividad que están llevando a cabo en su momento dado, y a menudo, confrontan dificultades para adaptarse a la rutina de alimentarse y dormir (Bauermeister, 2008, Gratch, 2001).

El temperamento difícil característico de los bebés con TDAH afecta de manera negativa la interacción de los padres con el hijo y provoca en ellos sentimientos de culpa o de rechazo, que suelen expresar mediante estrategias educativas extremadamente impositivas o pesimistas (González, 2000).

A partir de los 2 ó 3 años comienzan a evidenciar su tendencia a no obedecer las órdenes de sus pares, a punto tal que en muchos casos parecen estar afectados por lesiones auditivas ya que aparentan no escuchar. Demuestran un patrón de actividad, impulsividad, rabietas y desafío mucho mas intenso, duradero y persistente que la mayoría de los niños de la edad (Bauermeister, 2008, Van-Wielink, 2004). Tienen una marcada tendencia a sufrir accidentes, se lastiman con mucha facilidad pues no reconocen situaciones que implican a priori un alto riesgo físico.

En la edad de preescolar tienen dificultades en seguir las consignas de la maestra, no se quedan quietos y se adaptan poco a poco o con muchas dificultades a las actividades grupales. En esta etapa de preescolar, de tres a cinco años de edad aproximadamente, las rabietas y la conducta negativista pueden manifestarse en el niño con TDAH en un grado mucho mayor de lo usual para su edad.

El niño que empieza a asistir a la escuela se enfrenta a un ambiente diferente el cual es difícil acoplarse. Las maestras se sienten desorientadas al no lograr que pueda estar atento a una actividad o juego por un tiempo razonable. Es posible que la relación con los compañeros esté caracterizada por un estilo brusco y por la tendencia a imponerse, molestar o quitar las cosas a los demás de manera impulsiva (Bauermeister, 2008).

En cuanto a las relaciones sociales fuera de la escuela se muestran fríos, protestones y a veces, agresivos con el extraño. Fuera de casa suelen ser muy tímidos y no pierden el contacto físico con sus padres a través de agarrarse con firmeza a sus ropas o de la mano. Tal vez, durante un momento, pueden hacerlo y “entrar en ambiente” de la casa visitada (Pascual, 2008). Esta edad es muy propicia para mostrar su personalidad caprichosa y desinhibida, pidiendo todo lo que les gusta o agarrándolo sin permiso y todo ello organizando un escándalo de voces, insultos, pataleo, revolcones en el suelo e incluso agresiones a los padres.

Es frecuente que los niños en esta etapa desarrollen hábitos o tics nerviosos, como onicofagia, es decir, el comerse las uñas, que se muestren más tensos y ansiosos, sufran cólicos y otros problemas somáticos, como dolores de cabeza o de estómago, y experimenten problemas de lenguaje y del habla (González, 2000).

En la etapa escolar, de los 6 a 12 años, suele ser la edad en la cual esta patología se pone más en evidencia, sobre todo en aquellos casos en que el déficit de atención va acompañado de hiperactividad. Durante este periodo continúan desarrollando un sentido de orgullo propio y de competencia personal. En este desarrollo, juega un papel importante el obtener logros en la escuela, tales como aprender, completar tareas, hacer amigos y disfrutar del reconocimiento de los padres y maestros. En la medida en que el niño con TDAH no vive estas

experiencias de logro, se pone en riesgo el desarrollo de la autoestima saludable (Bauermeister, 2008; Van-Wielink, 2004).

Los niños que presentan TDAH y que también tienen un patrón concurrente de inhabilidades específicas para el desarrollo de las destrezas de lectoescritura pueden empezar a demostrar un rezago académico en los primeros tres grados académicos del nivel escolar. Aun cuando no exista un cuadro de inhabilidades específicas en el aprendizaje, la desorganización, la impulsividad, la falta de atención, la variabilidad e inconsistencia en el desempeño y los rezagos que se van acumulando tiene el efecto de entorpecer el aprovechamiento académico del niño.

Ávila y Polaino (2002) menciona que el niño hiperactivo comienza a manifestar dificultades de aprendizaje, excepto en las dos situaciones siguientes:

- Los que trabajan con sus padres diariamente reforzando los aprendizajes básicos. En estos casos es posible que las dificultades de aprendizaje pasen inadvertidos por los profesores.
- Los que tienen un nivel de inteligencia alto pueden superar los cursos escolares con un esfuerzo mayor que el de sus compañeros. En estos casos, los niños aprueban el curso, pero el esfuerzo que han realizado no se ve recompensado ya que las calificaciones son sólo suficientes. Por otra parte los profesores no perciben este esfuerzo y el niño se siente cada vez menos motivado hacia el aprendizaje.

En ambos casos el rendimiento del niño puede ser suficiente pero no satisfactorio. En el hogar, las responsabilidades o rutinas propias de la edad, tales como vestirse a tiempo, cepillarse los dientes, bañarse, botar la basura y recoger sus cosas, no se cumplen consistentemente, a pesar de los pedidos, recordatorios, gritos o castigos de los padres. Los sentimientos de hostilidad, la testarudez y la conducta desafiante propios del patrón de conducta negativista y desafiante aparecen en muchos casos (Bauermeister, 2008).

Al final de la niñez intermedia y la preadolescencia, una cuarta parte o más de niños que presentan TDAH pudieran demostrar comportamientos que pueden ser síntomas de un trastorno de conducta, tales como mentir repetidamente, apropiarse ilegalmente de objetos, ausentarse de la escuela sin permiso o agredir a otros. Al llegar a la adolescencia, algunos de estos niños están en riesgo de tener nivel bajo de aprovechamiento académico, relaciones conflictivas en la familia y conducta antisocial en la comunidad (Bauermeister, 2008).

2.3.2 Adolescencia

Las conductas asociadas al TDAH pueden mezclarse con los cambios psicológicos que ocurren en el adolescente y hacer más difícil los retos propios de esta etapa del desarrollo.

Los adolescentes con TDAH quizás no tengan una hiperactividad o movimiento tan evidente como los niños, pero todavía se enredan en exceso con las manos, hacen ruiditos, dan golpecitos y sienten inquietud interna. Los padres dicen que han perdido su hiperactividad en gran parte. Sin embargo, todavía suelen ser desorganizados en sus trabajos escolares y les cuesta mucho acabar las cosas. Les resulta difícil trabajar de forma independiente, hay que estar todavía encima de ellos para que terminen sus trabajos. Son más susceptibles de tener comportamientos arriesgados, suelen tener autoestima baja por sus fracasos, pobres relaciones con sus iguales y dificultades y encontronazos con las figuras de autoridad. A veces, si un adolescente es inteligente y sus padres han estado muy pendientes de las tareas escolares, puede no notarse el TDAH hasta esta edad, donde los trabajos son más complejos y se requiere no sólo un trabajo mecánico, sino asociación de conceptos aprendidos anteriormente (Soutullo 2004)

Los adolescentes con TDAH tienen un nivel mucho más bajo en habilidades de deletreo, aritmética y de comprensión de lectura que los jóvenes normales, lo cual

explicaría el mayor número de suspensiones, de repetición de cursos y de abandono de los estudios (González, 2000).

Las características del TDAH se pueden unir al cuestionamiento de la autoridad y a la búsqueda de aceptación de los compañeros mediante conductas encaminadas a llamar la atención en la escuela. El ausentarse de la escuela puede ser frecuente. Surge la resistencia a aceptar la ayuda educativa de los maestros y padres. Pueden también resistirse al uso de los medicamentos recetados para autorregular mejor su comportamiento.

Gratch (2000) menciona que los adolescentes que experimentan crónicos trastornos de conducta y de aprendizaje y arrastran también el crónico daño en la autoestima y el mal concepto de las autoridades de la escuela se ven a sí mismos poco inteligentes e incapaces de afrontar y sostener un proyecto a largo plazo con alguna posibilidad de éxito.

Las dificultades del adolescente con TDAH, unidas a la búsqueda de autonomía, los sentimientos de autosuficiencia y las ansias de liberarse de los padres, también les hace vulnerable a ser influenciado por aquellos compañeros que le aceptan, incluyendo aquellos que están involucrados en actividades antisociales y delictivas (Bauermeister, 2008).

2.3.3. Adulthood

La mayoría de los adultos con TDAH parecen lograr un mejor ajuste una vez que terminan sus estudios y empiezan a trabajar en lugares que no ponen tanto énfasis en sostener la atención o inhibir impulsos, como en la escuela. Las opciones de estudio o trabajo se diversifican. El choque continuo entre las demandas de la escuela para autorregular el comportamiento se reduce al integrarse a nuevos ambientes que ejercen demandas menores, o por lo menos no son tan sostenidas, de atención o control propio (Bauermeister, 2008).

El adulto con TDAH continúa con una sensación interna de inquietud, con poca planificación y organización, poca memoria, estrés o malestar emocional, frustración y mal carácter, con enfados frecuentes. Suelen tener un rendimiento académico y ocupacional y un trabajo inferior a sus capacidades reales. Les resulta difícil acabar las tareas de cada día. A nivel familiar tienen más problemas, como separaciones, divorcios, varios matrimonios y mayor índice de accidentes de tráfico, así como problemas de depresión (Soutullo, 2004).

Los adultos con TDAH están en riesgo de alcanzar un nivel educativo más bajo, de obtener logros ocupacionales menores y de cambiar su trabajo o abandonarlo más frecuentemente que sus hermanos u otros adultos no hiperactivos. Están en más riesgo de incurrir en un patrón de uso excesivo de alcohol y drogas ilícitas, de presentar ansiedad, depresión o problemas interpersonales, y de tener contacto con la policía y los tribunales, principalmente por violaciones a la ley de tránsito (Bauermeister, 2008).

2.4 Evaluación

Brown, (2003) y Quintero (2006) exponen que existen muchos instrumentos que ayudan a evaluar aspectos del TDAH. Estos instrumentos se agrupan en cuatro categorías: entrevistas estructuradas, inventarios, tests psicométricos de funcionamiento cognoscitivo e instrumentos especializados para calibrar variables críticas específicas asociadas al TDAH. Estos recursos permiten al clínico ir más allá de la observación y juicio inmediato, explorar campos sistemáticamente, medir procesos con mayor precisión y observar de forma estandarizada y objetiva cómo funciona el paciente. Para ser útiles, cualquier instrumento debe proporcionar información de forma predecible y consistente al clínico; debe ser repetible en distintas circunstancias o contextos; debe proporcionar información relevante para el diagnóstico de TDAH o para algún aspecto determinado del trastorno y debe ser realizado de forma que sea rentable en tiempo, esfuerzo y gastos implicados.

Una de las formas de evaluación son los test psicológicos o test mentales que tienen gran validez para ratificar el diagnóstico de pacientes con TDAH. Permiten mediante minuciosas pruebas psicométricas, conocer el nivel intelectual del niño y también desglosan su cociente intelectual (CI), descubriendo sus habilidades manuales con pruebas o ítems no verbales, diferenciándolos así de sus conocimientos culturales que se evidencian en las pruebas o ítems verbales. De tal manera, que si se trata de un niño con TDAH según predomine la desatención o la hiperactividad-impulsividad se notará en las puntuaciones de los ítems que componen la prueba (Castells, 2009).

También se recomiendan las evaluaciones neurológicas, éstas están indicadas si hay convulsiones, o si existe una historia clínica de trauma cerebral, signos neurológicos focales, o bien, si la historia clínica es sugestiva de alteración neurológica (Tomas y Casas 2003).

Las áreas que se deben cubrir en una evaluación son variadas y extensas. El objetivo de la evaluación no consiste simplemente en establecer o descartar la presencia del TDAH. Se evalúan los acontecimientos no solo para buscar las pruebas de TDAH, sino para detectar la presencia de otros trastornos en los que los síntomas pueden ser similares a los del TDAH y detectar trastornos comórbidos. Además deberá abordar las áreas afectadas por el trastorno y el grado de alteración de éstas.

2.4.1. Evaluación a través de los padres

La entrevista con la familia es el elemento central del proceso de evaluación. Las dificultades que presenta el niño en la escuela, en la casa y en la comunidad se exploran con respeto al TDAH y sus rasgos asociados. El diagnóstico del TDAH se realiza gracias al juicio clínico. La mayoría de los niños a los que se les diagnosticó TDAH presentan también alteraciones comórbidas, éstas deben de ser

investigadas, ya que pueden estimular el TDAH o tratarse exclusivamente de alteraciones comórbidas (Tomas y Casas 2003). Así también se mencionan escalas que pueden ayudar en la evaluación de los niños como la escala abreviada de Swanson, Nolan y Pelham, “SNAP-IV abreviada”, esta escala consta de 18 preguntas del DSM-IV (Anexo 1).

Dentro de las escalas de evaluación se encuentra el Inventario Conners. Éste consta de dos escalas: la TRS de 39 ítems, para el profesor y el PSQ con 93 ítems, para los padres. Dada su larga extensión se presenta una forma abreviada con un mínimo de 10 ítems, que puede ser útil para una primera aproximación al tema. El valor que discrimina entre hiperactivos y no hiperactivos es de 15. Las conductas se puntúan sobre una escala de 0 a 3, de la siguiente forma (Anexo1):

- La conducta que no se presenta en absoluto (0)
- Algunas veces (1)
- Bastante (2)
- Muchas Veces (3)

La recogida de información se suele obtener mediante entrevistas mantenidas con los padres y con los profesores del niño. Estas entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas. Las entrevistas no estructuradas ofrecen información sobre la percepción que tienen los padres y los profesores del problema, por lo que resultan adecuadas especialmente para establecer un contacto inicial (Quintero, 2006).

La entrevista estructurada más frecuentemente utilizada es “La Entrevista Diagnóstica para Niños”. Las entrevistas semiestructuradas permiten recoger una información detallada sobre la historia clínica y evolutiva del niño, la historia del problema, los procedimientos de disciplina que aplican los padres y las tensiones familiares que pueden existir (Miranda, 2000; Brown, 2003).

La entrevista con los padres permitirá visualizar la interacción de la pareja parental. Pueden observarse la existencia de severos conflictos entre los padres, desacuerdos o aspectos patológicos de la interacción familiar, que a veces suelen depositarse en el niño y que generan sus conflictos o los agravan.

Para poder realizar una recolección exhaustiva de datos a lo largo de toda la historia evolutiva del paciente existen varios cuestionarios estandarizados que son recomendables ya que permiten aportar una gran cantidad de información de forma ordenada evolutivamente. Uno de estos cuestionarios es el de Goldstein y Goldstein (1985), que fue confeccionado con el fin de recopilar información sobre datos evolutivos, historia académica y pone especial atención en el detectar las dificultades con la atención, la impulsividad y la hiperactividad (Citados en: Gratch, 2001)

2.4.2 Evaluación desarrollada con el niño

La entrevista con el niño es importante para entender como se ve a sí mismo, y al mundo que le rodea, y poder así facilitar la evaluación de la comorbilidad. Respuestas a las preguntas como ¿Te sientes en ocasiones triste o furioso?, ¿Qué clase de cosas te hacen sentir bien?, ¿Estas preocupado por algunas cosas?, entre otras, pueden aportar información de interés sobre lo que le sucede al niño (Tomas y Casas, 2003).

Rickel (2008), menciona que se han reportado casos en los que el niño niega el problema que los padres han observado. Se pide que otros terapeutas evalúen a los niños que no tienen otra disfunción más que la incapacidad de satisfacer los estándares exageradamente altos que establecen los padres. Un solo instrumento no es suficiente para hacer el diagnóstico, por lo tanto se recomienda el uso de escalas de medición que evalúan el comportamiento del niño en el hogar y en la escuela, las entrevistas semiestructuradas, el uso de la observación directa en un

ambiente estructurado, donde es probable que los niños enfrenten dificultades significativas.

En el proceso de evaluación del TDAH resulta conveniente recopilar información sobre el funcionamiento cognitivo y social del niño.

Entre los instrumentos psicométricos más frecuentemente utilizados para medir las capacidades atencionales se encuentran: El factor de atención del WISC (Weschler, 1994), el Test de Cancelación Rápida de Figuras (Rudel, Denkla y Borman, 1978), el Test de caras (Thurstone-Yela, 1979) (Citados en: Miranda, 2001).

En relación con las pruebas neuropsicológicas de laboratorio, el test de ejecución continua es el instrumento que ha demostrado ser más fiable para discriminar entre grupos de niños hiperactivos y normales.

Finalmente, para evaluar el funcionamiento sociopersonal del niño varios son los procedimientos que se pueden utilizar. Entre ellos como pruebas de gran utilizados en la evaluación de la competencia social están, el Cuestionario sobre Conocimientos y Estrategias de Interacción con los Iguales (Díaz-Aguado, 1986) y el Cuestionario de Solución de Problemas Medios-Fines (Spivack y Shure, 1974) (Citados en: Miranda, 2001).

2.4.3. Técnicas para la observación directa del comportamiento

Las observaciones directas a niños en su entorno habitual permiten clasificar de forma importante la presencia de cambios en el comportamiento del niño hiperactivo. Los padres, a menudo, solicitan este tipo de observación, pensando que ésta es la parte más importante de la evaluación. En la práctica, se acostumbra a ser poco importante debido a la variabilidad del comportamiento (Tomas y Casas, 2003).

Miranda (2001) expone que las observaciones del comportamiento se han utilizado habitualmente para confirmar un diagnóstico de TDAH, pero también, al suministrar datos sobre conductas específicas, permiten conocer objetivamente las variaciones situacionales y temporales en la expresión de los síntomas de los niños hiperactivos ante diferentes actividades que se desarrollan en el aula o en el hogar. Por tanto aportan datos valiosos de cara a planificar las adaptaciones instruccionales, los cambios en el ambiente físico y/o las modificaciones necesarias a realizar en las interacciones padres-hijo o profesor-alumno.

Como se desarrolló en este capítulo al tener un diagnóstico de TDAH podemos buscar la forma de ayudar al niño a enfrentar este trastorno y no solo a él, también a la familia, ya que al acudir a un especialista se darán los pasos a seguir para el tratamiento, tema del siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO DEL TDAH

Existe gran controversia sobre el tratamiento adecuado para la hiperactividad. Hace pocos años se pensaba que una medicación estimulante podría, paradójicamente, reducir la capacidad de distracción del niño, y hacerle más adaptable a los métodos de instrucción. Así no desperdiciaría las oportunidades del aprendizaje de la infancia. También se pensaba que la hiperactividad podría ser superada naturalmente durante la adolescencia. Por lo tanto, en este capítulo se hablará del tratamiento para el TDAH empezando por el médico hasta el psicólogo.

3.1 Tratamiento médico

El tratamiento médico debe entenderse en un sentido amplio, el cual incluya no sólo recetar un fármaco, sino al menos los siguientes aspectos:

- a) Identificar el problema. Los profesionales suelen menospreciar los comentarios o hallazgos de los psicólogos clínicos o escolares y más aún de los profesores, lo cual causa retraso en las actividades necesarias para mitigar los problemas del niño e infundir confianza en la familia. Nadie como él conoce los antecedentes perinatales, las reacciones a los diversos tratamientos además de la dinámica de la familia para poder informar fielmente de las necesidades de la terapia, sistema educativo y medicamentos.

- b) El trabajar en equipo interdisciplinario da la ventaja de obtener mejores resultados. El director del grupo de trabajo debe ser el pediatra o el médico familiar, él podrá guiar al neuropediatra o paidopsiquiatra en la búsqueda del mejor fármaco, escogerá en conjunto con la familia y el terapeuta el mejor sistema escolar para el niño y evaluará los resultados de las medidas instauradas.

El pediatra o el médico familiar son los idóneos para buscar información acerca de los tratamientos alternativos y recomendar a la familia alejarse de algunas modalidades terapéuticas peligrosas.

- c) El seguimiento y la vigilancia permanente de los resultados académicos y del crecimiento y desarrollo de comportamientos normales constituyen una pieza fundamental en el seguimiento pediátrico (Ruiz, 2004).

Con el reconocimiento y conocimiento cada vez mayor de la complejidad de la presentación del TDAH a lo largo de la vida, es necesario desarrollar estrategias farmacológicas efectivas. El paciente y la familia necesitan familiarizarse con los riesgos y beneficios de la farmacoterapia, la disponibilidad de tratamientos alternativos y los efectos adversos posibles.

Algunos de estos efectos pueden preverse a partir de las propiedades farmacológicas conocidas de la medicación. 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 ajustándolas lentamente. En general, los efectos adversos idiosincráticos requieren una interrupción de la medicación y una selección de otras modalidades (Brown, 2003).

Hay varios tipos de medicinas que ayudan a los niños con TDAH, principalmente, los estimulantes, que actúan sobre el neurotransmisor dopamina, y medicaciones no estimulantes que tienen efecto principalmente sobre la noradrenalina (Rickel, 2008).

Brown (2003) menciona que la prueba final de cualquier terapia cognitiva o conductual es su capacidad para producir cambios significativos en conductas observables significativas. Según parece, las conductas simples relacionadas

directamente con los síntomas principales del TDAH de impulsividad, distrabilidad e hiperactividad responden mejor a las medicaciones. Los fármacos utilizados más habitualmente en el TDAH son los estimulantes y los tricíclicos o antidepresivos no serotoninérgicos.

En la siguiente tabla obtenida de Soutullo (2004) se presentan los fármacos estimulantes que se utilizan en el tratamiento del TDAH.

FÁRMACOS ESTIMULANTES	
Estimulantes	Efectos adversos
Metilfenidato	Insomnio, disminución de apetito y de sueño disforia,
Anfetamina (Sulfato de dextroanfetamina)	Posible disminución del ritmo de crecimiento con un uso crónico.
Preparado de anfetamina (Hidroclorito de metanfetamina)	Fenómeno de rebote
Pemolina	Los mismos que los otros estimulantes.

(Soutullo 2004, pág. 99)

Los estimulantes aumentan la dopamina en el cerebro y la atomoxetina, estos neurotransmisores, aumentan en algunas zonas del cerebro que funcionan por debajo de lo normal en niños con TDAH, estas zonas son las áreas frontales, que sirven para inhibir las respuestas y para filtrar el ruido de fondo y ayudar en la concentración, ésta es la zona que nos hace pensar en lo que vamos a decir antes de decirlo, y en el efecto que tendrá lo que vamos a decir en la otra persona, y luego decidir si lo decimos o no (Op. cit).

Los estimulantes constituyen el tratamiento farmacológico más empleado en los niños hiperactivos, y es debido a su efecto paradójico en la conducta infantil, produciendo, una disminución de la actividad física y el aumento de los periodos de atención, lo cual repercute en una mejora del rendimiento académico escolar. Otro hecho paradójico que hay que agregar al inesperado efecto tranquilizador es que los estimulantes no desarrollan tolerancia en los niños hiperactivos, esto es,

no producen hábitos, ni tampoco crean dependencia física, tal como suele ocurrir en los adultos, ni tampoco presentan el efecto de euforia característico (Canca, 1993).

A continuación se presentan algunos fármacos no estimulantes que nos presenta Soutullo (2004).

FARMACOS NO ESTIMULANTES	
No estimulantes	Efectos adversos
Atomoxelina	Náuseas, irritabilidad, sensación de mareo y disminución del apetito.
Bupropion	Disminución del apetito, nerviosismo, temblor, insomnio, náuseas y dolor de cabeza.
Antidepresivos tricíclicos	Boca seca, visión borrosa, estreñimiento, alteraciones ritmo cardiaco, descenso en la tensión con cambios posturales y pérdida de peso.
Clonidina	Somnolencia, disminución tensión arterial, mareos al levantarse, sedación, boca seca, hipertensión de rebote e irritación localizada.
Antidepresivos inhibidores de la monoamina oxidasa	Si se combina con tiramina y con antidepresivos ISRS se desarrolla una reacción adversa grave con elevación de la tensión arterial, dolor de cabeza, palpitaciones, náuseas, vómitos y sudoración.
Hidroclorato de venlafaxina	Náuseas, sedación, malestar gastrointestinal.
Hipoclorito de guafacina	Similar a los de la clonidina, pero menos sedación, insomnio e irritabilidad.

(Soutullo, 2004, pág. 105)

La atomoxetina es no estimulante, es un inhibidor muy selectivo de la recaptación de noradrenalina que actúan en zonas implicadas en la atención. No actúa en zonas implicadas en los movimientos, por lo que no empeora los tics y parece que incluso los puede mejorar. Tampoco actúa en zonas implicadas con la adicción,

por lo que no produce efecto euforizante aunque se tome en dosis altas (Soutullo, op. cit.).

Los padres deben de estar en continua relación con el médico. Aunque los fármacos que se administra a estos niños no tienen ningún riesgo, es importante obedecer al médico y que sea él quien decida la dosis y el tiempo que el niño tiene que tomar esos medicamentos. Referente a esto Fernham (1999) mencionaba, que considera la situación y podría parecer humanitario medicar a los niños hiperactivos para ayudarles a controlarse y calmarse, sin embargo, debe de tomarse en cuenta: la medicación para la hiperactividad puede suprimir el crecimiento físico, al menos temporalmente. Puesto que se ha demostrado que el crecimiento mental se correlaciona con el físico, es posible que la medicación también pueda suprimirlo temporalmente.

Para el tratamiento farmacológico es importante que éstos sean recetados por el médico después de una evaluación que nos confirme que el niño tiene TDAH y que no es otra enfermedad, deben de estar alerta a cualquier efecto secundario que pueda darse por el consumo de los fármacos, así también preguntar al médico sobre éstos.

Por otra parte, dadas las peculiaridades de la conducta hiperactiva, es habitual que el niño se comporte como cualquier otro, durante los veinte o treinta minutos de la consulta. Por ello es muy importante que los padres expongan de forma clara y precisa los problemas de conducta que el niño presente en el contexto familiar, especificando las situaciones y los momentos más conflictivos del día (Polaino y Ávila 2004).

Solzi (2008), señala que una medicación efectiva depende de diferentes factores. En primera instancia, la particular respuesta que cada organismo tiene en la metabolización de la droga; esto implica que en muchos casos su administración deba ser revisada, regulada o modificada.

En segunda instancia, la reeducación de las creencias y desestructuración de las fantasías que se generaron a partir del diagnóstico y la alternativa farmacológica. En tercer lugar y último la aceptación de que la medicación no es un anestésico emocional que vaya a eliminar el cansancio, el tedio de la rutina, el trabajo que implica organizarse, o evitar los impulsos que apenas aparecen. Su efectividad no debe excederse de permitir tolerar estos impulsos y realizar aquellas cosas que se debe (Rickel, 2008).

El objetivo de la medicación no debe ser el crear una falsa personalidad, sino permitir desarrollar los aspectos positivos de la existente y soportar el trabajo de reestructurar pautas comportamentales negativas.

3.2 Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico de los problemas conductuales asociados es aceptado y su intervención es complementaria al tratamiento farmacológico y buscando una reducción de las conductas disruptivas del niño en los diferentes ambientes mediante terapias enmarcadas en corrientes cognitivo-conductuales. Igualmente puede ser aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH. Actualmente se están desarrollando terapias de desarrollo positivo en los niños, que intentan reforzar los aspectos potenciales de los jóvenes mediante deporte y dinámicas de grupo.

3.2.1 Manejo conductual

La modificación de la conducta es una terapia básica para tratar el TDAH y tiene un fundamento científico derivado de la teoría de las funciones ejecutivas que se han establecido como causas de este trastorno:

La modificación de la conducta constituye un proceso largo que requiere de una gran dedicación por parte del niño, sus padres, profesores y terapeutas. El mecanismo básico de una terapia de modificación consiste en trasplantar al niño con TDAH pensamientos y conductas adecuadas que lo ayuden a subsanar sus deficiencias. El niño con TDAH no internaliza las reglas de conducta, por lo tanto no puede llevarlas a cabo, otro problema es que no deduce las conductas o pensamiento adecuados, por lo que se le debe enseñar a pensar en forma constructiva antes de que éste le cause problemas (Van-Wielink, 2004).

Lo que interesa es realizar un análisis funcional de la conducta hiperactiva, no para etiquetar al niño dentro de un cuadro nosológico, sino para conocer la forma, frecuencia e intensidad de sus conductas disruptivas con el fin de aplicar un programa de modificación que permita implementar y mantener las conductas más adaptativas, así como reducir y extinguir las inadaptadas.

Las intervenciones conductuales en los casos de hiperactividad se han desarrollado extensamente a partir de los años setenta, tras la publicación de distintos trabajos en los que se ponía de manifiesto que era posible controlar el comportamiento de estos niños a partir del manejo de factores y variables ambientales relacionadas.

La puesta en práctica de estos tratamientos va precedida por el diseño y planificación estructurado del proceso terapéutico, con descripciones explícitas del mismo, de forma que sea posible la evaluación objetiva de sus efectos (Moreno, 1999).

En cualquier intento de ayudar a reducir o eliminar la hiperactividad en los niños, es esencial que los principios de modificación de conducta sean aplicados adecuadamente por padres y profesores. El esquema general que suele utilizarse es el siguiente: definir operacionalmente la conducta problemática, registrar la medida inicial de la conducta, analizar las consecuencias que mantienen la

conducta, diseñar nuevas contingencias de refuerzo aplicando el programa de intervención deseado, evaluar la efectividad del cambio y darle seguimiento al programa (Canca, 1993).

Las técnicas de modificación de conducta constituyen junto con los procedimientos cognitivos conductuales, las intervenciones más relevantes para niños con TDAH dentro del sistema escolar y familiar. Básicamente consisten en un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer las conductas adecuadas, asumiendo que están moldeadas por las contingencias ambientales. Este enfoque de tratamiento tiene varias ventajas, pues es relativamente fácil de implementar, rápido, de bajo costo y adaptable a múltiple contextos (Rickel, 2008).

En síntesis pueden distinguirse, en función del objetivo tres grupos de técnicas para el manejo del comportamiento de los niños con TDAH. Por un lado las técnicas para incrementar los comportamientos adecuados, por otro lado, las técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados y finalmente los procedimientos combinados que pueden emplearse para aumentar o mantener como para disminuir o eliminar comportamientos inadecuados (Miranda, 2001).

Dentro de las estrategias de manejo conductual se encuentran, los reforzadores, los castigos y la economía de fichas, a continuación se describen cada una de ellas:

1. Reforzadores

Con frecuencia se le llama recompensas a las consecuencias positivas que tiene el comportamiento. Los reforzadores no solamente tienen el efecto de motivar, sino también de proveer la información de que el comportamiento llevado a cabo es el deseado para la situación.

Los reforzadores pueden ser sociales, tangibles o de actividad. Los reforzadores no tienen que ser muy elaborados ni costosos; todo lo contrario, mientras mas naturales o propios de las actividades diarias mejor. Al seleccionar las

consecuencias positivas o reforzadores que obtendrá el niño por su comportamiento, es importante identificar aquellos que lo motivan a él en particular. El niño que presenta TDAH no responde a refuerzos a largo plazo. Necesita ser reforzado en cada uno de los componentes de la conducta que quiere que se lleve a cabo y no al final o después de que este comportamiento haya finalizado (Bauermeister, 2008).

2. Castigos

Los castigos implican forzar al niño hacer algo desagradable. El castigo tiene como objetivo reducir la probabilidad de que en el futuro se manifieste la conducta por la que ha sido castigado. El castigo en el niño hiperactivo tiene dos consecuencias negativas: primero, algunos tipos de castigos se convierten en centro de atención para sus padres y paradójicamente por tanto, actúa como un premio y no como un castigo. Un castigo no es más eficaz cuanto más duro sea para el niño, pues de esta manera se puede fomentar un patrón de conducta neurótica. Es decir, el niño puede ser inducido a actuar para evitar los castigos (Ávila y Polaino 2002).

Los castigos son el requerir que el niño permanezca sentado en un lugar de la casa en donde no reciba atención o entretenimiento alguno. Para que el castigo sea efectivo, el niño debe saber de antemano el castigo que recibirá por su comportamiento inadecuado. El castigo debe ser en proporción a la transgresión.

Se debe castigar la conducta llevada a cabo y no al niño como persona. Todo castigo, para que sea eficaz, deberá cumplir con cuatro características necesarias: firme (una vez puesto no debe levantarse bajo ningún concepto), corto (no debe ser muy largo en el tiempo), intenso (debe producir malestar en el castigado, de lo contrario pierde su efecto) e inmediato (a la conducta castigada, para que se establezca una relación de contingencia clara). (Bauermeister, 2008).

3. Economía de fichas

Esta técnica consiste en dar puntos positivos por cada regla de conducta que se cumple. En el caso contrario, si el niño incumple la regla, se le da un punto negativo. Cada punto negativo anula el valor de un punto positivo. El número total de puntos conseguidos se puede canjear por distintos premios. Esto supone que hay una lista de premios con el número de puntos necesarios para disfrutar de ellos (Avila y Polaino, 2002).

Bauermeister (2008), presenta una guía para implantar el sistema de fichas para niños de 4 a 7 años:

1. Describir claramente las conductas importantes que se desean desarrollar en el niño.
2. Darle de una a tres fichas cada vez que las lleve a cabo dependiendo del grado de dificultad de la tarea o conducta. Si se llevó en el momento adecuado sin que se le pidiera, podría recibir un bono de una ficha adicional.
3. Colocar estas fichas en un envase de plástico.
4. Al dar la ficha, elogiar al niño por haber llevado a cabo la conducta de interés.
5. Cuando el envase de plástico esté lleno de fichas, el niño puede ser reforzado de forma especial, con algo previamente acordado con él.

Ruiz (2001) menciona que la ventaja que ofrece la modificación de conducta es que su aplicación no depende de las características del problema ni de su magnitud, sino de manera única y exclusiva de la incidencia, y se ejecuta en tres dimensiones:

- La primera se refiere a las conductas del niño, es decir a las características del comportamiento y hasta el repertorio de conductas específico del problema.

- La segunda se refiere al comportamiento de los padres, en cuanto a que ellos son los principales agentes de control social, los administradores, sin dejar contingencias y reguladores del ambiente del niño, sin dejar fuera otros posibles agentes, es decir, todos los que pueden estar en relación directa con el comportamiento del niño.
- La tercera se establece a partir de la interacción del sujeto con el ambiente, es decir, todo el espacio interconductual, donde se establece la relación de contingencias.

3.2.2 Tratamiento cognitivo-conductual

En los años setentas, Meichembaun y Goodman (1971) propusieron un método para enseñar a los niños hiperactivos estrategias cognitivas que les permitieran hacer frente con éxito a las tareas escolares y a aquellas situaciones en las que se les exige control de los comportamientos (Citados en: Ruiz, 2004).

Este método supone básicamente que los niños hiperactivos tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se requieren para ejecutar satisfactoriamente las tareas escolares, por lo tanto, se considera que sus perturbaciones y comportamientos alterados son secundarios a las deficiencias que les caracteriza.

Miranda (2001), expone que el enfoque de modificación cognitiva de la conducta, en el que se combinan estrategias conductuales y cognitivas, pone su énfasis en el desarrollo del autocontrol. La propuesta es que la práctica de estrategias como las autoinstrucciones, la autoevaluación, el control de la ira o la solución de problemas, pueden dotar a los niños con TDAH de los mecanismos necesarios para controlar su conducta; observar su propio comportamiento, evaluarlo en relación con las reglas de funcionamiento y captar su resultados o consecuencias.

A continuación se describen algunas técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento del TDAH:

1. Entrenamiento en Autoinstrucciones

El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en modificar las verbalizaciones internas que un sujeto emplea cuando realiza cualquier tarea y sustituirlas por verbalizaciones que son apropiadas para lograr su éxito. Se trata, por tanto, de modificar las instrucciones encubiertas con el objetivo de alterar positivamente el comportamiento manifiesto.

Con este procedimiento, el terapeuta enseña al niño una estrategia general, que si bien al principio está centrada en la realización de tareas escolares, una vez aprendida el niño puede emplearla para resolver otros problemas y hacer frente a sus fracasos en la vida diaria; de este modo, el individuo puede controlar su conducta en diferentes situaciones y contextos.

Kirby (1992), señala que el entrenamiento en autoinstrucciones verbales abarca una serie de pasos:

Paso 1. Selección de tareas. El clínico elige las tareas que requieren enfocar la atención por cierto tiempo, así como el empleo de algún tipo de plan o estrategia sistemática para su realización satisfactoria.

Paso 2. Moldeamiento cognoscitivo. El clínico moldea la resolución de la tarea. Esto implica que el clínico hable consigo mismo, a lo largo de seis etapas de solución de problemas. Las seis etapas son las siguientes:

- Definición y comprensión de la naturaleza de la tarea.
- Consideración de maneras posibles de enfocar la tarea.
- Selección de una estrategia y su aplicación
- Autovigilancia del avance hacia la solución.

- Autoevaluación y autorrecompensa.
- Selección de un procedimiento alternativo si no da resultado al empleado.

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

Paso 4. Autodirección manifiesta. El clínico le pide al niño que efectúe de nuevo la tarea mientras utiliza afirmaciones acerca de sí mismo para que lo guíen hacia una solución. Durante este paso, el clínico empieza a percibir la manera que tiene el chico de auto-dirigirse y, observa las afirmaciones que podrían ayudar pero que el niño no genera.

Paso 5. Modelamiento de autodirección manifiesta desvanecida. El clínico moldea el acto de murmurar las instrucciones mientras avanza por la tarea.

Paso 6. Práctica del niño de la autodirección manifiesta. Aquí el objetivo es que el niño aprecie la naturaleza y utilidad de las auténticas autoinstrucciones. El clínico lo escucha con cuidado y lo ayuda a generar sus propias ideas y autoinstrucciones.

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

Paso 8. Práctica del niño de autoinstrucciones no manifiestas. El niño tiene que pensar solo a lo largo de la tarea que se le asigna. Como esto requiere autoinstrucciones no manifiestas, el clínico no puede saber en que está pensando el niño en el momento de estar realizando la actividad. Pero al observar la conducta el clínico obtiene indicaciones sobre como enfoca la tarea el niño. Para

verificar cómo se da autoinstrucciones el niño, el clínico tal vez tenga que formularle algunas preguntas.

La autoinstrucción tiene la importante ventaja sobre las contingencias manejadas externamente de que el hecho, el niño lleva consigo las contingencias, de esta manera aumenta la probabilidad de que los controles aprendidos se generalicen a una variedad de situaciones y de que se mantengan con el paso del tiempo. Así, la autoinstrucción bien puede ser la respuesta a los problemas inevitables de la generalización y del mantenimiento de los efectos del tratamiento (Ross, 1991).

2. Entrenamiento de habilidades sociales.

El programa de habilidad social se debe centrar en la integración del niño dentro del contexto social mediante el desarrollo de habilidades comunicativas y la capacidad para la resolución de problemas o conflictos. Este aspecto a tratar es importante en la medida que se sabe que el niño con TDAH muestra una desadaptación social debido a su impulsividad e hiperactividad.

Los programas de habilidades sociales generalmente se enfocan en el conocimiento de respuestas apropiadas a las reglas, en una autopercepción y en una automonitorización exactas y en la práctica de ciertas áreas, tales como hacerles bromas, cooperación, aproximaciones efectivas no agresivas y ser sensibles a las necesidades de los demás (Tomas y Casas, 2003).

Estos programas centran la atención en una serie de pasos. El primer paso consiste en ayudar al niño o adolescente a sensibilizarse con sus problemas sociales. Dada su impulsividad y desatención, algunos individuos con TDAH son muy poco conscientes de sus problemas de socialización y es posible que los nieguen o que proyecten su origen en los demás. El segundo paso consiste en hacer que el niño o adolescente proponga soluciones a los problemas identificados. El tercer paso consiste en ayudar al niño a aplicar gradualmente las

nuevas soluciones a los problemas identificados. El último paso consiste en ayudar al niño a relacionar todo lo aprendido con los acontecimientos pasados y con las dificultades y acontecimientos futuros (Silver, 2004).

3. Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas se centra en la enseñanza de una serie de habilidades generales que ayudan a identificar los componentes de un problema, a generar las estrategias que faciliten su resolución, a explorar las posibles respuestas alternativas y sus consecuencias y a planificar los pasos para lograr la meta deseada.

Miranda (2001), manifiesta que el entrenamiento en solución de problemas y en autoinstrucciones ayuda a subsanar los déficits y distorsiones cognitivas de los estudiantes agresivos. Pero si, a causa de una excesiva impulsividad, no pueden controlar la ira y la frustración en las interacciones sociales sería más procedente utilizar procedimientos combinados, como la técnica de “control de la ira” y la técnica de “la tortuga”. La técnica de control de la ira pretende enseñar a estos chicos a dominar su ira inicial para que posteriormente puedan hacer un análisis autoinstruccional de la situación problemática que les conduzca a una solución positiva del problema.

La técnica de la tortuga, que incluye modelado y entrenamiento en relajación, tiene como objetivo último enseñar a los niños a auto controlar sus propias conductas alteradas, impulsivas e hiperactivas (Moreno, 1999).

La elección del tratamiento que se debe usar dependerá de los distintos agentes o factores que estén generando conductas hiperactivas y que son excluyentes. Así en un caso dado, puede ser necesaria la administración de fármacos, pero lo cierto es que desde un punto de vista educativo, siempre se requerirá un tratamiento psicopedagógico de índole conductual o cognitivo-conductual que

incidirá en la relación que el niño tenga con el medio que le rodea ya sea en la escuela o en el entorno familiar.

3.3 Educación a padres

Un tratamiento eficaz requiere que tanto el niño como los padres, los hermanos, los familiares, los maestros y otras personas importantes en su vida puedan entender lo que es el TDAH.

Son muchos los que no conocen acerca del TDAH y piensan que los padres son responsables de la conducta de los hijos; es decir que la conducta de éstos es un reflejo de los propios problemas como padres. Si se logra entender el impacto del comportamiento del niño en el hogar, los papás podrán aceptar sus sentimientos como normales, trabajar con ellos mismos, buscar ayuda profesional en los momentos en que sea necesario, crecer como personas y estar en mejor posición para ayudar a los niños (Bauermeister, 2008) .

El educar a un niño con TDAH puede ser un desafío para cualquier padre. Estos niños son distraídos, desinhibidos, muy activos y absorbentes. En aquellas áreas de la educación del niño en la que los padres competentes y razonables desean involucrarse, los padres de un niño con TDAH están obligados a involucrarse doblemente. Deben buscar escuelas, profesionales y recursos sociales. Los padres se encontraran teniendo que supervisar, dirigir, enseñar, planificar, estructurar, recompensar, castigar, guiar, proteger y enseñar a los niños con TDAH mucho más de lo que se le pide a cualquier padre (Barkley, 2002).

Como se mencionó anteriormente, los padres tienen que buscar estrategias con las cuales puedan ayudar a sus hijos, esto también ayuda para mantener un ambiente familiar agradable. Borunda (2008), menciona que algunas recomendaciones para los padres para mejorar la disciplina son:

- a) Partir de la premisa de que el niño no quiere molestarlos ni desesperarlos
- b) Acercarse y modelar la conducta deseada

- c) Ser específicos al dar órdenes
- d) Ordenar con gentileza y usar técnicas en las que el niño haga lo que se le está pidiendo
- e) Estructurar y organizar las actividades tratando de mantener ciertas rutinas
- f) Explicarle que las elecciones que tomen tendrán consecuencias
- g) Cumplir con las advertencias que se han establecido con claridad y justicia
- h) Enseñarle a sentir empatía y colocarse en el lugar de los demás cuando su impulsividad afecte a otros
- i) Explicar los sentimientos diciendo “eso me hace sentir...”
- j) Elaborar contratos para establecer junto el niño metas y expectativas.
- k) Manejar tiempos cortos, sobre las actividades que se realizan durante el día, como el levantarse, desayunar, el dirigirse a la escuela, llegar a la casa, al terminar la comida, así sucesivamente.

Los puntos anteriores sirven de guía para los padres que no saben la forma en que deben de tratar a su hijo, o adecuar conductas que presentan los niños con TDAH. Dar explicaciones de por qué se aplican ciertas cosas o se recompensan o castigan conductas ayudará a que el niño comprenda de una mejor manera el por qué se están aplicando ciertas contingencias y esto ayudará a mejorar su comportamiento en el entorno familiar.

En el momento en que los padres también deciden buscar ayuda deben de estar conscientes de que no solo es una intervención psicológica, si no, como se mencionó anteriormente necesita de un equipo multidisciplinario el cual esté integrado por terapeutas y médicos.

Durante el tratamiento terapéutico los padres también reciben un entrenamiento, Joselevich (2003), menciona que durante este proceso el profesional busca explicar a los padres muchos comportamientos aparentemente contradictorios, les proporciona una descripción pormenorizada de los fundamentos neurobiológicos y los comportamientos sintomáticos. Así, les explica el rol de dos transmisores que

inciden en este trastorno, la dopamina y la noradrenalina, que afectan el correcto funcionamiento de las áreas cerebrales involucradas. A partir de allí, conectará esas realidades neuroquímicas y de circuitos neuronales, con aspectos palpables: las dificultades para lograr cierta inmovilización, mantener un adecuado nivel de alerta, motivarse en una tarea por tiempos más prolongados, controlar el impulso a responder de forma rápida e irreflexiva.

También a partir de aquí se les explica porque se tienen que consumir ciertos medicamentos y en qué les ayudan éstos, también se les explica el tratamiento psicológico y las técnicas que se utilizan para controlar conductas que presentan los niños con TDAH, y cómo pueden aplicarlas en el hogar.

Como se mencionó en el desarrollo de este capítulo, se tienen varias opciones de tratamientos, pero para que se desarrolle uno de éstos es necesario tener la supervisión de un profesional, sea médico, psicólogo u otro especialista, que nos ayude a elegir el más adecuado a las necesidades del niño. El tratamiento del TDAH no solo debe basarse en medicamentos, sino que debemos de tomar en cuenta el tratamiento psicológico, trabajando con los padres, familiares y profesores, esto ayudará a que el tratamiento tenga el éxito deseado. En este trabajo se tomará en cuenta el tratamiento conductual, por lo que en el siguiente capítulo se presentará un caso de hiperactividad, que se trabajará con el niño y su familia desde este enfoque.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN NIÑOS DE 7 A 8 AÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD CON PREDOMINANCIA INATENTA

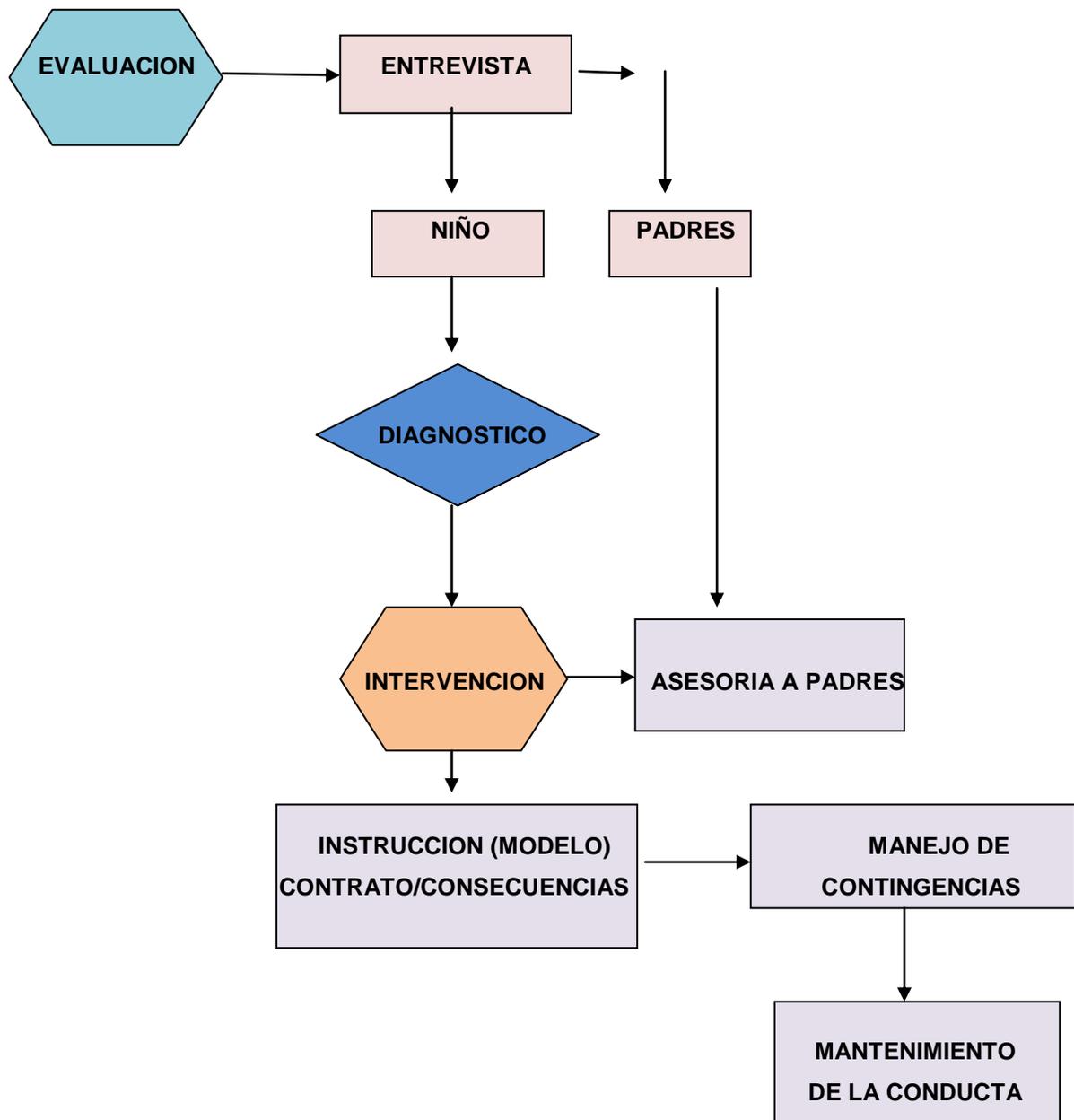
Lo que se desarrollará en este capítulo es una propuesta de intervención conductual en un niño de 7 a 8 años con TDAH con predominancia inatenta, se eligió esta edad ya que es donde el trastorno ya pudo ser diagnosticado y se le puede dar un tratamiento, además es posible que si se comienza un tratamiento en este momento el niño pueda realizar las actividades que se le pidan y en un futuro evitar problemas dentro del medio que se desenvuelve.

A continuación se describe el programa de intervención, éste se describe por sesiones y los objetivos que se pretende llegar en cada una de éstas. Presenta en dos fases, la fase de la evaluación y la intervención.

OBJETIVO GENERAL

Eliminar aquellas conductas inapropiadas que presenta el niño con Déficit de Atención e Hiperactividad, con predominancia inatenta en la familia, utilizando técnicas de modificación de conducta.

A continuación se presenta un cuadro de cómo se va a ir desarrollando el programa de intervención.



FASE I. EVALUACION

A) Objetivo Especifico 1

Evaluar a los padres y al niño para llegar a un diagnóstico y una puesta en marcha del programa de intervención

Actividades a desarrollar

Objetivo Particular 1. Entrevistar a los padres en la cual se expongan las conductas problema que presentan los niños.

Desarrollo

Se realizará la presentación de la psicóloga con los padres y con el niño. A partir de ahí se entrevistará a los padres y ellos harán una lista de aquellas conductas problemas que presentan con su hijo. Para la entrevista se utilizará la presentada por Macotela (2007) la que complementaria y abarca áreas de interés para el conocimiento del medio y actividades que desarrolla el niño (Anexo2).

Objetivo Particular 2. Evaluar al niño para determinar, si lo que están exponiendo los padres es TDAH y cuál es el subtipo.

Desarrollo

Se explicará el objetivo de la evaluación tanto al niño como a los padres. Para esto se propone utilizar la escala cuantitativa SNAP-IV en su versión abreviada (Anexo 1).

Objetivo Particular 3. Informar a los padres sobre el trastorno, incluyendo síntomas, diagnóstico y las opciones de tratamiento que se manejan (Anexo 6).

Desarrollo

Se les hará una presentación en Power Point a los padres, así como la entrega de un tríptico donde venga resumida la información presentada. Habrá una sesión de preguntas y respuestas.

Objetivo Particular 4. Presentar a los padres el programa de intervención que se llevará a cabo con el niño.

Desarrollo

Exponer la intervención que se llevará a cabo con el niño, a partir de la lista de conductas que presentaron los padres, así como las técnicas conductuales a utilizar y los objetivos a los que se pretende llegar. Hacer hincapié de los recursos a su alcance. Presentar los inconvenientes que se pueden llegar a presentar durante la puesta en marcha del tratamiento y las posibles estrategias de solución.

FASE 2. INTERVENCIÓN**B) Objetivo Específico 2**

Establecer la intervención conductual en un niño con TDAH con predominancia inatenta.

Actividades a desarrollar

Objetivo Particular 5. Informar sobre la forma de comportarse con el niño, así como entrenar a los padres en técnicas de registro y en procedimientos para establecer conductas adecuadas; estas conductas pueden ser, poner atención cuando se le dan instrucciones y realizar actividades tanto del hogar como de la escuela y aquellas conductas inapropiadas como, interrumpir a los demás, no poner atención cuando se le habla, no hacer las actividades correspondientes al hogar por ejemplo, tender su cama, o a la escuela, no realizar tareas escolares, desobedecer a sus papás.

Desarrollo

Cada uno de los padres mencionará una conducta inapropiada que haya observado en su hijo, el otro hará el papel de padre y no reforzará esta conducta, después realizará la conducta apropiada y ésta será reforzada. Los papeles cambiarán, y también irán registrando dependiendo la ganancia o pérdida del reforzador.

Objetivo Particular 6. Informar al niño del contenido de la intervención y de los objetivos finales, precisando, lo logros que se pretenden obtener a corto plazo. Así también informar sobre las contingencias a aplicar y establecer un contrato.

Desarrollo.

El psicólogo expondrá al niño el programa de intervención.

Describir y hacer una presentación de aquellas conductas que serán reforzadas y aquellas que tendrán consecuencias negativas como la no presentación del reforzador.

Objetivo Particular 7. Establecer un contrato entre el niño, el terapeuta y los padres.

Desarrollo.

Se leerá el contrato, y después se procederá a la firma del mismo.

Estipulando que si no se llega a cumplir alguno de los lineamientos por los padres que el niño elija una actividad a realizar, esta la tendrán que hacer los padres con el niño. En caso de que el niño no cumple el contrato tendrá consecuencias en la entrega de las fichas.

MANEJO DE CONTINGENCIAS

Objetivo Particular 8. Elaborar un reglamento familiar en el cual se identifiquen los objetivos que se quieren lograr.

Desarrollo.

Elaboración de una lista de conductas inapropiadas del niño. Con base en la lista de conductas éstas se convierten en objetivos que realizará el niño. Por ejemplo, el niño no pone atención cuando su mamá le da una indicación, un objetivo sería poner atención a los padres cuando le están hablando.

Objetivo Particular 9. Establecer las reglas que el niño tiene que seguir.

Desarrollo

Presentar lista de reglas que el niño debe de seguir con respecto a los objetivos presentados.

Proponer una regla de conducta que debe de seguir el niño en una semana.
Éstas se pondrán en un lugar visible para el niño.

Objetivo Particular 10: Aplicación de las contingencias relacionadas con aquellas conductas deseadas y las conductas inapropiadas.

Diseñar un sistema de economía de fichas para los siguientes casos:

- Descripción de conductas que serán reforzadas, y de aquellas que no serán reforzadas y por las cuales se retiraran reforzadores, (las fichas pueden ser estampas de sus personajes favoritos o estrellas)
- Elaborar una lista de premios (estos no necesariamente deben de ser dulces o juguetes pueden ser, cosas que le agraden al niño como su comida favorita, jugar con su juego favorito, etc.)

MANTENIMIENTO DE CONDUCTA

Objetivo Particular 11. Establecer conductas por las cuales serán otorgadas fichas.

Desarrollo

Elaborar registros de ganancias y pérdidas (Anexo 3) y colocarlos en lugares visibles para el niño.

Se le reforzará al niño dependiendo de las conductas (cada que presente la conducta deseada se le otorgará una ficha y si muestra una que no es deseada no se le concederá) dependiendo del número de fichas recibidas durante la semana estas serán cambiadas por reforzadores, estos pueden, ser más grandes o más llamativo para el niño. También se pueden canjear cierto número de fichas por un paseo, ida al cine o al parque.

Objetivo Particular 12: Desvanecimiento del reforzador

Desarrollo

Describir reforzadores de apoyo y programar la retirada progresiva de fichas en favor de reforzadores sociales. Esto se puede ir dando junto la ficha un beso o un abrazo, después ir dando solo el beso o el abrazo y se pueden registrar en una

lista de cuantos fueron recibidos en la semana e ir cambiando los reforzadores como el que sus papás vean televisión o una película con él, jugar, etc.

Las sesiones fueron elaboradas con la finalidad de ir cambiando conductas en el niño, de interés para los padres, es por ello que se pide que se siga el tratamiento y éste no se deje, ya que la conducta es reforzada o no influirá en el futuro en cómo se comporte el niño o que se siga presentando aquellas conductas no deseadas. El trabajo no solo es del terapeuta, si no que toda la familia ya que tiene que poner de su parte para que esta intervención tenga resultados favorables.

El TDAH es un trastorno en el cual se tiene que poner mucha atención en aquellas conductas que presenta el niño, el apoyo de los padres es muy importante en la implementación de los reforzadores, esto para que se vea un avance en el comportamiento del niño, ya que la familia son quienes más conviven con el niño y por ende son una figura de autoridad para él.

CONCLUSIONES

El TDAH se reconoce cada vez más como un trastorno heterogéneo que muchos casos persiste hasta la edad adulta. El tener un concepto claro sobre lo que es este trastorno y una descripción tanto de signos como de síntomas hace más sencillo su identificación y por lo tanto al niño se le puede brindar una ayuda a tiempo.

No se puede decir de manera precisa qué es lo que hace que este trastorno aparezca; como se vió existen diferentes causas, no solo ambientales, si no también genéticas. Pero es importante tomar en cuenta el cuidado durante el embarazo, como el no consumir alcohol o el fumar, pueden hacer que este trastorno se presente o el que el niño muestre algún problema al nacer o después de nacer sobre todo de tipo neurológico. Los padres no deben culparse ni echarse culpas entre ellos, deben de trabajar juntos por el bien de sus hijos y tratar de que el ambiente sea de solidaridad y de apoyo.

Este trastorno afecta la vida del niño, del adolescente y del adulto para relacionarse y poder tener el control sobre alguna tarea, como terminarla o poner atención a lo que está realizando, lo que en ocasiones puede ocasionar accidentes en la escuela, en el trabajo o en casa. Es por ello que siempre se debe de estar pendiente de los hijos y si en determinado momento se ve un cambio en el comportamiento o cierto retraso en la aparición del habla y/o problemas escolares, es necesario asistir con un especialista para que éste dé su punto de vista y por ende empezar a atender al niño.

Para evitar que los niños con TDAH tengan problemas tanto en la escuela como en la casa es necesario se tenga paciencia, que las reglas sean claras y se explique lo que deben realizar y por qué no debe comportarse como lo hace.

Hoy en día el psicólogo dispone de suficientes herramientas para el diseño de planes de intervención que correctamente aplicados provocan mejoras en la inmensa mayoría de casos, e incluso en muchos de ellos las recuperaciones en el ámbito social y educativo son muy destacadas.

Es necesario que el médico sea la guía en el estudio y realice el análisis de los problemas del paciente y que conozca acerca de las alternativas científicas.

El médico junto con el equipo multidisciplinario, deben analizar los síntomas y signos que manifiesta el niño, la situación familiar, los problemas escolares, además de establecer una relación estrecha con quienes intervienen. Así también llevar a cabo una evaluación ya que esto puede ayudarnos a un mejor diagnóstico e identificar el subtipo que se presenta, para que la intervención que se brinde sea encaminada a los síntomas que presenta el niño. También un buen diagnóstico nos ayuda a ver que en realidad lo que presenta el niño es TDAH y no otro tipo de trastorno.

Existen diferentes herramientas de evaluación, dentro de ellas se puede presentar una entrevista con los padres, en ella los padres darán información sobre lo que en realidad le está pasando a su hijo, qué comportamientos presenta y ante qué y las consecuencias que llegan a tener estos tipos de comportamiento, la observación sobre el tipo de relación que tienen los padres con el niño, es importante porque esta debe de ser buena para que el tratamiento pueda llevarse de la mejor manera. Cabe señalar que también se deben exponer los problemas que el niño está presentado en la escuela, si molesta a los compañeros, si tiene problemas de lectura o escritura, cabe señalar que en ocasiones este trastorno va acompañado de algún otro tipo de problema ya sea de conducta o de aprendizaje.

Una vez establecido el diagnóstico, es necesario ofrecer a los padres información suficiente respecto de la eficacia y seguridad de las diferentes modalidades terapéuticas así como de los fármacos que se utilizan, y las reacciones secundarias que éstos pueden llegar a tener. Los padres en ocasiones se

muestran temerosos ante el problema que presenta su hijo, y más cuando ya es diagnosticado, tampoco se deben de tomar el diagnóstico a la ligera, es por ello, que el especialista debe de ofrecerles a los padres la información necesaria para que entiendan el trastorno y si se investiga por cuenta propia cualquier duda que se tenga comentarlo con el profesional ya que hay información diversa que pueda llegar a confundir y más cuando no se está acostumbrado a cierta terminología.

El obtener un buen tratamiento puede ayudar a que las conductas que se presentan disminuyan y el niño se vaya incorporando a una vida normal tanto en la educación como en sus relaciones interpersonales. El tratamiento se basa en una intervención tanto médica como psicológica, son dos cosas diferentes pero si se juntan los dos puede ser de gran ayuda para que ésta tenga el éxito deseado.

Se menciona la intervención multidisciplinaria como un trabajo en conjunto, con los especialistas, el padre debe de ir viendo los cambios que va teniendo su hijo, y evaluar si es necesario la utilización del medicamento, podemos ver que la mayoría de éstos sirven como tranquilizantes, y si en cierta forma el tratamiento conductual ayuda a que ciertas conductas en el niño vayan reduciendo, de esta misma manera el medicamento puede ir reduciendo en cantidad y tal vez dejarlo, por completo, pero siempre con la supervisión del especialista.

No se debe de juzgar a un niño que presenta hiperactividad y tacharlo en la escuela como un burro porque no aprende o no realiza las tareas, es importante que tanto los profesores como los padres le brinden atención y consulten a un especialista ya que como se mencionó, no se puede decir que tiene hiperactividad solo porque no se sienta o no pone atención, al acudir con un especialista él les recomendará la forma más adecuada de tratarlo o identificar qué tipo de problema se tiene.

Recordemos que el niño es el objetivo, también se encuentra confundido o se puede llegar a sentir mal porque es regañado, no quieren jugar con él otros niños,

y él no sabe porque, explicarle al niño que se está con él para apoyarlo y hacerlo participe de todo el proceso así se sentirá dentro del proceso y al momento de aplicar un tratamiento se obtendrá mayor cooperación de él, explicarle que también es para su beneficio, para que pueda tener una mejor relación con sus compañeros de clase y con su familia.

El psicólogo juega un papel importante dentro del tratamiento del TDAH ya que participa en el proceso desde el momento de la identificación del trastorno, por medio de la evaluación, ya que se tiene un diagnóstico, elabora una estrategia de intervención y también participa en la puesta en práctica de la misma ya sea en la escuela o dentro de la familia. El tratamiento no solo debe basarse en medicamentos, el psicólogo trabaja sobre las conductas problemas que presenta el niño y participa en modificación de las mismas.

La propuesta que se presenta sirve de guía para que sea aplicado en un niño con TDAH de predominancia inatenta, está basado en una estrategia conductual que, si es llevada a cabo, se pueden obtener cambios en el comportamiento del niño, hay que recordar que el terapeuta no puede hacer todo por sí solo, si no que necesita el apoyo de los padres ya que es con ellos, con quien el niño convive diariamente. El brindará herramientas y técnicas a utilizar, y los padres junto con él serán los encargados de utilizarlas.

Recordemos que se debe de ser pacientes ya que no se obtendrán resultados de la noche a la mañana, pero teniendo paciencia y siguiendo instrucciones, así también haciendo participes a los padres, ellos pueden realizar sugerencias y mencionar sus inquietudes que el terapeuta tomará en cuenta en el momento de la intervención, esto con el fin cumplir un objetivo en común que es ayudar al niño.

BIBLIOGRAFÍA

Armas, M. (2007). *Prevención e intervención ante problemas de conducta*. España: Wolters Kluwer.

Ávila, E. y Polaino, L. (2002). *Niños hiperactivos*. México: Alfa y Omega.

Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos*. España: Paidós Ibérica.

Bauermeister, J. (2008). *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces?*. USA: The Guilford Press.

Borunda, H. (2008). *Actividades Terapéuticas para niños con Déficit de Atención e Hiperactividad*. México: Trillas

Brown, E. (2003). *Trastorno por Déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. España: Masson.

Canca, I. (1993). *Hiperactividad: evaluación y tratamiento*. En: F. Bautista (1993) Necesidades Educativas Especiales. España: Eds. Aljibe. Pág. 7.

Castells, P. (2009). *Nunca quieto, Siempre distraído. ¿Nuestro hijo es hiperactivo?*. España: Ediciones CEAC.

Fernham, S. (1999). *Dificultades de aprendizaje*. España: Morata.

González, R. (2000). *Patología del niño y del adolescente*. España: Pirámide.

Green, C. (2005). *El niño muy movido o despistado. Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. España: Ediciones Médici.

- Gratch, O. (2001). *El trastorno por déficit de atención*. Argentina: Médica Panamericana.
- Joselevich, E. (2003). *AD/HD Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad*. Argentina: Paidós.
- Kirby, G. (1992). *Trastorno por déficit de atención estudio y tratamiento*, México: Grupo Noriega.
- Macotela, S. (2007). *Inventario de Habilidades Básicas*. México: Trillas.
- Miranda, A. (2001). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una guía práctica*. México: Aljibe.
- Moreno, I. (1999). *Hiperactividad*. España: Pirámide, pág. 93-103.
- Pascual, I. (2008). *Hiperactividad ¿Existe frontera entre personalidad y patología?*. España: Diez-Santos
- Polaino, L. y Ávila, C. (2004). *Cómo vivir con un niño hiperactivo*. España: Narcea.
- Quintero, F. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. España: Ergon.
- Rickel, A. (2008). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: El manual moderno
- Ruiz, M. (2001). *Actividades en el Diagnóstico y tratamiento de Trastorno por Déficit de Atención*. México: Textos Mexicanos.
- Ruiz, M. (2004). *Trastorno por Déficit de Atención*. México: Textos mexicanos,

- Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En V. Caballo y M. Simón, *Manual de psicología clínica y del adolescente* (pp. 401-433). España: Pirámide.
- Silver, B. (2004). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. España: Psiquiatría Editores.
- Solzi S. (2008). *Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención*. Argentina: Espacio Editorial.
- Soutullo, E. C. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. España: Panamericana.
- Tomas, J. y Casas, M. (2003). *TDAH: Hiperactividad. Niños movidos o inquietos*. Barcelona: Laertes.
- Vásquez, F. y cols. (2004). *Problemas de conducta y resolución de conflictos*. España: Ideas propias.
- Van-Wielink, G. (2004). *Déficit de Atención con Hiperactividad*. México: Trillas.

ANEXOS

ANEXO 1
ESCALAS DE EVALUACIÓN
Escala Cuantitativa SNAP-IV (versión abreviada)
(Tomas, 2003)

Nombre: _____
 Sexo: _____ Edad _____ Curso escolar _____

Para el maestro. Encuesta contestada por _____

Para los padres. Encuesta contestada por _____

¿Conviven ambos padres en el hogar? _____

Nº de hermanos que conviven en el hogar (incluido el paciente) _____

Periodo considerado para esta evaluación:

_ Semana previa _ Mes previo _ Año previo _ Toda la vida

Para cada una de las 18 frases siguientes, usted debe **puntuar entre 0 y 3** según la intensidad con que la frase caracterice al niño. **No deje ninguna sin contestar**

- Cero significa que la frase no es aplicable al niño en absoluto, nunca o casi nunca.
- Uno que de forma leve o sólo a veces.
- Dos que un poco más o bastantes veces.
- Tres que mucho o muchas veces.

Déficit de atención	1	A menudo no presta atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares o en otras tareas.	
	2	Con frecuencia tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas.	
	3	A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.	
	4	Con frecuencia no cumple las instrucciones ni termina el trabajo escolar, tareas o deberes.	
	5	A menudo tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades.	
	6	En muchas ocasiones evita, rechaza o a regañadientes participa en tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido.	
	7	A menudo pierde objetos necesarios para actividades (p. ej. Juguetes, lápices o libros).	
	8	Con frecuencia se distrae por estímulos externos.	
	9	Olvida actividades diarias.	
Hiperactividad/Impulsividad	10	Mueve las manos o los pies o se mueve en su asiento.	
	11	A menudo se levanta de su sitio en clase o situaciones en las que se espera que esté sentado.	
	12	Con frecuencia se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que no es apropiado.	
	13	Suele tener dificultades para jugar o participar en actividades de forma ordenada o en silencio.	
	14	A menudo está listo para cualquier actividad y se mueve rápidamente, como impulsado por un motor.	
	15	Suele hablar en exceso.	
	16	A menudo responde antes de que se haya completado la pregunta.	
	17	Tiene dificultades para esperar su turno.	

	18	Suele interrumpir o entrometerse (por ejemplo en conversaciones o juegos).	
--	-----------	--	--

Interpretación de la escala SNAP-IV (para uso exclusivo del profesional): 1 a 9 valoran el déficit de atención y 10 a 18 la hiperactividad / impulsividad. Se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9, y posteriormente los de ambos bloques y se dividen entre 18. Se utiliza como punto de corte de la normalidad el percentil 95 (probabilidad de error del 5%):

- Para el déficit de atención: 2,56 para el profesor y 1,78 para padres
- Para hiperactividad / impulsividad: 1,78 para el profesor y 1,44 para padres
- Para ambos: 2,00 para el profesor y 1,67 para los padres.

ANEXO 2
ENTREVISTA A PADRES
Macotela (2007)

Fecha: _____

Entrevistador: _____

Hora de inicio _____ Hora de termino _____

I-Datos generales

a) Nombre _____

b) Escolaridad _____ c) ocupación _____

d) dirección oficina-trabajo _____
teléfono _____

e) horario de trabajo _____ f) ingresos mensuales aprox. _____

6- ¿Tiene hermanos el niño?

a) no _____

	Nombre	Edad	Ocupación
--	--------	------	-----------

b) si _____ especifique:

	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

II-Motivo de la consulta y antecedentes del problema

A. Descripción del problema

1- ¿Cuál es el problema que el niño presenta actualmente?

2-¿Cómo fue detectado?

_____ a) edad _____

b) ¿Quién lo detectó? _____

B. Estado general del niño

1-¿Se le han realizado estudios al niño?

a) no _____

b) si _____ especifique _____

Tipo de estudio	fecha	Diagnostico o resultado	Institución o profesional que lo realizo
a) neurológico			
b) psicológico			
c) auditivo			
c) foniatrico			
e) visual			
f) otros			

2- Actualmente presenta el niño algún problema físico?

(Pie plano, sobrepeso, problemas motrices, etc.)

a) no _____

b) si _____ especifique _____

¿Utiliza zapatos ortopédicos? _____

C, Antecedentes familiares

1- ¿Existe algún caso semejante al del niño en la familia?

a) por parte de la madre _____

b) por parte del padre _____

2- ¿Existen antecedentes de enfermedades como diabetes, epilepsia, etc., en la familia?

a) por parte de la madre _____

b) por parte del padre _____

3- ¿Existen antecedentes de drogadicción o alcoholismo en la familia?

a) por parte de la madre _____

b) por parte de padre _____

C. Condiciones del embarazo

1- ¿Se planeó el nacimiento del niño?

a) si _____

b) no _____ ¿se encontraba la madre bajo tratamiento anticonceptivo? _____

Especifique el tipo de tratamiento _____

¿El embarazo se detectó inmediatamente? _____

2- ¿Qué número de embarazo fue?

3- ¿Hubo pérdidas (abortos) antes de este embarazo?

a) no _____

b) si _____ ¿cuántas? _____ causas _____

4- ¿Tuvo la madre alguna enfermedad o traumatismo durante el embarazo?

- a) no _____
- b) si _____ especifique el problema _____

¿En qué mes del embarazo? _____

¿Se presentaron complicaciones? _____

5- ¿Ingerió la madre algún medicamento durante el embarazo?

- a) no _____
- b) si _____: especifique cuál _____

¿En qué mes del embarazo? _____

Motivo _____

¿Bajo presión médica? _____

E. Condiciones del parto

1- Edad de la madre al nacer el niño _____

2- Edad del padre al nacer el niño _____

3- El parto fue:

- a) a término _____
- b) prematuro _____ causa _____
- c) después del término _____ causa _____

4-tipo de parto:

- a) natural _____ causa _____
- b) mediante fórceps _____ causa _____
- c) mediante cesárea _____ causa _____

5-¿Se utilizó algún tipo de anestesia? (bloqueo, anestesia general, etc.)

- a) no _____
- b) si _____ especifique _____

6- ¿Cuál fue la duración aproximada del parto? (desde que se iniciaron los dolores o las contracciones hasta el nacimiento del niño) _____

7- ¿En dónde fue atendida la madre durante el parto?

- a) Su domicilio _____ causa _____
- b) hospital o sanatorio _____ nombre _____
dirección _____

8- ¿Hubo llanto inmediato del bebé al nacer?

- a) Si _____
- b) no _____ ¿sabe la causa? _____

9- ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?

10- ¿se observó alguna característica anormal del niño al momento de su nacimiento? (cianosis, ictericia, malformaciones, etc.)

- a) no _____
- b) si _____ especifique _____

III- Desarrollo general del niño

1- Aproximadamente a qué edad el niño logró:

- a) sostener su cabeza _____
- b) sentarse sin ayuda _____
- c) gatear _____
- d) caminar sin ayuda _____
- e) decir sus primeras palabras _____
- f) controlar sus esfínteres _____

2- ¿Cuál es el grado de autosuficiencia del niño al?:

T= total

P= parcial

N= nulo

- a) desvestirse _____

- b) vestirse _____
- c) bañarse _____
- d) comer _____

3- ¿Alguna vez el niño se ha accidentado o ha enfermado?

- a) no _____
- b) si _____ c) golpes en la cabeza _____ edad _____
- ¿con pérdida del conocimiento y / o vómito posterior? _____
- d) enfermedad _____ especifique _____
- edad _____

4- ¿Ha presentado temperaturas altas o prolongadas?

- a) no _____
- b) si _____ ¿de cuántos grados? _____ causa _____

6- ¿Ha presentado crisis convulsivas?

- a) no _____
- b) si _____ causa _____ edad _____

¿Con qué frecuencia y periodicidad? _____

Mencione si ha recibido tratamiento, especificando de qué tipo _____

7- ¿Ha mostrado el niño algún retroceso en su desarrollo?

8- (ha aprendido algo que después se le haya olvidado o dejado de hacer en aspectos de coordinación visomotriz, lenguaje, control de esfínteres etc.)

- a) no _____
- b) si _____ especifique _____

IV- Comportamiento del niño

1-Describa la manera de ser del niño con respecto a:

a) socialización (¿le gusta estar con otros niños, prefiere los adultos, o tiende a aislarse?)_____

b) agresividad (¿agrede a las personas sin motivo, destruye materiales?)

c) obediencia (¿es obediente? ¿Bajo qué condiciones? _____)

d) nivel de efectividad (¿es exageradamente inquieto o pasivo?)_____

e) nivel de atención (¿es capaz de concentrarse en alguna actividad?,
¿aproximadamente cuánto tiempo? Especifique las actividades _____)

V-Historia escolar del niño

¿Ha estado incorporado el niño en alguna escuela o institución especializada?

1-No _____ causa _____

2- si _____ a) nombre de la escuela _____

b) dirección _____

c) tiempo que asistió (fechas o rango de edad) _____

d) ¿hubo progresos en alguna área? _____

no _____ causa _____

si _____ especifique _____

e) razones por las que dejó la escuela _____

3-Nombre de la escuela _____

a) dirección _____

b) tiempo que asistió (fecha o rango de edad) _____

c) ¿hubo progresos en alguna área? _____

No _____ causa _____

si _____

especifique _____

d) razones por las que dejo la escuela _____

4- Nombre de la escuela _____

a) dirección _____

b) tiempo que asistió (fecha o rango de edad) _____

c) ¿hubo progresos en alguna área? _____

no _____ causa _____

si _____ especifique _____

d) razones por las que dejo la escuela _____

Datos de la escuela a la que asiste actualmente

1-Nombre _____

2-Dirección _____

3-¿Cuánto tiempo hace que asiste? _____

4-¿Qué progresos se han observado? _____

5- ¿tiene algún problema en la escuela actual? _____

a) no _____

b) si _____ especifique _____

6- ¿Considera que el niño se adapta fácilmente a la situación escolar? (¿muestra agrado por asistir o requiere llevar a cabo un proceso de familiarización?) _____

a) si _____

b) no _____ ¿por qué?

VI- Aspectos generales relacionados con el problema

1- ¿Cuál es el problema que les preocupa a los padres en la actualidad? _____

2-¿Cómo ha afectado éste problema a la situación familiar? (ha cohesionado a los miembros de la familia o los ha disgregado, etc.) _____

4- ¿Qué piensan acerca del futuro del niño (¿cuáles son sus expectativas) y cuales son los aspectos que consideran de mayor importancia para su desarrollo como ser humano?

a) autosuficiencia (en el cuidado de su persona)_____

b) habilidades de comunicación (lenguaje) _____

c) desarrollo de habilidades académicas_____

d) Desarrollo de habilidades laborales

e) aspecto financiero (independencia económica)

4- ¿Existen restricciones particulares con respecto a la alimentación del niño o a las actividades que puede realizar? (el médico le ha prohibido ingerir algún alimento, o se ha observado que alguna actividad le produce efectos negativos, etc.)

a) no_____

b) si _____ especifique_____

VII- Comentarios Finales del entrevistador

1-¿Cómo se enteraron de la existencia de la institución (o profesional) a la que acuden?_____

2- ¿Quiénes asistieron a la entrevista?

a) madre_____ ¿cual fue su actitud hacia el entrevistador_____

b)padre_____ ¿cuál fue su actitud hacia el entrevistador?_____

c) otros_____ especifique_____

¿Cuál fue su actitud hacia el entrevistador?_____

3- ¿Estuvo el niño presente durante la entrevista?

a) no_____

b) si_____ ¿cuál fue su actitud?_____

4- Impresión de la relación de los padres con el niño

a) Madre_____

b)padre_____

c) otros _____

VIII Conclusiones

1- De acuerdo con los resultados de la entrevista decidió:

a) evaluar al niño_____ fechas_____

b) canalizar al niño _____ institución_____

terapeuta_____

c) otros_____ especifique_____

**ANEXO 3
REGISTRO DE GANANCIAS Y PÉRDIDA DE FICHAS
POR SEMANA**

FECHA DE _____ A _____

CONDUCTAS OBJETIVO	FICHAS	
	GANADAS	PERDIDAS
1		
2		
3		
4		
5		
TOTAL		

TOTAL DE GANANCIAS SEMANA _____

TOTAL DE PERDIDAS SEMANA _____