



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE PREESCOLAR**

**T E S I S A  
QUÉ PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
SILVIA BEATRIZ GONZÁLEZ RAMÍREZ**

**DIRECTORA: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN**

**REVISORA: DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTES**

**COMITÉ: DRA. LUCINA ISABEL REYES LAGUNES  
DRA. ROZZANA SANCHEZ ARAGÓN  
DR. GERARDO BENJAMÍN TONATIUH VILLANUEVA  
OROZCO**



CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL 2019



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.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN .....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1: Características del desarrollo psicológico del niño preescolar.....	10
1.1 Teoría psicosexual de Sigmund Freud.....	10
1.2 Teoría del desarrollo psicosocial de Erickson.....	11
1.3 Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget.....	12
1.4 Teoría del desarrollo sociocultural de Vygotsky .....	14
1.5 Características de los niños preescolares.....	16
1.6 Niños preescolares y la atención.....	19
1.7 Niños preescolares y el TDAH .....	21
Déficit de atención.....	22
Hiperactividad e Impulsividad.....	22
Impulsividad.....	22
Capítulo 2: Trastorno por Deficit de ATENCIÓN E Hiperactividad TDAH.....	24
2.1 Antecedentes del TDAH .....	24
2.2 Definición TDAH .....	26
Atención.....	27
Impulsividad.....	27
Hiperactividad.....	28
Comportamiento.....	28
2.3 Síntomas del TDAH.....	31
2.4 Teorías que explican la aparición del TDAH .....	32
A) teoría biológica.....	33
Tratamientos al TDAH .....	33
Terapia de conducta:.....	34
2.5 Comorbilidad.....	34
Trastornos de aprendizaje (TA).....	38
2.7 TDAH y consecuencias.....	40

Capítulo 3. TRATAMIENTO .....	44
3.1 tratamiento médico para el trastorno por deficit de atención e hiperactividad.....	44
3.2 Tratamiento Médico para el Trastorno por Deficit de atención.....	46
El metilfenidato (ritalin) .....	47
CAPÍTULO 4. Entrenamiento de las habilidades sociales. ....	51
Terapia cognitiva .....	51
CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. ....	52
ESTRATEGIAS BASICAS IMPORTANTES PARA CUALQUIER TIPO DE TERAPIA.....	53
4.1 Teoría General de Sistemas.....	54
4.2 Teoría Cognitivo Conductual aplicada a ambientes escolares.....	57
Entrenamiento para padres: .....	58
Terapia cognitiva: .....	58
CAPÍTULO 5. TALLER DESENSIBILIZACION PARA PROFESORES Y DOCENTES QUE TRABAJAN CON NIÑOS CON TDAH.....	59
CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN.....	72
REFERENCIAS.....	73
ANEXOS .....	76

## AGRADECIMIENTOS

---

---

## RESUMEN

---

En este trabajo se revisaran las etapas de desarrollo de los niños preescolares, sus características y diferencias de los niños sanos y los que viven con trastorno por deficit de atencion (TDAH).

En el primer capítulo, se revisarán las teorías de diferentes autores como son las etapas de desarrollo de Jean piaget, sensorial, preoperacional. la teoria psicosocial de Erick Ericson, la teoria del aprendizaje de Vigotski y la teoria psicosexual Freud.

En el segundo capitulo, se revisarán las características de los niños con TDAH, que es el trastorno y su definicion, de que manera afecta la atencion y por lo tanto el aprendizaje y los problemas que conlleva esta falta de atencion.

El capitulo tres, considera diferentes tipos de tratamiento, medico, cognitivo conductual, y psicoeducacion de los padres. Como los niños son muy pequeños aún, se elaboró un taller para maestros y docentes que dará herramientas a los mismos para la comprension, de este problema.

El capítulo cuatro plantea la importancia de desarrollar las habilidades sociales en los niños. Finalmente el capítulo cinco describe un taller de desensibilización para profesores y docentes que tratan con niños con TDAH.

### PALABRAS CLAVE

Déficit de atención, atención, hiperactividad, impulsividad, autoregulación.

## INTRODUCCIÓN.

---

A lo largo de mi experiencia en el trabajo con los niños de preescolar, me he dado cuenta de que los niños son las personas más vulnerables y poco atendidas que hay a no ser de una enfermedad respiratoria y/o digestiva; a los trastornos conductuales no se les dan mayor importancia, siempre con el argumento son niños, están chiquitos, no saben lo que hacen, los dejan sin atención.

El presente documento contiene una propuesta de intervención y sensibilización va dirigido a los profesores , educadores y padres de familia, que viven con el Trastorno por Déficit da Atención, infantil, ya que los niños por ser tan pequeños no cuentan con la autorregulación necesaria para poder controlar sus movimientos y muchas veces la falta de información, lleva a padres y maestros a cometer errores en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual es muy importante para el desarrollo de los niños pues muchas veces se confunde el TDAH con formas de crianza y la falta de límites.

Este trabajo pretende dar información y algunas herramientas a todos los agentes educativos con los que el niño cohabita para que ellos tengan acceso a mejores oportunidades y su paso por la escuela no sea tan doloroso, para que los profesores tengan más elementos y entiendan el motorcito que siempre está encendido.

El TDAH es un padecimiento que en la actualidad se considera como un padecimiento más frecuente diagnosticado en la población infantil y se considera un problema de salud pública (secretaria de salud, 2010), según la misma secretaria son más 1 500 000 niños con TDAH, que son entre el 4 y el 12% de la población escolar. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad tiene un inicio temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). La prevalencia de este trastorno es 3% de la población total, de estos el 25% son casos severos que requieren atención médica ambulatoria, y solo el 0.11% de ellos requieren además hospitalización.

Esto quiere decir que el padecimiento a pesar de ser muy frecuente tiene buen pronóstico y la eficacia de los programas en cualquier nivel educativo depende de múltiples factores y condiciones para que tengan éxito, entre ellos la organización y el funcionamiento de la escuela y la casa, ya que esta organización creara en el niño una situación de seguridad y confianza.

Es indiscutible que el TDAH, no es una enfermedad de moda, que hace muchos años se descubrió como padecimiento, pero como en la actualidad no se tiene unos estudios clínicos de laboratorio que indiquen alguna alteración fisiológica, lo único que se sabe es que es de origen genético, y que es la falta de neurotransmisores los que provocan este problema, “los estudios indican que en el TDAH hay problemas en los circuitos reguladores, que comunican el córtex prefrontal y los ganglios basales, estas dos áreas del cerebro se comunican mediante la dopamina y la noradrenalina. Estudios en animales indican que los niveles bajos de noradrenalina en el cerebro producen hiperactividad e impulsividad” (Soutullo Esperon, 2005).

Los rasgos cardinales de este padecimiento son la falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Sus características principales son:

Una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva (salud, 2010).

El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que se esperaría en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el coeficiente intelectual del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.



Los niños con este trastorno suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes.

Estos accidentes muchas veces graves por la falta de regulación del menor provoca que en los programas educativos que pretenden tener escuelas Incluyentes fracasen por la falta de información y preparación de los educadores, que si bien es cierto que el profesor no tiene por qué saberlo todo, es importante que tengan al menos la información de los padecimientos propios de la infancia, para evitar las “etiquetas” a los menores, los adjetivos ofensivos, y la segregación del niño, que empiezan a lastimar su autoestima y propician el fracaso escolar desde muy temprana edad.

Enfrentar las actividades de la vida diaria implica activar procesos atencionales que nos permitan estar más receptivos a los sucesos del ambiente y desempeñarnos en determinadas tareas independientemente del tipo de esfuerzo que ellas supongan. En este contexto, el trabajo tiene como propósito analizar los procesos de atención presentes en el déficit atencional. Los mecanismos implicados pueden ser del tipo selectivo, de distribución y de mantenimiento o sostenimiento. En los alumnos con TDAH dichos procesos suelen verse afectados, condicionando su rendimiento escolar y sus relaciones intrafamiliares.

En relación con los aprendizajes, el TDAH repercute en los alumnos, presentándose fallos importantes sobre la base de los aprendizajes, obstaculizando la comprensión y el razonamiento.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (TDAH). Este trastorno fue diagnosticado por primera en 1902 por Still, el cual le dio un enfoque congénito, es decir heredado no adquirido, ha sido y es actualmente motivo de estudio, reflexión y análisis por parte de Psicólogos, psiquiatras, pedagogos y neurólogos.

Este grupo de profesionales trabajan juntamente con el fin de encontrar una explicación, un porqué de este mal, que afecta ya a millones de niños no solo en México. Sino en todo el mundo.

Las cifras alarmantes que envuelven a este trastorno y que sumergen, no solo al niño que lo padece sino a la familia, la escuela entre otros. Hacen despertar una alarma social, que nos hace preguntarnos qué está pasando, que estamos haciendo mal. Preguntarnos inicialmente cómo podemos controlar este crecimiento incontrolado de víctimas que padecen TDAH y que tiene grandes Problemas para encontrar un lugar en la sociedad a la que pertenecen, sería un punto de partida interesante a la hora de abordar esta temática.

Las escuelas tanto públicas como privadas, se enfrentan diariamente a estos niños con TDAH y tienen grandes dificultades a la hora de hacer frente a este trastorno, debido a que estos niños alteran el ritmo de la clase, afectando el rendimiento del resto del grupo. El conflicto se encuentra en el momento que el profesor no puede y/o no quiere abandonar a ese alumno, pero se ve incapaz de hacer frente a este en su aula sin que esto afecte el ritmo de la clase y del aprendizaje del resto de los compañeros. Por este motivo es tan importante el diagnóstico temprano, y la información que el profesor obtenga para encontrar la manera de ayudar al alumno y a sus familias a entender que es lo que está sucediendo, porque no se puede estar quieto, porque le cuesta atender o simplemente terminar tareas, que sabe hacer, pero que es incapaz finalizarlas con éxito.

Durante muchos años fue considerado un castigo del cielo, por lo que los niños eran vistos como endemoniados o perturbados. Hasta 1903 aparece una clasificación médica que lo coloca entre las enfermedades mentales. Además, existen trastornos asociados que incluyen hiperactividad con ansiedad, depresión, impulsividad severa e impulsos motores. El TDA es un padecimiento de por vida, que suele aparecer entre los tres y cuatro años, de tal forma que desde que cursan preescolar, quienes lo padecen tienen problemas de aprendizaje y adaptabilidad.

En este proceso lo más penoso para los padres es aceptar la administración de un fármaco que en este caso es el ritalin ya que lo consideran peligroso para la salud futura de los niños en este contexto la fracción del PVEM (16 marzo 2005) presentó un punto de acuerdo donde solicitó a la Secretaría de Educación Pública establecer en los diferentes niveles de enseñanza básica programas y acciones para orientar detectar y canalizar adecuadamente a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Además, la propuesta incluía la creación de una Norma Oficial (por parte del Sector Salud) que contemplara las previsiones necesarias para coadyuvar a que el personal docente de los centros educativos identifiquen o reconozcan esos comportamientos a efecto de orientar a los padres de familia para que, en su caso, acudan a las instituciones del sector salud para los diagnósticos y tratamientos correspondientes, sin condicionar el sitio donde puedan recibir esa atención, sin embargo, la iniciativa fue desechada.

# CAPÍTULO 1: CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO PREESCOLAR

---

En este capítulo se revisarán las características de los niños de edad preescolar de 3 a 6 años según renombrados autores y las compararemos con las de los niños que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

## **1.1 TEORÍA PSICOSEXUAL DE SIGMUND FREUD.**

La perspectiva psicoanalítica define el desarrollo como moldeado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana.

Según Sigmund Freud creía que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Afirma que estos conflictos se desarrollan en una secuencia de etapas invariables de desarrollo psicosexual en el cual el placer se desplazaba de una zona de cuerpo a otra: de la boca al ano y de allí a los genitales. En cada etapa el comportamiento que funciona como base de gratificación cambia: de la alimentación a la eliminación, y de modo eventual a la actividad sexual. Consideraba que los recién nacidos estaban regidos por el id (ello) fuente de motivos y deseos que están presentes en el nacimiento el id busca satisfacer el principio del placer. El ego que se desarrolla aproximadamente al año y que representa la razón o el sentido común, funciona bajo el principio de la realidad el objetivo del ego es encontrar maneras reales de gratificar el ello. El superego que se desarrolla alrededor de los cinco o seis años incluye la conciencia.

Sigmund Freud (Papalia, 2009), establece cinco etapas de desarrollo psicosexual, de las cuales solo revisaremos las tres primeras por ser las que conciernen al tema:

La primera etapa de desarrollo por la que atraviesan los niños al nacer según Freud es la etapa oral, ya que los niños encuentran el placer en la boca.

Hasta los tres años se le denomina la etapa anal, los estímulos placenteros se reciben a través de los movimientos intestinales. Durante este tiempo el niño es esencialmente <<ello>> (placer) y trabaja fundamentalmente en el principio del placer.

La tercera etapa llamada fálica que surge de cuatro a seis años consiste en que los infantes investigan acerca de sus genitales, se auto estimulan y hacen preguntas acerca del nacimiento.

Según Freud un suceso clave del desarrollo psicosexual tiene lugar durante la etapa fálica de la segunda infancia, misma que se centra en los genitales, los niños descubren las diferencias físicas entre hombres y mujeres, los niños desarrollan un deseo sexual por sus madres y presentan impulsos agresivos hacia sus padres, a quienes quieren y consideran como rivales a un mismo tiempo, a la larga. Los niños resuelven su ansiedad en cuanto a estos sentimientos mediante la identificación con el progenitor del mismo sexo y pasan a la etapa de latencia de la tercera infancia, un periodo de relativa calma emocional y de la exploración intelectual y social. Redirigen sus energías sexuales hacia otros intereses, tales como trabajo escolar, desarrollo de habilidades, relaciones y pasatiempos. Freud llamo complejo de Edipo a este suceso.

## ***1.2 TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERICKSON***

Para Erik Erikson, psicoanalista alemán, es muy importante la influencia que tiene la sociedad y la cultura sobre el ego en cada persona Este autor formula la teoría del desarrollo psicosocial y manifiesta que la persona atraviesa por ocho periodos denominados crisis. Que influyen en el desarrollo psicosocial. Estas son. Confianza vs desconfianza básica desde el nacimiento hasta el primer año y medio de vida, en esta etapa el niño depende totalmente del adulto en especial para la alimentación y

necesidades físicas, cuando estas necesidades se cubren se crea la confianza es decir el niño aprende a confiar en las personas que lo rodean.

La segunda etapa comprende entre el año y medio y tres años en esta etapa se desarrolla el sentido de autonomía vs vergüenza y duda, se caracteriza por el inicio de la independencia y autonomía que va logrando, primero cuando afirma el desplazamiento al caminar y comienza a querer hacer todo solo, entonces inicia la lucha entre el deseo de agradar a la madre y hacer lo que quiere. La superación de esta crisis se da cuando conquista la relativa autonomía que acompaña a la confianza de resolver esta crisis. Al final de esta etapa ya puede expresar verbalmente muchas cosas y se le puede explicar el porqué de las prohibiciones.

La tercera etapa marcha de los cuatro a los seis años, es la crisis de la iniciativa vs culpa, aquí se construye el sentido de la autonomía, aprende a desafiar los riesgos. La superación exitosa de cada crisis trae consigo una fortaleza o una virtud particular en el caso de la primera es la esperanza, la segunda la voluntad y la tercera el propósito.

### ***1.3 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNITIVO DE JEAN PIAGET.***

Se interesa por los cambios cualitativos que tienen lugar en la formación mental de las personas desde el nacimiento hasta la madurez, mantiene en primer lugar que el organismo humano tiene una organización intrínseca característica. En segundo lugar, que esta organización interna es responsable del modo único de funcionamiento del organismo el cual es invariante y en tercer lugar sostiene que, por medio de las funciones invariables, el organismo adapta sus estructuras cognitivas.

Existen según el científico las funciones invariables y las estructuras cognitivas variantes estas últimas son las que marcan la diferencia entre un niño y el adulto.

Para Piaget el desarrollo de la inteligencia consta de dos procesos esenciales e interdependientes, la “adaptación”, y la “organización” mediante la adaptación (entrada de información) se logra el equilibrio entre la asimilación y la acomodación. Veamos ahora la función invariante que se llama adaptación. Para Piaget es la tendencia de crear sistemas que integren los conocimientos que tiene una persona acerca del ambiente; desde la infancia las personas intentan dar sentido a sus conocimientos. Es decir, la adaptación implica la construcción del conocimiento mediante su interacción directa con el entorno. Esta adaptación puede subdividirse en asimilación y acomodación. Es decir, la inteligencia es adaptación en la medida en que incorpora en sus sistemas todos los datos dados por la experiencia, al mismo tiempo el organismo se acomoda a lo que ha asimilado.

Dicho de otra manera, en la asimilación la persona primero incorpora nueva información de acuerdo con sus estructuras mentales, posteriormente en el proceso de la acomodación transforma la información adquirida en función de los esquemas y las estructuras que ya tiene. No toda la nueva información es asimilada, solo aquella que nos permite un conocimiento previo.

El resultado final de la interacción entre estos procesos es la equilibración, la cual nos permite construir un concepto nuevo, en cuanto llega nueva información, que tenemos que asimilar-acomodar se rompe el equilibrio y se inicia nuevamente el proceso de construcción del aprendizaje.

Los procesos y productos internos de la mente que llevan al conocimiento son procesos que incluyen la actividad mental, memoria, simbolización, categorización, solución de problemas, creación, fantasías e incluso los sueños.

Jean Piaget contribuyó con su visión de la cognición humana, como un conjunto integrado de capacidades de razonamiento que se desarrollan juntas y que pueden ser aplicadas a cualquier tarea. Piaget argumentaba que los mayores avances cognitivos se dan cuando el niño interactúa directamente en el mundo físico, descubre las deficiencias de su manera normal de pensar y las revisa para mejorar su ajuste con la realidad externa.

También pensaba que los niños evolucionan a través de cuatro etapas de desarrollo: Sensorio motor, Preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales. También sostuvo que el desarrollo cognitivo ocurre en una serie de etapas en cada una de ellas surge una nueva manera de pensar el mundo y de responder frente a su evolución, así en cada etapa hay una transición de un tipo de comportamiento a otro, una etapa se cimienta en la anterior y sienta las bases para la que viene.

Según Papalia (2009) Piaget llamó a la segunda infancia la etapa Preoperacional del desarrollo cognitivo, porque los niños a esta edad aún no están listos para utilizar las operaciones lógicas mentales, como lo estaría en la etapa operacional concreta de la tercera infancia. Pero es en la etapa Preoperacional, donde hay una gran expansión del uso del pensamiento simbólico o capacidades de representación, que surgen por primera vez casi al final de la etapa sensoriomotora, la etapa Preoperacional dura aproximadamente de los dos a los siete años.

#### ***1.4 TEORÍA DEL DESARROLLO SOCIOCULTURAL DE VYGOTSKY***

Lev Semionovich Vygotsky (1885-1934), psicólogo soviético que se interesó por estudiar las funciones psíquicas superiores del ser humano:

- memoria,
- atención voluntaria,
- razonamiento,
- Solución de problemas.

Formuló una teoría a fines de los años veinte, en la que planteaba que el “desarrollo ontogenético de la psiquis del hombre está determinado por los procesos de apropiación de las formas histórico-Sociales de la cultura; es decir Vygotsky articula los procesos psicológicos y los socioculturales y nace una propuesta metodológica de investigación genética e histórica a la vez”.



Así pues, para este autor, las funciones superiores del pensamiento son producto de la interacción cultural. Por influencia del marxismo, Vygotsky indica que para comprender la psiquis y la conciencia se debe analizar la vida de la persona y las condiciones reales de su existencia, pues la conciencia es “un reflejo subjetivo de la realidad objetiva” y para analizarla se debe tomar como “un producto sociocultural e histórico, a partir de una concepción dialéctica del desarrollo”.

El concepto de Vygotsky que tiene mayor aplicabilidad en el campo educativo es la Zona de desarrollo próximo (ZDP). Este concepto “designa las acciones del individuo que al inicio él puede realizar exitosamente sólo en interrelación con otras personas, en la comunicación con éstas y con su ayuda, pero que luego puede cumplir en forma totalmente autónoma y voluntaria”.

Vygotsky planteaba dos niveles de desarrollo en los infantes:

1. el nivel actual de desarrollo y,
2. la zona de desarrollo próximo, la que se encuentra en proceso de formación, es el desarrollo potencial al que el infante puede aspirar.

De acuerdo con (Vigotsky, 1979) el aprendizaje precede al desarrollo. Entre el aprendizaje y el desarrollo existe una relación de tipo dialéctica. Una enseñanza adecuada contribuye a crear zonas de desarrollo próximo; “es decir va a servir de imán para hacer que el nivel potencial de desarrollo del educando se integre con el actual. Estas modificaciones, a su vez pueden promover progresos en el desarrollo cognoscitivo general. Como Han señalado algunos, la ZDP es un diálogo entre el niño y su futuro, entre lo que es capaz de hacer hoy y lo que será capaz de hacer mañana y no entre el niño y su pasado”.

Al igual que Piaget lev Vygotsky (ruso) creía que los niños construyen su propio entendimiento sin embargo para Piaget el conocimiento surge cuando hay una interacción con los objetos físicos. Para Vygotsky en cambio la construcción cognitiva esta mediada socialmente esto que siempre está influida por la interacción social presente y pasada.

Vygotsky creía que tanto la manipulación física como la interacción social son necesarias para el desarrollo del niño (Bodrova Elena, 2004).

Para Vygotsky el desarrollo incluye cambios tanto cualitativos, como cuantitativos.

Esto son cualitativos cuando ocurren en la naturaleza misma y en la forma de la mente del niño, esto es la calidad del pensamiento, y existen periodos en los que aunque el niño sigue recibiendo información no aparecen nuevas formaciones durante estos periodos el crecimiento ocurre como un cambio cuantitativo un cambio en la cantidad de cosas que el niño puede procesar y recordar (Bodrova Elena, 2004).

### ***1.5 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS PREESCOLARES.***

El crecimiento físico en este periodo varia, ya que se da un poco más lento, pero más constante, así un niño puede crecer hasta 15 cm. Mientras otros solo crecen unos cuantos centímetros, el crecimiento en este periodo se da principalmente en el tronco y las piernas.

Así mismo, existen otros cambios el cerebro crece de 75% a 90% de su tamaño adulto, la coordinación mejora con los años conforme la lateralización y la mielinización (proceso de aislar el sistema nervioso con grasa) este proceso a los seis años está prácticamente terminado. La habilidad con las manos está bastante bien establecida a los cuatro años. Aunque en la muñeca contiene algo de cartílago que se osificara hasta los seis años. (Berk, 1999). Como resultado, la mayoría de los niños a esta edad no puede realizar movimientos circulares completos. Los 20

dientes de leche ya han salido hacia los tres años, en otras palabras, el preescolar ya no es un bebe Estos procesos de crecimiento y maduración promueven muchas nuevas habilidades en todas las áreas del desarrollo. (Secretara de Educacion Publica, 2005).

El mismo texto señala que, la vista, el tacto, el olfato, el gusto y el oído están bien desarrollados en el periodo preescolar, sin embargo, los niños son hipermétropes y siguen desarrollando su coordinación de la vista binocular, por lo que las letras de los libros de texto son más grandes. Mientras que las habilidades perceptivas están por lo general bien desarrolladas para esta edad. El uso de la información que tiene el niño no es del todo completo para esta edad, ya que todavía debe de desarrollar algunas estrategias cognitivas y refinamientos del lenguaje para interpretar y comunicar los datos sensibles, el proceso de la información mejora entre los tres y los cinco años.

Cuando el desarrollo perceptivo de los niños o su coordinación parecen estar significativamente más retrasados que los de otros niños de su edad, un profesional puede decidir si es necesario recomendar unos estudios o evaluaciones diagnósticas, los cuales podrían arrojar resultados que, al compartirlos con los maestros, permitirían a éstos implementar las medidas necesarias (Secretara de Educacion Publica, 2005). El desarrollo físico permite al niño realizar movimientos más estables y con seguridad puede correr, brincar, trepar sin dificultad, sin embargo, debido a que el sistema nervioso está todavía inmaduro, su tiempo de reacción es más lento que el de un niño de seis o siete años.

Si consideramos que todos los niños aprenden en los tiempos en que señalan estos autores, que pasa con los niños con Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad.

En estudios epidemiológicos con población normal, los maestros describen como inatentos casi a la mitad de los niños y algo más de una cuarta parte de las niñas. Por otra parte, cuando hablamos del Trastorno por déficit de atención en la infancia, mezclamos este concepto con otro más amplio de hiperactividad, esto nos lleva a

plantearse una cuestión clave. Esta cuestión clave está en determinar si se trata de un único síndrome, cuyas manifestaciones básicas centradas en conductas de falta de atención, impulsividad y sobreactividad están interrelacionadas, o si es posible diferenciar dos trastornos específicos: el trastorno por déficit atencional con y sin hiperactividad (Martínez, 2011).

Desde 1994, y hasta el momento, la APA (Asociación Americana de Psiquiatría). Sigue manteniendo una única entidad clínica (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) pero con tres subtipos: con predominio atencional, con predominio de hiperactividad/impulsividad y combinado. ¿Cuál es la diferencia entre un TDA+H y un TDA-H? (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994). Esta diferencia puede establecerse, desde el punto de vista clínico, sobre una base comportamental y sobre el tipo de déficit atencional. En el primer caso, los niños con TDA+H presentan una sobreactividad motora o, si se prefiere, una actividad motora desadaptativa (Castro Viejo, 2008). Realmente les cuesta controlar su conducta motora especialmente en situaciones que exigen esfuerzo cognitivo y atención. Pero, además, en su mayoría también presentan conductas disruptivas e incluso antisociales, claramente implicados en sus problemas académicos y de adaptación familiar y escolar (Martínez Segura, 2011). En cuanto al déficit atencional (TDA-H) pueden tener más problemas con la atención focalizada o velocidad de procesamiento de la información. Por su parte, los niños con TDA+H pueden tener más dificultades con la atención sostenida y el control de la impulsividad, y con los parámetros motivacionales implicados en la tarea. Así, esta misma autora afirma que el trastorno por déficit de atención hace referencia a un niño con una capacidad cognitiva general dentro de la normalidad, pero que tiene problemas para detectar los estímulos relevantes, comete errores por descuido, se distrae fácilmente, parece no escuchar, tiene dificultades para seguir instrucciones y también (aunque tal vez en menor grado comparando con el TDA+H) tiene problemas para mantener la atención durante cierto periodo de tiempo.

## 1.6 NIÑOS PREESCOLARES Y LA ATENCIÓN.

La atención según Frade (2010), es la capacidad de seleccionar un solo estímulo del medio ambiente y quedarse pensando en él de manera sostenida.

Un estímulo es cualquier cosa que sucede en el entorno, los estímulos pueden ser internos (que están dentro de su pensamiento) o externos. Están en el medio ambiente.

Mediante la segunda infancia. Los niños mejoran en cuanto a su atención y en la velocidad y eficiencia con la que procesan la información: así mismo empiezan a formar memorias duraderas, aun así, los niños pequeños no recuerdan tan bien como los niños mayores (Papalia, 2009).

Frade (2010) menciona que existe un proceso mental por el que se atraviesa cuando queremos interactuar o relacionarnos con el mundo a partir del “yo” (ver Tabla 1).

Tabla 1  
*Procesos Mentales (Frade, 2010).*

Procesos básicos	Características de alteración
<i>Sensación</i>	Siento el estímulo con los cinco sentidos: huelo, toco, veo, oigo, saboreo.
<i>Percepción</i>	Hago consciente la sensación, identifico las diferencias del estímulo, esta frío, es verde, etc.
<i>Atención.</i>	Elijo el estímulo para concentrarme en él y llevar a cabo la elección.

Continuación Tabla 1

<i>Memoria</i>	Identifico que estímulo es, para que sirve, como se llama, donde esta etc.
<i>Cognición.</i>	Analizo el estímulo, planeo la acción con respecto a él, evaluó, hago un juicio, diseño, analizo, una propuesta, invento, construyo, represento.
<i>Actuación</i>	Realizo lo que pensé que iba a hacer, lo ejecuto
<i>Emoción.</i>	Le imprimo sentimientos a lo que selecciono, percibo, atiendo, memorizo, pienso, y actuó, la emoción impacta todos los demás subprocesos.

La cognición a su vez incluye otros procesos como la intuición, la toma de decisiones, la elaboración de hipótesis y su comprobación.

Para Vygotsky la habilidad de prestar atención deliberadamente es decir cuando dirige su atención en forma consiente la denomina función superior que se deferenca de la atención espontanea de los niños ante objetos de colores brillantes ruidos fuerte y o algún acontecimiento llamativo.

Los niños deben de aprender a pasar por alto la información llamativa y concentrarse específicamente en las características importantes para resolver un problema o hacer una tarea (Bodrova Elena, 2004).

## **1.7 NIÑOS PREESCOLARES Y EL TDAH**

### **Diagnóstico**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los padecimientos neuropsiquiátricos. Más frecuentes en niños, adolescentes y adultos. Afecta mundialmente hasta a 5.2% de la población, por lo que constituye un problema de salud pública y un reto para las instituciones de salud mental de la región por su diagnóstico y tratamiento.

El TDAH afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar y se calcula que en México existen alrededor de 1 500 0000 niños con TDAH. Sin embargo, no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional sobre la prevalencia del TDAH en la República Mexicana, pero con la introducción de las nuevas tecnologías Las resonancias magnéticas realizadas a personas con TDA han demostrado consistentemente una pérdida de la asimetría normal entre ambos hemisferios cerebrales, así como una disminución en el volumen de algunas estructuras específicas. La corteza prefrontal y los ganglios basales, así como ocasionalmente el cerebelo, se ven persistentemente involucrados (secretaria de salud, 2010).

Existen muchas especulaciones acerca de la hiperactividad, algunas veces sin tener un conocimiento de este. Según el DSM-IV el diagnóstico requiere evidencia de los tres signos fundamentales del TDAH. Otros autores plantean que deben tener seis o más de los siguientes síntomas (Castro Viejo, 2008), los cuales se describen a continuación.

## **Déficit de atención.**

- Problemas para prestar atención en los detalles.
- Dificultada para sostener la atención en las actividades.
- No escucha cuando se le habla directamente.
- No sigue las instrucciones que se le dan.
- Dificultades para seguir conversaciones.
- Evita las conversaciones que impliquen esfuerzo mental sostenido.
- Pierde u olvida cosas necesarias para las actividades.
- Se distrae fácilmente por estímulos externos.
- Es olvidadizo en las actividades diarias.

## **Hiperactividad e Impulsividad**

- Es intranquilo
- Se levanta de su asiento cuando debe mantenerse sentado
- Va de un sitio para otro en situaciones en las que debería de estar quieto.
- Tiene dificultad para jugar sosegadamente.
- Actúa como si estuviera movido por un motor.
- Habla excesivamente.

## **Impulsividad.**

- Contesta las preguntas antes de que sean formuladas.
- Tiene dificultades para esperar turno
- Interrumpe o molesta a los otros niños.

Al formular un Diagnostico de TDAH, se tiene que tener el cuidado de considerar varias fuentes de información, la entrevista es muy importante, las pruebas psicológicas son un componente adicional y pueden brindar información muy



importante en cuanto a la gravedad de los problemas de aprendizaje comórbidos (Rickel & Brown, 2008).

Para diagnosticar este padecimiento es muy importante que sea una persona muy calificada médico-pediatra psicólogo especializado, neuropediatra. Además de la entrevista con los padres y maestros se pueden aplicar evaluaciones psicológicas, como WISC. BENDER. Que además medirán CI, y el nivel de maduración, el WISC nos proporcionará información sobre la inteligencia global (CI) sobre el llamado CI verbal o inteligencia verbal y CI manipulativo o de inteligencia practica si existe un desequilibrio entre estos dos tipos de inteligencia, aunque el resultado global sea normal el niño puede tener dificultades en procesar la información verbal (no entiende lo que lee no lo puede poner en práctica ni utilizar esa información). También se podrán aplicar evaluaciones pedagógicas, para medir nivel académico.

También son importantes las pruebas del laboratorio, aunque son dispensables a menos que se sospeche de enfermedad física.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDAH.

---

### **2.1 ANTECEDENTES DEL TDAH**

El TDAH ha sido estudiado por más de 30 años, las teorías actuales se relacionan con un déficit en los procesos inhibitorios que guían tanto el funcionamiento conductual como el cognoscitivo (Poyectodath, 2009).

Aunque no se ha encontrado ninguna causa biológica del TDAH. La mayoría de los investigadores indican que es un padecimiento que se presume es de origen genético con un fuerte componente hereditario que está vinculado principalmente con la producción y metabolismo de dopamina y noradrenalina. La principal causa del TDAH son los genes heredados de los padres. Por ejemplo, los estudios muestran claramente que el TDAH es una cuestión de familia: el 66 por ciento de los niños que padecen TDAH tienen un familiar que también padece la enfermedad (SERSAME 2006).

Según la SESARME, (servicios médicos de salud mental ) el trastorno por déficit de atención (TDA) es la afección neuropsiquiátrica más frecuentemente diagnosticada en la población infantil. Se caracteriza por la presencia de inatención e impulsividad; puede darse con o sin Hiperactividad en diversos grados, lo que afecta el rendimiento escolar de 7 de cada 10 pacientes, con una comorbilidad frecuente con trastornos conductuales como el síndrome opositorista-desafiante y el trastorno disocial, así como con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del aprendizaje; lo que impacta de una manera importante en la relación social y familiar cuando los padres son llamados al colegio por que el niño no puede quedarse sentado, lastima a sus compañeros y no presta atención en la clase.

En la actualidad, los científicos buscan qué genes, o combinación de genes, que pueden influir sobre la manera en que el TDAH afecta el comportamiento de quienes padecen la enfermedad.

Otras causas posibles son el nacimiento prematuro, fumar o experimentar estrés extremo durante el embarazo, estar expuesto a sustancias alcohólicas en el útero y las lesiones cerebrales traumáticas también pueden contribuir al desarrollo del TDAH (Barkley, 1994; 1997 en Batle Villa, 2009) plantea un modelo teórico En el que el TDAH aparece vinculado a un déficit en la inhibición de respuesta (o comportamiento).

- La falta de inhibición del comportamiento es vista como la base de los

problemas en:

- La memoria de trabajo
- La autorregulación del afecto
- La motivación
- Y el *arousal* (anafase del sueño donde se producen alteraciones a nivel mental.)
- Internalización del lenguaje < guía el proceso reflexivo >
- Reconstitución
- Capacidad para manipular representaciones mentales verbales y no-verbales

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Es un trastorno que no había sido tipificado o sea reconocido por los signos y los síntomas que produce en las personas, sino hasta 1980 por la asociación psiquiátrica americana. No es un padecimiento inventado que esté de moda, por lo contrario, existe evidencia de que varios personajes de la historia lo tuvieron pero que nunca supieron que sufrían ese trastorno (Frade, 2010), William Shakespeare, por ejemplo, hizo la descripción del Rey Enrique VIII, en una de sus novelas en 1613. En ella lo describe como una persona con déficit de atención e hiperactividad. Pasaron más de 200 años para que en el siglo XIX se volviera a tomar en cuenta a las personas con problemas de atención e hiperactividad, en la literatura, en 1863 el médico y escritor Henry Hoffman comunico el caso de un niño (Felipe) cuya conducta se caracterizaba por la inquietud motora (Frade, 2010).

A partir de 1863 varios médicos describieron este padecimiento basándose netamente en las observaciones de niños y niñas que presentaban ciertos comportamientos irregulares. Subsiguientemente, entre 1970 y 1979 viene el periodo de emergencia del concepto de déficit y atención. Por primera vez se ponen en consideración lo que es la tríada del trastorno en atención, impulsividad e hiperactividad; y por primera vez los clínicos se ponen de acuerdo. Esto hace una diferencia realmente importante, porque de ahí partimos. A continuación, entre 1980-1990/1994, viene el periodo de consolidación de las bases del déficit de atención. En los años 90, es la década de los estudios por las neuro imágenes, aquí todo lo que es la tecnología y la ciencia nos ayuda mucho más con las neuro imágenes, genética y, sobre todo, por primera vez se habla de los adultos con déficit de atención (educacion inicial, s.f.).

A lo largo del tiempo el déficit de atención ha recibido una gran variedad de nombres entre ellos: disfunción cerebral menor, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, síndrome del niño hiperactivo, reacción hiperquinéticos de la infancia y síndrome hiperquinéticos. En la actualidad los estudios sobre la hiperactividad infantil han proliferado, llegando a conocerse mejor tanto los orígenes de este trastorno como su evolución y tratamiento (Avila & Polaino-Lorente, 2002). Estos mismos autores señalan que la hiperactividad infantil (incluida como tal enfermedad en el Manual Diagnostico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría). Haya sido bautizada recientemente con la denominación de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Se ha incluido además otra nueva categoría: el “Trastorno por Déficit de Atención Indiferenciado.”

## **2.2 DEFINICIÓN TDAH**

(Avila & Polaino-Lorente, 2002) manifiestan una serie de comportamientos además de las características del niño hiperactivo: El niño hiperactivo no tiene un comportamiento extravagante extraño o inusual durante la infancia, las conductas que manifiesta el niño hiperactivo son conflictivas solo por la frecuencia con que se presentan, su excesiva intensidad y la inoportunidad del momento en que suceden.

Estos niños tienen más dificultades para controlar su conducta cuando están con otros niños que cuando están solos. Esto se debe a sus dificultades para mantener su atención y a la gran facilidad que tiene para distraerse. Cuando está solo, sin apenas quererlo, el niño se convierte en el centro de atención de la situación siéndole más fácil para prestar atención y estando para ello más motivado. No todos los niños hiperactivos manifiestan todas las características que a continuación se describen. Sin embargo, las dificultades de atención, la impulsividad y la hiperactividad (que son rasgos comunes en todos los niños hiperactivos) no suelen faltar, aunque se manifiesten con un grado de severidad diferente en cada niño (Avila & Polaino-Lorente, 2002). Estos autores describen las siguientes características que presentan los niños con TDAH:

#### Atención.

- ❖ Lo que más caracteriza a un niño hiperactivo es su dificultad para mantener su atención durante ciertos periodos de tiempo.
- ❖ Esto se manifiesta en casa por la natural incapacidad del niño para seguir indicaciones y las directrices que le marcan. A veces puede dar la impresión de que no ha oído lo que le han dicho o, simplemente, que no estaba escuchando.
- ❖ En la escuela, el niño hiperactivo es incapaz de concentrarse en la realización de las tareas que duran un largo periodo de tiempo por eso pasa con frecuencia de una tarea a otra sin concluir ninguna.
- ❖ Por otra parte, es frecuente que el niño centre su atención en los estímulos menos relevantes de la información que se le presenta.
- ❖ El niño hiperactivo es más vulnerable a los estímulos del contexto ambiental que cualquier otro niño, por lo que tiene gran facilidad para distraerse.

#### Impulsividad.

- ❖ El niño actúa de forma inmediata sin pensar en las consecuencias de su acción.

- ❖ Cuando emprende alguna nueva actividad, empieza con entusiasmo, la realiza de forma desorganizada y desestructurada y pocas veces la termina. Cualquier pensamiento que pase por su cabeza es inmediatamente ejecutado.

### Hiperactividad.

- ❖ El niño va de un lado a otro de la habitación, salta o corre por la calle, nunca quiere ir tomado de la mano de sus padres, cuando está sentado, siempre tiene las piernas en movimiento, se columpia se levanta, con excusa o sin ella, su actividad carece de una finalidad.

### Comportamiento

- ❖ Es totalmente imprevisible, inmaduro e inapropiado para su edad. Los niños hiperactivos no son malos pero si traviesos.
- ❖ En ocasiones estos niños se muestran agresivos y violentos con sus compañeros e incluso con los adultos, esta agresividad no solo es verbal sino también física.
- ❖ Así mismo estos niños mienten con frecuencia y cometen pequeños hurtos.

En cuanto a sus problemas de aprendizaje (Avila & Polaino-Lorente, 2002), argumentan que, no todos los niños hiperactivos presentan dificultades en la escuela, la capacidad intelectual de estos niños puede ser baja, normal o alta, como la de cualquier otro, pero sus dificultades de atención, la falta de reflexión y la incesante inquietud motora no favorecen su aprendizaje, por lo contrario, habitualmente lo bloquean provocando un rendimiento escolar insuficiente e insatisfactorio.

A esta serie comportamientos el Dr. Russell Barkley (en Pujol, Palou & Foix 2006) catedrático de neurología y Psiquiatría de la Universidad de Carolina del Sur (EU). Lo define como: un déficit en la inhibición de respuesta o comportamiento que

provoca problemas en el autocontrol y en el manejo de memoria de trabajo verbal y no verbal problemas en la autorregulación del afecto, de la motivación, del inicio del trabajo, y del rendimiento así como problemas en la internalización del lenguaje que les hace ser poco reflexivos (Mena Pujol, Nicolau Palou, & Salat Foix, 2006).

Por otra parte, la Fundación Cantabria en su página de ayuda al déficit de atención e hiperactividad tomado el 7 de octubre 2011 (fundacion cantabria, 2011) describe Las manifestaciones o características más habituales del Trastorno y se relacionan con los siguientes comportamientos:

- Su actividad motriz los lleva a levantarse de su asiento, charlar con los compañeros, hacer ruido, lo que provoca una interrupción constante del profesor. Mientras que el niño con TDA con hiperactividad pierde la pista de lo que está haciendo, molestando el niño sin hiperactividad lo hace sin llamar la atención.

- Su dificultad de concentración les hace distraerse fácilmente, llevándolos a dedicar más tiempo de lo normal a la ejecución de las tareas escolares y a obtener unos rendimientos más bajos. Ese bajo rendimiento escolar es consecuencia también de una mala memoria secuencial, produciéndoles dificultades de aprendizaje tanto en operaciones aritméticas, como en lecto-escritura.

- Su impulsividad los suele llevar a un deseo de terminar las tareas lo más rápido posible, lo que provoca que cometan tantos errores, como comerse sílabas o palabras cuando escriben o leen, confundir unas palabras con otras y en cuanto a comportamiento la impulsividad va unida a la desobediencia.

A todas estas características hay que sumarles el alto grado de frustración que les produce el no realizar las tareas con la rapidez y diligencia de sus compañeros, las continuas quejas de sus profesores, el rechazo de sus compañeros, que en ocasiones los lleva a reaccionar con rabietas o estallidos, mostrándose hacia los demás como una persona con poca capacidad de autocontrol. Todo ello tiene como

consecuencia el que les provoque una baja autoestima sobre sí mismo apareciendo entonces otros trastornos como la depresión y la ansiedad, trastorno de conducta, y trastorno oposicionista desafiante.

Según la organización mundial de la salud el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es un padecimiento de tipo neurológico que se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Que produce un deterioro en diversas áreas del funcionamiento del individuo, es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético. su prevalencia según estimaciones afecta entre un 5% y 10% de la población infanto-juvenil, siendo unas 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres, no se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos, representa el 20% y el 40% en las consultas del servicio de psiquiatría infantil (saludmentalonline, 2009).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los principales trastornos neuropsiquiátricos de inicio de la infancia. Se caracteriza por una triada sintomatológica: capacidad de atención disminuida. Hiperactividad e impulsividad. Todos los cuales se presentan de manera inapropiada para el desarrollo y generan deterioro en el funcionamiento general.

La prevalencia del TDAH es de 5.29% en todo el mundo, la frecuencia reportada en los diferentes estudios internacionales no parece depender del grado de desarrollo de los países, este padecimiento persiste hasta la edad adulta en un 40% de los casos e implica un alto costo para el paciente, su familia, y la sociedad.

Los niños con TDAH no tratado solicitan dos veces más intervenciones médicas que los niños con tratamiento debido a que presentan mayor riesgo de presentar accidentes y heridas, además de la comorbilidad psiquiátrica, que aumenta la gravedad del TDAH y los costos del tratamiento. Así pues, Este trastorno conduce a una disfunción psicosocial en las diferentes etapas del ciclo vital. Ya que el paciente no tratado manifiesta un pobre funcionamiento académico y/o laboral. Abandona la escuela y tiene trabajos con sueldos más bajos. La relación con sus



familiares se deteriora y en la vida adulta presentas pocas habilidades maritales y parentales (Palacios-Cruz, 2011).

### **2.3 SÍNTOMAS DEL TDAH**

Según la organización mundial de La salud el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (TDAH). Es un padecimiento de tipo neurológico que se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Que produce un deterioro en diversas áreas del funcionamiento del individuo, es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético. su prevalencia según estimaciones afecta entre un 5% y10% de la población infanto-juvenil, siendo unas 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres, no se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos, representa el 20% y el 40% en las consultas de los servicios de psiquiatría infantil (saludmentalonline, 2009).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los principales trastornos neuropsiquiátricos de inicio de la infancia. Se caracteriza por una triada sintomatológica: capacidad de atención disminuida. Hiperactividad e impulsividad. Todos los cuales se presentan de manera inapropiada para el desarrollo y generan deterioro en el funcionamiento general.

La prevalencia del TDAH es de 5.29% en todo el mundo, la frecuencia reportada en los diferentes estudios internacionales no parece depender del grado de desarrollo de los países, este padecimiento persiste hasta la edad adulta en un 40% de los casos e implica un alto costo para el paciente, su familia, y la sociedad.

Los niños con TDAH no tratado solicitan dos veces más intervenciones médicas que los niños con tratamiento debido a que presentan mayor riesgo de presentar accidentes y heridas, además de la comorbilidad psiquiátrica, que aumenta la gravedad del TDAH y los costos del tratamiento. Así pues, Este trastorno conduce

a una disfunción psicosocial en las diferentes etapas del ciclo vital. Ya que el paciente no tratado manifiesta un pobre funcionamiento académico y/o laboral. Abandona la escuela y tiene trabajos con sueldos más bajos. La relación con sus familiares se deteriora y en la vida adulta presenta pocas habilidades maritales y parentales (Palacios-Cruz, 2011)

#### **2.4 TEORÍAS QUE EXPLICAN LA APARICIÓN DEL TDAH**

Que entendemos por un trastorno

Según la organización mundial de la salud el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (TDAH). Es un padecimiento de tipo neurológico que se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Que produce un deterioro en diversas áreas del funcionamiento del individuo, es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético. su prevalencia según estimaciones afecta entre un 5% y 10% de la población infanto-juvenil, siendo unas 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres, no se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos, representa el 20% y el 40% en las consultas de los servicios de psiquiatría infantil (saludmentalonline, 2009).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los principales trastornos neuropsiquiátricos de inicio de la infancia. Se caracteriza por una triada sintomatológica: capacidad de atención disminuida. Hiperactividad e impulsividad. Todos los cuales se presentan de manera inapropiada para el desarrollo y generan deterioro en el funcionamiento general.

La prevalencia del TDAH es de 5.29% en todo el mundo, la frecuencia reportada en los diferentes estudios internacionales no parece depender del grado de desarrollo de los países, este padecimiento persiste hasta la edad adulta en un 40% de los casos e implica un alto costo para el paciente, su familia, y la sociedad.

Los niños con TDAH no tratado solicitan dos veces más intervenciones médicas que los niños con tratamiento debido a que presentan mayor riesgo de presentar

accidentes y heridas, además de la comorbilidad psiquiátrica, que aumenta la gravedad del TDAH y los costos del tratamiento. Así pues, Este trastorno conduce a una disfunción psicosocial en las diferentes etapas del ciclo vital. Ya que el paciente no tratado manifiesta un pobre funcionamiento académico y/o laboral. Abandona la escuela y tiene trabajos con sueldos más bajos. La relación con sus familiares se deteriora y en la vida adulta presenta pocas habilidades maritales y parentales (Palacios-Cruz, 2011).

### ***A) TEORÍA BIOLÓGICA***

Lo que la biología nos ha enseñado, es que el TDAH surge de la convergencia de la genética y el medio ambiente, es decir se necesita una base genética que predisponga el trastorno y el medio que module la expresión de los síntomas conductas. Además de que se pueden apreciar cambios en el cerebro, aunque estos cambios sean meramente funcionales.

### ***TRATAMIENTOS AL TDAH***

El tratamiento debe ser individualizado en cada paciente en función de la frecuencia e intensidad de los síntomas, la repercusión de éstos en la vida familiar, social y escolar del niño, la presencia de otro tipo de cuadros que con frecuencia se asocian al TDAH (depresión, ansiedad, trastorno de conducta, fracaso escolar, etc.). El tratamiento estará indicado y controlado por un facultativo (psiquiatra, psicólogo, neuropediatra, Pediatra) con experiencia en el TDAH.

El tratamiento del TDAH de niños y adolescentes tiene por objetivo mejorar los síntomas nucleares de la enfermedad (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención) y reducir la aparición de otros síntomas frecuentemente asociados al TDAH.

Existen diversos tipos de tratamientos indicados en el TDAH de niños y adolescentes, sin embargo, el que presenta mayores niveles de eficacia es el tratamiento combinado o multimodal, que incluye el tratamiento psicológico, el farmacológico y la intervención psicopedagógica.

Las intervenciones psicológicas que han mostrado evidencia científica sobre su eficacia para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se basan en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

El tipo de intervenciones que se aplican se describen brevemente a continuación:

### **Terapia de conducta:**

Es una terapia psicológica que se basa en un análisis funcional de la conducta. Se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y registro de éstas (línea base). En la terapia de conducta, el control del comportamiento es externo, la conducta se modifica en función de las consecuencias del comportamiento.

## **2.5 COMORBILIDAD**

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es, junto con la dislexia, la causa más importante de fracaso escolar. Debido a la imprecisión del diagnóstico, basado en criterios subjetivos y cuya apreciación puede variar a lo largo del tiempo, las cifras de prevalencia de TDAH que se sugieren son muy variables. En el DSM IV-TR (Manual de Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, de la Academia Americana de Psiquiatría) se sugiere una prevalencia del 3-5%. Sin embargo, estas cifras varían enormemente en función de la población estudiada, el método de estudio realizado y los criterios requeridos. En fechas recientes se ha

llegado a proponer una prevalencia del 17,1%. Sin embargo, si atendemos a los diversos síntomas y manifestaciones que se hallan en los niños con TDAH, llegaremos fácilmente a la conclusión de que la forma más rara de TDAH es la que se exhibe de forma aislada, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno. En un estudio realizado en Suecia por el grupo de Gillberg, se ponía en evidencia que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos comórbidos.

Entendiendo por comorbilidad. Padecimientos que se presentan además de otro (Frade, Laura 2010).

Las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno de conducta de oposición desafiante (TOD) y el trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC). La conclusión inmediata es que, cuando se atiende a un niño con TDAH, si el diagnóstico se limita al TDAH, existen altas probabilidades de que pasemos por alto otros problemas, en ocasiones más importantes que el propio TDAH (Artigas.J-Pallares, 2003). Los mismos autores argumentan que los trastornos con los cuales el TDAH se asocia con más frecuencia son:

El síndrome de Tourette,

Los trastornos generalizados del desarrollo,

Los trastornos de la comunicación,

Los trastornos del aprendizaje,

El trastorno del desarrollo de la coordinación,

Los trastornos de conducta,

Los trastornos de ansiedad,

Los trastornos afectivos y

El retraso mental. Desde el punto de vista neurocognitivo,

El cuadro clínico de trastornos externalizados del desarrollo, crónico donde existe un déficit de control inhibitorio, de las emociones, del movimiento, de la regulación de la atención, de los impulsos, etc. Las características de los TDAH en orden de frecuencia son:

- ❖ Déficit de atención
- ❖ Hiperactividad
- ❖ Impulsividad,
- ❖ Alteración de la percepción motora,
- ❖ Labilidad emocional,
- ❖ Trastorno de memoria y pensamiento.
- ❖ Alteración del aprendizaje.

Déficit de atención. Esto se manifiesta muy claramente cuando se les pide que realicen tareas largas, repetitivas o que carezcan de atractivo para ellos. Con frecuencia, indican que “se cansan” o “se aburren” con tales tareas y, como consecuencia abandonan o cambian de una actividad a otra, sin finalizar ninguna.

No prestan atención, no consiguen organizarse para trabajar, no logran sostener el esfuerzo, se distraen con facilidad, pierden y olvidan cosas y no terminan las tareas.

Hiperactividad. Las personas con TDAH se mueven de manera excesiva y aparentemente innecesaria para lograr los fines que desean; parecen constantemente inquietos e infatigables. Realizan movimientos que no son estrictamente necesarios para completar una tarea, como mover los pies. Hablar en exceso. Y no permanecer sentados.

Impulsividad. Se manifiesta así actúa antes de pensar (es imprudente en situaciones de peligro lo que los hace propensos a accidentes), cambian abruptamente de actividades, no logran organizarse, se salen del salón de clase, no esperan turno, contestan sin pensar interrumpen a los demás, se entrometen en pláticas y

actividades que no les corresponden lo que implica un quebrantamiento (aunque sin intención de las normas sociales).

Alteración de percepción motora. el niño, TDAH tiene problemas en la autorregulación de sus movimientos. La hipofunción dopaminérgica en los núcleos nigro-estriales, da como resultado un problema en la coordinación motora y frecuentemente la presencia de signos neurológicos blandos.

Labilidad emocional. Manifiesta sus emociones públicamente con más intensidad y emoción de lo que lo hacen los otros, como consecuencia es más fácil que parezcan menos maduros, infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos.

Trastorno de memoria y pensamiento. La insuficiente atención sostenida, o su irrelevancia, y el cambio frecuente de su atención explican las deficiencias de la memoria. a corto y largo plazo

Alteraciones del aprendizaje. Cuando se combinan los efectos de DAH, déficits cognitivos, problemas para recordar y usar la memoria de trabajo, déficit de regulación de las emociones, problemas perceptuales y alteraciones de la coordinación motriz, aumentan los riesgos de retardo y fracaso escolar.

Estos pueden ser el resultado de aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un rendimiento académico, tales como la comprensión de la lectura. Si se añade una capacidad intelectual baja aumenta el riesgo de no aprender como la mayoría de sus compañeros, y acumular retrasos curriculares que si no reciben ayuda puede llegar a constituir un verdadero fracaso escolar.

Las funciones ejecutivas; desde el punto de vista neuroanatómico se implican los circuitos fronto-estriados. El modelo funcional del TDAH basado en estas funciones y estas estructuras permite comprender la comorbilidad con procesos citados. Dada la alta tasa de comorbilidad del TDAH, es muy importante la identificación de los problemas asociados, para racionalizar el abordaje psicológico y el tratamiento farmacológico.

Desde el punto de vista epidemiológico, (Elías Cuadros, 2009) dice que existen una serie de trastornos que se añaden al TDAH, y que se presentan con relativa frecuencia en los estudios más representativos de la comorbilidad del TDAH. Los trastornos concurrentes que figuran en primer plano son los siguientes:

### **Los desórdenes antisociales**

- (Trastorno oposicionista desafiante (TOD).
- Y trastorno de la conducta (TC).

### **Los trastornos del estado de ánimo**

- Que pueden clasificarse como bipolares cuando se basan en la presencia de manía, o como unipolares cuando se basan en la presencia de depresión sin manía.

**Desordenes de ansiedad (TANS), por lo general el síntoma de ansiedad se manifiesta en cuatro ámbitos:**

- Cognitivo,
- afectivo,
- físico, y
- Conductual.

### **Trastornos de aprendizaje (TA)**

Según el Instituto Mexicano de Pediatría (2007), Cerca del 65% de los pacientes con TDAH tienen un trastorno comórbido o asociado al momento de establecer el diagnóstico, lo cual resalta la necesidad de realizar una valoración integral e individual en cada paciente. Las principales entidades asociadas con los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos bipolares. Una proporción mayor al 50% muestra trastornos de la coordinación ojo-mano que



explican dificultades en el proceso de la lecto-escritura, quedando por definir si es una comorbilidad (Ruiz Garcia, 2004).

Los síntomas de TOD incluyen un desafío a la autoridad, falla para cumplir con las exigencias de los adultos, intimidación, culpar a otros y ejecutar conductas que constituyen violaciones menores de las normas sociales apropiadas con la edad. Se requieren cuatro de estos por espacio mínimo de seis meses

Los trastornos de aprendizaje. Los trastornos más comunes que se presentan en los niños con TDAH son: dislexia, no puede leer bien, disgrafía, se relaciona con sus dificultades de organización viso espacial, llegando en algunos casos a considerarse dispraxias, la impulsividad por otro lado no posibilita que se realice una adecuada automatización de la escritura y se muestre hasta ilegible. (Risueño, 2006), disortografía, no aprenden las reglas ortográficas porque no observan el detalle ortográfico, y discalculia no realizan de manera adecuada las operaciones matemáticas (Frade Laura 2010).

La inatención, la hiperactividad y la impulsividad son características propicias para leer en forma salteada. es decir leer las consignas por la mitad leer la primera parte y la última dejando un vacío en la parte central de la oración omitiendo palabras etc. es necesario que a los adolescentes y los niños se les indique una tarea e ir monitoreando hasta que esta se cumpla, pues a pesar de su nivel intelectual su comprensión lectora y su fluidez esta disminuida. En relación con los niños de su edad, aunque no todos, la mayoría de los niños hiperactivos presentan dificultades en el aprendizaje. La capacidad intelectual de estos niños puede ser baja, normal o alta, como la de cualquier otro, pero sus dificultades de atención, la falta de reflexión y la incesante inquietud motora no favorecen su aprendizaje. Por el contrario, habitualmente lo bloquean provocando un rendimiento escolar insuficiente e insatisfactorio.

## **2.7 TDAH Y CONSECUENCIAS**

La autoestima es la conciencia de una persona de su propio valor, el punto más alto de lo que somos y de nuestras responsabilidades, con determinados aspectos buenos y otros mejorables, y la sensación gratificante de querernos y aceptarnos como somos por nosotros mismos y hacia nuestras relaciones. Es nuestro espejo real, que nos enseña cómo somos, qué habilidades tenemos y cómo nos desarrollamos a través de nuestras experiencias y expectativas. Es el resultado de la relación entre el carácter del niño y el ambiente en el que éste se desarrolla.

La autoestima es un elemento básico en la formación personal de los niños. De su grado de autoestima dependerá su desarrollo en el aprendizaje, en las buenas relaciones, en las actividades, y por qué no decirlo, en la construcción de la felicidad. Cuando un niño adquiere una buena autoestima se siente competente, seguro, y valioso. Entiende que es importante aprender, y no se siente disminuido cuando necesita de ayuda. Será responsable, se comunicará con fluidez, y se relacionará con los demás de una forma adecuada. Al contrario, el niño con una baja autoestima no confiará en sus propias posibilidades ni en las de los demás. Se sentirá inferior frente a otras personas y, por lo tanto, se comportará de una forma más tímida, más crítica y con escasa creatividad, lo que en algunos casos le podrá llevar a desarrollar conductas agresivas, y a alejarse de sus compañeros y familiares.

Cuando el fracaso escolar se da por problemas de aprendizaje, el déficit de atención figura entre las primeras causas, pero, además, otro factor que afecta la deserción es la falta de habilidad de los maestros para manejar el TDAH de una forma adecuada en el salón de clase. Peor aún, las verbalizaciones menospreciativas y desvalorizaciones que padres y educadores suelen dirigir a los niños(as) de manera rutinaria impactan negativamente en logros. Además, la frustración crónica que se desprende del fracaso habitual va acompañada de castigos, lo que promueve la baja motivación, la falta de interés y la pérdida de autoestima, factores que traen como consecuencia el fracaso escolar (García Pérez, 2001).

Hace algún tiempo se pensaba que dicho trastorno desaparecía en la etapa de la adolescencia; sin embargo, aun en más del 50% de los casos la enfermedad perdura hasta la edad adulta, lo que aumenta el número de personas con este padecimiento.

Este grupo de personas es también más vulnerable a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social; los adolescentes con TDA tienen mayor probabilidad de tener problemas con la justicia, comparados con sus pares que no padecen este trastorno.

Además, el niño con TDAH presenta un déficit en su adaptación social y a la escuela como institución, principalmente debido a los requerimientos de la escuela tradicional en cuanto al nivel de atención, autocontrol (R. A. Barkley, 1997) y de seguimiento de las reglas que llevan a los niños y niñas al desarrollo sus capacidades para trabajar en forma organizada y autónoma. (También es cierto que, los especialistas coinciden en aceptar que gran parte de las dificultades surgen por un desajuste entre el niño y el contexto escolar lo que implica la necesidad de flexibilizar el medio ambiente educativo para adecuarse a las necesidades diferenciadas de los niños y niñas (Frade, Laura 2010).

Las manifestaciones o características más habituales de este trastorno se relacionan con los siguientes comportamientos:

- Su actividad motriz los lleva a levantarse de su asiento, charlar con los compañeros, hacer ruido, lo que provoca una interrupción constante del profesor. Mientras que el niño con TDA con hiperactividad pierde la pista de lo que está haciendo, molestando, al niño sin hiperactividad y lo hace sin llamar la atención.
- Su dificultad de concentración les hace distraerse fácilmente, llevándolos a dedicar más tiempo de lo normal a la ejecución de las tareas escolares y a obtener unos rendimientos más bajos. Ese bajo rendimiento escolar es consecuencia también de

una mala memoria secuencial, produciéndoles dificultades de aprendizaje tanto en operaciones aritméticas, como en lecto-escritura.

•Su impulsividad los suele llevar a un deseo de terminar las tareas lo más rápido posible, lo que provoca que cometan tantos errores, como comerse sílabas o palabras cuando escriben o leen, confundir unas palabras con otras y en cuanto comportamiento la impulsividad va unida a la desobediencia.

Consecuencias habituales del déficit de atención e hiperquinesia. Estos niños suelen padecer algunas de las siguientes consecuencias:

Dificultades de convivencia en su hogar (suele generar irritación en sus padres que llegan a tenerle poca paciencia y relaciones tensas con sus hermanos). Bajo rendimiento en el aprendizaje (calificaciones bajas, repetición de grado/año).

Problemas de conducta (sanciones disciplinarias).

También es común que se observe en ellos: Aislamiento: niño aislado (principalmente por el rechazo de sus compañeros).

Frustración: estos niños tienen una correcta percepción de la realidad y -por ello- adquieren clara conciencia de sus limitaciones frente a ella.

Afectación de su autoestima: baja autoestima (sentimiento de inutilidad, de falta de capacidad, de ser "distinto" de sus compañeros).

Agresividad (como reacción ante la percepción de sus desventajas).

A todas estas características hay que sumarles el alto grado de frustración que les produce el no acometer las tareas con la rapidez y diligencia de sus compañeros, las continuas quejas de sus profesores, el rechazo de sus compañeros, que en ocasiones los lleva a reaccionar con rabietas o estallidos, mostrándose hacia los demás como una persona con poca capacidad de autocontrol. Todo ello tiene como consecuencia el que les provoque una baja autoestima sobre sí mismo apareciendo entonces otros trastornos como la depresión y la ansiedad, trastorno de conducta,

trastorno oposicionista desafiante, en definitiva, una detección no temprana les puede conducir a cualquier tipo de conducta antisocial (fundacióncadah.org., 2011).

En resumen, el DAH se traduce en una pobre calidad de vida para quien lo padece y para quienes lo rodean si no son atendidos propiamente. Principalmente para las madres de familia que en su mayoría son las que se encargan del cuidado de los hijos, ya que, además, este trastorno genera violencia y desintegración familiar. Existe un alto índice de mujeres abandonadas como resultado del diagnóstico de uno de los miembros de la familia con DAH, que enfrentan además problemas laborales, económicos y sociales conduciéndolas a situaciones de depresión profunda e incluso al suicido (Proyectodath,2011).

Se considera un trastorno externalizado del desarrollo, crónico, donde existe un déficit del control inhibitorio, de las emociones, del movimiento, de la regulación de la atención, de los impulsos, etc. Las características de los TDAH en orden de frecuencia son: déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, alteración de la percepción motora, labilidad emocional, trastorno de memoria y pensamiento, alteración del aprendizaje.

1.- déficit de atención. Esto se manifiesta muy claramente cuando se es pide que realicen tareas largas, repetitivas o que carezcan de atractivo para ellos. Con frecuencia, indican que “se cansan” o “se aburren “con tales tareas y, como consecuencia, abandonan o cambian de una actividad a otra.

## CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO

---

### **3.1 TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

Es muy importante el diagnóstico de los pacientes con TDAH ya que de esto depende el éxito del tratamiento además del apoyo y cooperación de la familia. La ausencia de tratamiento puede ocasionar fracaso escolar, social y familiar, multiplicando así los riesgos de que se presenten otros trastornos mentales como es el consumo de drogas. Las consecuencias de este padecimiento subrayan la importancia de establecer lineamientos generales para su manejo, obteniendo un beneficio para los enfermos y sus familias.

Aunque el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que frecuentemente lleva consigo un pronóstico hay diversas aproximaciones de tratamiento para el trastorno.

Rickel y Brown coinciden con otros investigadores de que el tratamiento para este trastorno puede incluir medicación estimulante, las intervenciones psicoeducacionales, terapias conductuales y una combinación de dos o más de estas aproximaciones (Rickel & Brown, 2008).

Diversas publicaciones relacionadas con el tratamiento del TDAH. Resaltan la importancia de la intervención multimodal, por ejemplo: En el Primer Consenso Latinoamericano de TDAH, celebrado en México en 2007 se propuso un algoritmo de tratamiento farmacológico para preescolares con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Desde entonces han surgido algunos estudios no solo sobre tratamiento farmacológico, sino también sobre estrategias de manejo psicosociales en esta población que ameritan una revisión.

El objetivo fue integrar la literatura reciente sobre el manejo clínico del TDAH en preescolares con el fin de actualizar el algoritmo latinoamericano de tratamiento e incorporar al árbol de decisiones las medidas psicosociales

En el consenso latinoamericano del TDAH realizado en el 2007 recomiendan el tratamiento farmacológico para preescolares con TDAH, y argumentan que la documentación y evidencia científica mundial en cuanto al diagnóstico y el tratamiento integral del TDAH en la edad preescolar es relativamente limitada en especial en la población latinoamericana (De la Peña, 2009).

Estos mismos autores manifiestan que en el cerebro del preescolar, suceden cambios neurobiológicos en los que se especializan los sistemas neurobiológicos que controlaran la conducta, las emociones, y las conexiones necesarias para desarrollar e integrar el intelecto. Algunos de los problemas particulares del niño en esta etapa del desarrollo, incluyen el requerir al menos nueve meses de sintomatología persistente, cubrir con los criterios del DSM-IV-R e incluir escalas de validación. Validadas por la Academia Americana de Pediatría (escala de Validez De Conner), Además de tomar en cuenta el diagnóstico diferencial (Barragan Perez, De la Peña Olvera , & Ortiz Leon , 2007). El uso del medicamento solo debe de ser indicado cuando la intervención psicoeducativa no ha funcionado.

Según el consenso latinoamericano del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, menciona algún lineamiento para para la evaluación diagnóstico y tratamiento del trastorno en preescolares:

1. Investigar causas de trastornos del comportamiento en niños preescolares, entre los que hay que incluir: secuelas perinatales, alteraciones sensoriales (sordera, debilidad visual, neuropatías sensitivas, etc.), trastorno generalizado del Desarrollo, deficiencia de hierro, pica, etc.; además de evaluar las expectativas de los padres, el estilo de vida y los hábitos de disciplina en casa por parte de los familiares.

2. Iniciar siempre medidas psicoeducativas para mejorar las habilidades de crianza proporcionada por especialistas

El algoritmo multimodal para el tratamiento de preescolares latinoamericano con TDAH plantea como primer recurso el manejo psicosocial y luego el tratamiento farmacológico. Los principales cambios en el algoritmo son: la recomendación específica de los tratamientos psicosociales como la psicoeducación, el Entrenamiento en Manejo Parental (EMP) y la Terapia Interaccional Padre-Hijo (TIPH). La recomendación del metilfenidato como primera etapa farmacológica (Disponible en todos los países de Latinoamérica), seguido de la atomoxetina o las anfetaminas; en el último término se puede considerar el uso de clonidina. Finalmente, se recomienda continuar con los tratamientos psicosociales para el mantenimiento en conjunto con la medicación con la que se mostró la mejor respuesta (De la Peña, 2009).

### ***3.2 TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN.***

Los tratamientos se encaminan a reducir la impulsividad e hiperactividad, mejorar su atención, hacer más efectivo su desempeño académico mejorar su concentración y hacer más efectivas sus relaciones sociales.

Aunque no existe un tratamiento que cure el TDAH, puede controlarse con un abordaje multimodal y multidisciplinario:

- 1.- medicación con metilfenidato
- 2.- tratamiento conductual
- 3.- medicamento y atención conductual combinados
- 4.- atención de rutina.



Numerosas pruebas han confirmado que el tratamiento de este trastorno es primordialmente farmacológico pues los ensayos clínicos controlados han revelado que el fármaco tiene por si solo un efecto superior a la combinación Fármaco-psicoterapia y que este efecto es apreciable en estudios longitudinales el tratamiento más estudiado y que ha demostrado mayor eficacia es el uso de estimulante y este es el metilfenidato (RITALIN) (Palacio & Ruiz Garcia, 2009).

El metilfenidato (más conocido como ritalin o Rubifen) es el principal estimulante prescrito debido a la rapidez con la con la que aparecen sus efectos, y el control de efectos secundarios.

### **El metilfenidato (ritalin)**

El metilfenidato es un medicamento que se receta a las personas (generalmente niños) que padecen del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en ingles). Este trastorno consiste en un patrón persistente, de niveles anormalmente altos de actividad, impulsividad, o falta de atención que se ve con más frecuencia o es más severo que lo que normalmente se observa en personas comparables de desarrollo. (Instituto de investigacion Social. Universidad de Michigan, 2012) Este mismo estudio dice que el patrón de comportamiento generalmente surge entre los 3 y 5 años y se diagnostica en el ámbito escolar debido a la excesiva actividad locomotriz, falta de atención, o comportamiento impulsivo. La mayoría de los síntomas mejoran en la adolescencia o en la edad adulta, pero el trastorno puede subsistir o presentarse en adultos (Instituto de investigacion Social. Universidad de Michigan, 2012).

Se estima que hasta 1.5 millones de niños menores de 16 años en México, padecen TDAH, aunque las cifras podrían ser muy superiores si se toma en cuenta la falta de diagnóstico en niños en edad escolar (Palacios Cruz, De la Peña , Valderrama, & Patiño, 2011).

“En México un niño tarda entre 2 y 3 años en ser diagnosticado correctamente con TDAH, debido a la falta de difusión que existe sobre el padecimiento, su diagnóstico, y a que muchos padres de familia presentan temores relacionados con la medicación de sus hijos”, precisó el Dr. Eduardo Barragán, Neurólogo Pediatra, adscrito al Departamento de Neurología Pediátrica del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

Cifras internacionales señalan que el TDAH podría afectar hasta el 5.2 por ciento de la población a nivel mundial, y es considerado un problema de salud pública pues además produce una alta demanda de servicios judiciales, salud mental y educación, al asociarse a manifestaciones de agresividad, inatención a las normas sociales y abuso de sustancias, en los casos no diagnosticados (Palacios Cruz, De la Peña , Valderrama, & Patiño, 2011).

“Todavía hay quienes piensan que estos niños carecerán de oportunidades. Sin embargo, con un tratamiento adecuado, tienen mayores posibilidades de llevar una vida sin estigmas, que les permita obtener tantos logros como ellos mismos se lo propongan” precisó el Dr. Castillejos.

La medicación estimulante ha demostrado la mejoría de algunos síntomas específicos asociados con el TDAH. En particular, los estimulantes han demostrado ser efectivos para aumentar la atención y la concentración en los que tiene TDAH. (Rickel & Brown, 2008). El metilfenidato es un medicamento valioso tanto para adultos como para niños con ADHD, el tratamiento con estimulantes como el ritalin y la Psicoterapia ayuda a mejorar los comportamientos anormales, así como la autoestima, la cognición, y a la función social y familiar del paciente.

Las investigaciones demuestran que las personas con ADHD no se vuelven adictas a los medicamentos estimulantes cuando se toman en la forma y la dosis prescrita por el médico.

De hecho, se ha reportado que la terapia con estimulantes en la niñez está asociada con una rebaja en el riesgo para trastornos subsiguientes de uso de drogas y alcohol.

Si bien se ha demostrado que los medicamentos por sí solos constituyen un tratamiento adecuado para el TDAH, el instituto nacional de salud mental para ayudar a las familias a tomar decisiones importantes sobre el tratamiento llevó a cabo un estudio más profundo que se realizó para evaluar los tratamientos del TDAH. En este estudio de tratamiento multimodal descubrió que combinar la terapia conductual con la administración de medicamentos ayudaba a las familias, los maestros y los niños a aprender maneras de controlar y modificar las conductas que causan problemas en el hogar y en la escuela. Además, algunos niños que recibían el tratamiento combinado podían tomar dosis menores del medicamento.

Aunque el tratamiento multimodal es una buena opción todas las decisiones sobre el cuidado médico deben tomarse en conjunto con un equipo de tratamiento infantil. Los datos presentados en ese estudio mostraron que el metilfenidato (un medicamento estimulante ampliamente usado para el tratamiento del TDAH) es efectivo para el tratamiento de los síntomas del TDAH, ya sea solo o en combinación con la terapia conductual. El estudio también descubrió que el tratamiento que incluye medicamentos es más efectivo para los síntomas del TDAH (como la hiperactividad) que la terapia conductual por sí sola. Este hecho se aplica especialmente cuando la dosis del medicamento se controla rigurosamente y se administra a cada niño según sus necesidades.

La investigación demuestra que, para la mayoría de los jóvenes que padecen TDAH, los medicamentos reducen drásticamente la hiperactividad, mejoran la atención y aumentan la capacidad para relacionarse con los demás. Además, estas personas también presentan otros síntomas psicológicos que pueden incluir, la depresión y agresión. La terapia puede estar dirigida a aspectos de funcionamiento que tal vez no respondan ante una medicación estimulante. (Rickel & Brown, 2008). Así bien la

terapia también aborda cuestiones como la baja autoestima y la auto eficiencia muchas formas de intervención enfatizan aproximaciones psicoeducativas. Estas pueden incluir:

- Capacitación para padres: Ayuda a los padres a conocer sobre el TDAH y las maneras de controlar las conductas relacionadas con el TDAH.

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres la aplicación efectiva de las técnicas de modificación de conducta mencionadas anteriormente, incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paternofilial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño.

- Tratamiento enfocado en el niño: Ayuda a los niños y adolescentes que sufren TDAH a aprender a desarrollar destrezas sociales, académicas y de resolución de problemas.
- Intervención escolar: Ayuda a los maestros a cumplir con las necesidades educativas de los niños enseñándoles a controlar las conductas de sus estudiantes relacionadas con el TDAH dentro del salón de clases (como dar recompensas, evaluar consecuencias y enviar boletines diarios a los padres).

Los tratamientos psicológicos eficaces considerados por Fernández Parra (2008) Implican la aplicación de técnicas de:

Modificación de conducta basada en principios del aprendizaje social. Identificación y manipulación de estímulos antecedentes y consecuentes de la conducta problemática de los niños, y el Entrenamiento de habilidades.

## CAPÍTULO 4. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES.

---

El entrenamiento de habilidades sociales puede ser útil para los niños con TDAH, El entrenamiento en habilidades sociales tiene como objetivo el aprendizaje por parte del niño de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. Este entrenamiento suele hacerse en grupos pequeños de edades similares, y se emplean técnicas de la TCC.

Aunque las investigaciones no han demostrado su eficacia. Ya que la inatención y la hiperactividad puede impedir que los niños formen relaciones apropiadas con sus compañeros, aprendiendo a escuchar, esperar su turno, y controlar sus impulsos de modo que puedan facilitar el desarrollo de amistades sanas (Rickel & Brown, 2008). La terapia conductual ofrece a las pacientes herramientas y conductas a través de las cuales puede dirigir las dificultades que, según los expertos están relacionados con el TDAH.

### ***TERAPIA COGNITIVA***

Se basa en el Entrenamiento en técnicas de auto instrucciones, autocontrol y solución de problemas. El objetivo de estas técnicas es enseñar al niño o adolescentes con TDAH estrategias para mejorar el control de las emociones mediante la concienciación de los procesos de pensamiento, la disminución de las respuestas impulsivas inmediatas, y la aplicación de estrategias de resolución de problemas (Control interno de la conducta).

Esta teoría del aprendizaje utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los, modelos del condicionamiento clásico y operante la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. Se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una

persona se determinan mutuamente y de la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución (Friedberg & Mc Clure, 2005) Es decir, el niño aprende los comportamientos sociales por observación e imitación generalmente de los padres

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo es que aprendemos, es decir los principios del aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como no deseables.

El qué aprendemos depende de la constitución genética y de las experiencias de vida particulares e intransferibles de cada individuo

Algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales. A ellos estará dirigida la terapia.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

1. Es de corta duración en comparación con otras modalidades de Psicoterapia
2. Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
3. Es activo directiva. Esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: completa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
4. Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
5. Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover

6. Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
7. Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

## **ESTRATEGIAS BASICAS IMPORTANTES PARA CUALQUIER TIPO DE TERAPIA**

Existen varias estrategias que se han utilizado en la terapia como las siguientes:

- Establecer Límites

Que los padres establezcan reglas claras y apropiadas para el Buen comportamiento del niño.

- Observar la ocurrencia de conductas deseables

Que la atención de los padres no se centre exclusivamente en Conductas problema, sino que detecten también el buen comportamiento.

- Enseñar a los padres a atender y aprobar

(Descriptivamente) el comportamiento del niño. Que los padres aprendan técnicas positivas para incrementar Conductas adecuadas.

Centrar la atención en conductas adecuadas.

- Programas de reforzamiento tangible

Utilizar consecuencias a las que los niños sean sensibles desde el principio de la intervención

- Uso de consecuencias naturales y lógicas

Conseguir que el niño sea más responsable e independiente poniéndolo en contacto con las consecuencias naturales de su conducta inadecuada.

- Enseñar a los padres a ignorar la conducta inadecuada

Que los padres no refuercen de forma inadvertida la conducta perturbadora de sus hijos

- Uso efectivo del time-out

Que los padres aprendan técnicas efectivas de castigo (no punitivas) para utilizar con conductas muy perturbadoras

- Trabajo en la escuela
- Enseñar a los profesores principios de evaluación y modificación de conducta.
- Aplicar esos principios y técnicas de forma cotidiana en clase junto con las Intervenciones educativas habituales.
- Disponer del asesoramiento y consulta con un psicólogo escolar especialista en modificación de conducta. Ayudar a que el niño desarrolle conductas adecuadas.
- Ayudar a mantener las conductas adecuadas que presenta el niño para
- Mejorar el rendimiento académico.

## Resultados

Los efectos se consiguen con lentitud: es un proceso de aprendizaje.

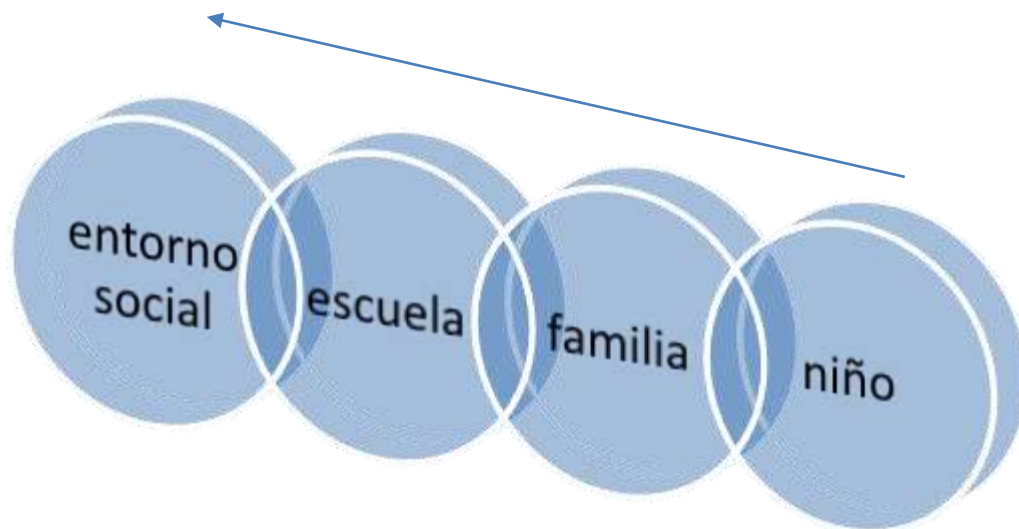
Exige un esfuerzo sostenido por parte de los profesores que aplican las técnicas.

La intervención es beneficiosa no sólo para los niños con TDAH sino también para el resto de los compañeros.

### **4.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.**

Según la dirección de educación inicial de la SEP. El niño se desenvuelve en áreas de desarrollo, mismas según la TGS empieza por un microsistema para llegar a un macrosistema que se alimenta del exterior para mantenerse.





Si uno de estos sistemas es alterado repercute en todos, esto es precisamente lo que le sucede al niño con TDAH .la terapia cognitivo conductual lo explica de esta forma:

Esta terapia basada en la teoría del aprendizaje utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los, modelos del condicionamiento clásico y operante la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. Se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución (Friedberg & Mc Clure, 2005). Es decir, el niño aprende los comportamientos sociales por observación e imitación generalmente de los padres.

Varias asociaciones civiles hacen una serie de recomendaciones para trabajo psicopedagógico. Por ejemplo, la fundación faros de Brasil enuncia 14 pasos.

La **reeducación psicopedagógica** es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo intervenir sobre los efectos negativos del TDAH en relación con su aprendizaje y competencia académica. Concretamente se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar.

La reeducación psicopedagógica debe incluir acciones encaminadas a:

1. Mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas.
2. Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, subrayado, resúmenes y esquemas). Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes.
3. Mejorar la autoestima en cuanto a la competencia académica, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.
4. Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas.
5. Reducir o eliminar comportamientos inadecuados como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.
6. Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño/adolescente y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.
7. Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

## **4.2 TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A AMBIENTES ESCOLARES.**

### **1. Técnicas para incrementar las conductas:**

**Reforzamiento positivo:** consiste en presentar inmediatamente después de la Conducta adecuada un estímulo (alabanza, premio) que hace que aumente la probabilidad que se repita dicha conducta. El estímulo que se presenta después de la conducta es el refuerzo positivo.

**Reforzamiento negativo:** una conducta ha sido reforzada negativamente si se incrementa o mantiene porque elimina un estímulo aversivo. Ejemplo, “Mientras no acabes la tarea (conducta deseada) no saldremos al parque (Estímulo aversivo)”.

### **2. Técnicas para reducir/eliminar las conductas:**

**Extinción** consiste en ignorar (no mirar, no escuchar, no hablar) el comportamiento inadecuado para evitar que este incremente por la atención (negativa, pero atención) que le ofrecemos al niño. Se han de explicitas las condiciones de la extinción al niño antes de aplicarla y mantener el procedimiento el tiempo suficiente (al inicio suele aumentar el comportamiento inadecuado). La extinción no puede utilizarse si la conducta perturbadora es peligrosa.

**Tiempo fuera:** consiste en aislar al niño inmediatamente después de realizar La conducta perturbadora a un lugar aburrido (no lúdico) durante un periodo Preestablecido de tiempo (aproximadamente un minuto por año del niño). La técnica puede aplicarse hasta los 6-8 años del niño.

**Coste de respuesta:** consiste en retirar una cantidad específica de reforzadores (privilegios, premios) obtenidos previamente. Ejemplo: reducir tiempo de actividades lúdicas (televisión, actividad o juegos, ordenador) por el comportamiento inadecuado.

**Castigo:** técnicamente consiste en proporcionar un estímulo aversivo (Realizar trabajos molestos o monótonos) después de la conducta Inadecuada con el objetivo de eliminarla.

El castigo físico no debe utilizarse Ya que no enseña la conducta adecuada, crea tolerancia (mayor castigo para Obtener el mismo resultado), pérdida de la autoestima del niño y agresividad contra la persona que lo aplica. La recompensa es mucho más eficaz que el Castigo.

**Economía de Fichas** es una técnica muy eficaz que combina el reforzamiento Positivo y el coste de respuesta. La economía de fichas consiste en entregar un Estímulo (fichas, vales, puntos) inmediatamente después de la conducta deseada. El estímulo se cambia más tarde por un refuerzo (premio previamente pactado). La Técnica permite trabajar diferentes conductas a la vez, pero necesita de elevada Programación por parte de los padres.

### **Entrenamiento para padres:**

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar Información sobre el trastorno, enseñar a los padres la aplicación efectiva de las Técnicas de modificación de conducta mencionadas anteriormente, incrementar la Competencia de los padres, mejorar la relación paternofilial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño.

### **Terapia cognitiva:**

Entrenamiento en técnicas de auto instrucciones, autocontrol y solución de problemas. El objetivo de estas técnicas es enseñar al niño o adolescentes con TDAH estrategias para mejorar el control de las emociones mediante la concientización de los procesos de pensamiento, la disminución de las respuestas.

## CAPÍTULO 5. TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA PROFESORES Y DOCENTES QUE TRABAJAN CON NIÑOS CON TDAH

---

Taller: es una situación natural de aprendizaje del cual, las operaciones mentales y la afectividad forman una parte constitutiva. Es un lugar de co-aprendizaje, donde todos los participantes construyen socialmente conocimientos y valores desarrollan habilidades y actitudes a partir de sus propias experiencias.

Presentación del taller:

Se realizará un taller de sensibilización a los profesores y padres de familia dicho taller estará dividido en 5 sesiones de 4 horas cada una

Objetivo general:

Al término del taller los participantes podrán:

Reconocer, las características de un niño con trastorno con déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H).

Describir, las diferencias entre los mitos y realidades del TDAH, e identificar emociones y sensaciones de estos.

Aplicar, técnicas para incrementar conductas deseables y reducir las conductas no deseables en los niños con TDAH.

Establezca criterios para la organización y adecuaciones de los planes y programas de los niños de preescolar con TDAH.

Objetivos específicos:

Reconocer, las dificultades para la expresión de las emociones, producto de la socialización genérica, analizando los costos para la salud mental.

Dar elementos para la reflexión personal, analizando la expresión de emociones e identificando las básicas e innatas.

Reflexionar de qué manera se aprende a inhibir o a exagerar emociones.

TEMA

Que es el TDAH y sus efectos en las conductas de los niños.

Objetivo: conocer las bases teóricas de los conceptos de TDAH

SESIÓN 1

Encuadre del taller.

- Quienes somos y para que estamos aquí.
- Presentación del grupo

Tiempo 20. min.

Estructura del taller

En cada sesión se hará:

- registro de asistencia
- reunión comunitaria,
- información
- Descanso.
- Información.
- Reunion comunitaria.

5 sesiones de 4 horas en un día

20 min.

Actividad.

- Dime tu nombre,
- Interés especial del taller.
- Algo sobre tu persona.

30 min.

Sesión 1

Registro	Registro de asistencia y encuadre del taller. Reglas para la participación positiva
REUNION COMUNITARIA	Me llamo... Me siento.... Mis expectativas del taller son.....
Actividad	Se les proporcionara unas hojas blancas y se les pedirá que escriba que saben del TDAH. Se discutirá en plenaria.
Información	Se proporcionará información acerca de lo que es El TDAH y sus bases biológicas.
Descanso	
Experiencias personales	De acuerdo con la información dada se pedirá manifiesten sus experiencias con el trastorno en el aula.

Información	Conductas comunes de los niños con TDAH
Actividad	Hacer un listado a manera personal de las actitudes que se presentan comúnmente.
Reunion comunitaria.	Me llamo.... Me siento..... Lo que me llevo de este taller es.....
Materiales:	
Hojas blancas. Lap top. Cañón. Bolígrafos, lápices de colores.	

## Sesión 2

Objetivo. Manejo de los niños con TDAH y sus emociones.	
Registro	REGISTRO DE ASISTENCIA.
Reunion comunitaria	Me llamo.... Me siento.... Mi meta para hoy es.... Y para lograrla necesito.....
información	Revisión del tema anterior lectura de cuento mi otro yo de Mario Benedetti
Actividad	Elaborar un dibujo de la figura humana y señalar donde sintieron las emociones



Descanso	
Experiencias personales	Revisión del dibujo y expresión de emociones. de cada miembro del grupo
Información	Información acerca de las emociones. Sirven para algo, de donde salen. 5 emociones básicas MATEA
Actividad	Actividad de las emociones escribir en una hoja cuál de las emociones les cuesta más trabajo identificar y cual menos.
Reunión comunitaria	Me llamo... Me siento.... Que descubrí en mí ... Con lo que me voy.....
Material	Cuento mi otro yo Laptop, cañón, hojas blancas, lápices de colores, bolígrafos.

### SESION 3

Objetivo: que los participantes conozcan los mitos y fantasías acerca del TDAH.	
Registro	
Reunión comunitaria	Me llamo ... Me siento... Mo objetivo para hoy... Para lograrlo necesito....
Información	Conocer todos los mitos y fantasías que existen acerca de TDAH y su tratamiento médico.

Actividad	(PSICO DRAMA) el juicio se expondrá un caso y se harán 3 equipos y se pedirá que cada equipo escriba lo que conoce acerca del tratamiento en el ámbito médico, religioso, psicológico, y que defiendan su postura
Descanso	
Experiencias personales	Cada equipo externara lo que paso al estar defendiendo su postura.
Información	Tipos de TDAH y tratamiento médico psicológico
Actividad	Miedo a la medicación. Preguntas anónimas.
Reunión comunitaria	Me llamo... Me siento.... Que me llevo del taller....
Material	Hojas blancas. Marcadores. Bolígrafos, lápices de colores

## Sesión 4

Objetivo: problemas de aprendizaje más comunes en el aula	
Registro	
Reunión comunitaria	Me llamo.... Me siento.... Lo que recuerdo de la sesión pasada....
Información	Comorbilidad Consecuencias del trastorno

	Problemas de aprendizajes más comunes en el aula.
Actividad	Lectura del texto “hiperactividad” de Ignacio Pascual Díaz pp19-32
Descanso	
Experiencias personales	Cada participante explicara cuales manifestaciones ha observado más y que hace cuando se presentan.
Información	Se explicará a detalle cada uno de las manifestaciones y problema contrae.
Actividad	Se expondrá en plenaria las soluciones que dan a las distintas manifestaciones.
Reunión comunitaria	Me llamo... Me siento... Lo que me llevo...
Material	Copias de la lectura hojas blancas, bolígrafos.

Sesión 5:

Objetivo. Elaboración de un pan de acción.	
Registro	
Reunión comunitaria	Me llamo... Que expectativas tengo... Mi deseo hoy es....
Información	Revisión de la información de todas las sesiones para la elaboración de un manual
Actividad	En papel bond se pedirá que escriban lo que recuerdan de las sesiones anteriores, y que lo expliquen en plenaria.
Descanso	
Experiencias personales	Cada participante describirá cual información le fue más fácil recordar y ¿por qué?
Información	Se revisará la información que es relevante para detectar el trastorno recordando sus bases biológicas, y diferenciando de las formas de crianza.
Actividad	Se pedirá elaboren un cuestionario para poder detectar el trastorno y canalizarlo.
Reunión comunitaria	Me llamo.... Que puedo decir acerca del trastorno...
Cierre.	Me llevo.....

Material	Hojas, bolígrafos, lápices de colores, marcadores. Papel bond. Cinta adhesiva.
----------	--

Tiempos Estimados			
Registro	Reunión comunitaria	Curso/información	Actividad
15 min	30 min	30.min	30.min

Descanso 20 min.

Experiencias personales	información	actividad	Reunión comunitaria
30 min.	25 min	30 min.	30 min

Total 240 min.

Total de participantes	Hombres (5)	Mujeres (5)
10		

**RESULTADOS ESPERADOS:**

Se espera que al término del taller los participantes hayan adquirido elementos informativos acerca de lo que es el Trastorno por déficit de atención con o sin Hiperactividad, para diferenciarlo con formas de crianza y puedan elaborar situaciones de aprendizaje en beneficio de los niños.

## **MATERIALES NECESARIOS:**

- Pliegos grandes de papel
- Tarjetas
- Cinta adhesiva
- Colores de madera/pinturas

## **TIEMPO RECOMENDADO:**

- Dos horas y media

## **NOTAS PARA LA PLANEACIÓN:**

- Es importante que el facilitador, tenga un manejo básico de sus propias emociones, para poder ayudar al grupo a reflexionarlas.
- Se sugiere que, si no se conoce este ejercicio, el facilitador lo realice antes de llevarlo al grupo, siguiendo el principio de "no llevar al grupo más allá de lo que el mismo facilitador ha caminado".
- La manera en que cada persona expresa sus emociones varía, sin embargo, es importante observar algunas tendencias que se presentan, dada la socialización masculina. Es frecuente que los hombres jóvenes escondan su miedo, su tristeza y hasta su ternura. No es raro que su enojo lo expresen en forma violenta.
- Una persona que no reconoce sus emociones no sólo no puede expresarlas, sino que corre el riesgo de que éstas lo conduzcan. Es central distinguir entre el "sentir" y el "actuar", para buscar formas de expresión que no dañen a otros, por tal razón esta técnica es muy útil en el trabajo de prevención de la violencia.
- Es importante considerar y resaltar que el trabajo con las emociones se inicia reconociéndolas, valorándolas y reapropiándonos de ese recurso humano que tenemos y que podemos aprovechar para enfrentar diversas situaciones

de la vida cotidiana (por ejemplo: para tomar decisiones acerca de la sexualidad, la paternidad y prevenir la violencia, las adicciones y el suicidio).

- Es importante considerar que, dada la socialización masculina, existe la tendencia a no mirar a los ojos ya que puede existir el fantasma de caer en actitudes de reto, o que se crea que hay atracción hacia alguien de su propio sexo; es un momento propicio para aclarar que el mirar a los ojos es una manera más de expresar y comunicar, y que es un recurso de todos los seres humanos.

### **PROCEDIMIENTO:**

1. Pedimos al grupo que se sienta en círculo y dé lectura al cuento: "EL OTRO YO".
2. Preguntar: a) ¿Qué fue lo que más les llamó la atención del cuento? b) ¿En qué se parece a la vida? c) Durante un minuto recuerden los aspectos, actitudes, emociones que han dejado de lado, y ¿por qué? d) ¿Para qué les sirvió dejarlo a un lado y cuáles son las áreas, actitudes y emociones que tuvieron que desarrollar más? e) ¿Cuál ha sido el costo de esta pérdida?
3. Se pregunta al grupo ¿cuál es la comida favorita de cada quién? Se deja que varios respondan. ¿Y cuál es la comida que menos les gusta? Se reflexiona que, así como con la comida, hay gustos y preferencias en el manejo de emociones; también hay algunas que tenemos más presentes y manifestamos con mayor facilidad, mientras que otras emociones nos cuesta trabajo manejarlas y hasta las evitamos.
4. Se les indica que se van a trabajar 5 emociones básicas: **Miedo Afecto Tristeza Enojo Alegría** Juntos, llamamos estas cinco emociones "**MATEA**".
5. Se toma un tiempo para identificar en qué parte de su cuerpo sienten cada emoción, y cómo podemos diferenciar una emoción de otra.
6. Se realiza el ejercicio en forma individual:
  - Se asigna el número 1 a la emoción que expresan más fácilmente
  - El número 2 a la que le sigue

- El número 3 a la que les es indiferente (ni se dificulta ni se facilita su expresión)
- El número 4 a la que se dificulta un poco
- El número 5 a la que se dificulta más y muchas veces se niega

7. Una vez que terminaron su ejercicio individual, se comparte con el resto del grupo. Es muy importante que todos participen. Si el grupo es muy grande se forman subgrupos.

8. En plenaria, se reflexionan las similitudes y las diferencias dentro del grupo.

### **PUNTOS PARA REFORZAR:**

- Las emociones que numeramos como 1 y 2, son las que hemos aprendido a exagerar.
- A las que les pusimos el 4 y 5, son aquellos que aprendimos a disminuir.
- A la que pusimos el 3, es la que no necesitamos ni disminuir ni exagerar, pues la manejamos de manera más natural.

### **PREGUNTAS PARA LA DISCUSIÓN:**

- ¿De qué les ha servido disminuir y exagerar ciertas emociones? ¿cómo aprendieron a hacerlo? ¿qué costos ha tenido para ellos mismos?
- ¿Cómo influye MATEA en las relaciones que establezco con las demás personas (pareja, familia, amigos, etc.)?
- ¿Cuál es la función de las emociones? Se dan ejemplos (el miedo nos ayuda ante situaciones de peligro, el enojo para defendernos) y se pide ejemplos al grupo.
- Podemos cerrar la sesión con la pregunta: ¿Descubriste algo nuevo en ti?



**NOTA:** Se comenta que las emociones no son ni buenas ni malas, ni femeninas ni masculinas, sino que son recuerdos humanos. Y que no somos responsables de cómo las sentimos, pero sí de lo que hacemos por lo que sentimos. En relación con el enojo, es importante que el grupo pueda reconocer la diferencia entre la violencia y la expresión directa y verbal de un enojo.

¿Qué podemos hacer para expresar libremente nuestras emociones? ¿Cómo puedo flexibilizar la expresión de lo que siento? Que cada uno anote sus reflexiones personalmente y, si lo desean, pueden compartir en pequeños grupos.

**CIERRE:** Al final debe enfatizarse que las emociones pueden ser vistas como una forma de energía que nos permite sacar aquello que nos oprime y daña internamente. Lograr su expresión sin dañar a otros nos ayuda a fortalecernos más y a relacionarnos mejor con el mundo que nos rodea. Las diferentes emociones son sencillamente el reflejo de necesidades afectivas, lo mejor es no instalarse en una o dos emociones, sino moverse en todas ellas según vayan apareciendo sucesos en nuestras vidas. Generalmente, desde una edad muy temprana se le suele proponer/imponer a los niños que no se deben enojar o ser miedosos y que las niñas se ven feas cuando muestran su enojo. La salud emocional tiene que ver con la flexibilización en el manejo de las emociones, pues éstas son recursos para identificar y expresar nuestras necesidades.

## CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN

---

El trastorno por déficit de atención es un padecimiento muy común en la población infantil de México y el mundo si embargo muy pocas familias se ocupan de él ya que los protocolos de los centros de salud públicos no permiten llegar al tratamiento de una forma pronta y eficaz, la Secretaría de Educación Pública por medio de instancias como el USAER intentó atender a los niños en edad escolar pero la falta de “recursos” impide que el tratamiento sea constante ya que la demanda es muy grande y las citas para las consultas tardan hasta tres meses en realizarse.

Es muy importante el papel que juega la escuela en el trabajo con estos niños pues en la actualidad pasan más tiempo en ella que en su propia casa, el desconocimiento de las afectaciones o de los padecimientos propios de la infancia no exentan al profesor de la responsabilidad de tratar de enseñar y educar a ese niño que no puede quedarse sentado y que no le pone atención.

Por tal motivo es muy importante la impartición del taller ya que al profesor se le dará información, y técnicas que podrá utilizar en el aula, con los padres de familia, y con la comunidad escolar pues conociendo la temática, podrá:

Empatizar con todas aquellas personas (niños y padres de familia) que viven con este trastorno,

Transmitir información verídica y sustentada por especialistas en el tema.

Se dará cuenta que el TDAH no es una enfermedad de moda y como todos los padecimientos requiere de una atención especializada, y probablemente medicación.

Y nada tiene que ver con la educación que dan los padres (formas de crianza).

## REFERENCIAS

---

(s.f.).

CIE 10. (1992). Madrid: Meditor. Obtenido de <http://cie10.org/index.html>

Artigas.J-Pallares. (2003). comorbilidad del TDAH. *revista de neurologia*, 568-578.

Asociacion Psiquiatrica Americana. (1994). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales 4° edicion*. Washington,Dc, EE.UU.

Avila, C., & Polaino-Lorente, A. (2002). *Niños Hiperactivos*. Madrid. España: Narcea.

Barragan Perez, E., De la Peña Olvera , F., & Ortiz Leon , S. (2007). *Consenso Latinoamericano De Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad*. Recuperado el 21 de 10 de 2011, de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13657>

Benedetti, M. (s.f.). *Cuentos de Mario Benedetti*. Recuperado el 21 de mayo de 2014, de [http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/esp/benedett/el\\_otro\\_yo.htm](http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/esp/benedett/el_otro_yo.htm)

Berk, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Pretice Hall.

Bodrova Elena, L. D. (2004). *Herramientas de la mente*. Mexico: Pearson Prentice Hall (SEP).

Castro Viejo, I. P. (2008). *Hiperactividad*. Madrid: Diaz de Santos.

De la Peña, F. ( sep-oct de 2009). *Trastorno Por Deficit de atencion e Hiperactividad en Mexico y Latinoamerica. Avances y Retos para el Diagnostico Tratamiento e Investigacion*. Recuperado el 11 de 09 de 2011, de Revista Mexicana de Salud Mental vol. 32: <http://www.inprf-cd.org.mx/pd>

*educacion inicial*. (s.f.). Recuperado el 11 de 08 de 2011, de <http://educacioninicial.com/contenidos/00/4250/4254.asp>

Elias, C. Y. (2009). *Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad*. México DF: Trillas.

Frade, R. L. (2010). *Deficit de Atencion e Hiperactividad*. Mexico. DF: Proyectodah.

Friedberg, R. D., & Mc Clure, J. M. (2005). *Practica Clinica de Psicoterapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. España: Paidos.

Fundacion Cantabria. (2010). *Ayuda al Deficit de Atencion e Hiperactividad*. Obtenido de <http://wwwfundacion cadah.org>

*fundacion cantabria*. (2011). Recuperado el 07 de 07 de 2011, de <http://www.fundacioncadah.org>

- Hoth, L. F. (2 de marzo de 2005). *Programa Dah (Déficit de Atención y la Hiperactividad)*. Obtenido de <http://noticias.universia.net.mx/tiempo-libre/noticia/2005/03/02/108601/fundacion-federico-hoth.html>
- Huesca, P. (24 de 08 de 2006). En México hay un mal diagnóstico del trastorno por déficit de atención. *La Cronica .com.mx*, págs. 1-2.
- Huesca, P. (11 de febrero de 2013). En Mexico hay un mal dignostico para el TDAH. *la cronica.com.mx*, pág. 1.
- Instituto de investigacion Social. Universidad de Michigan. (2012). Obtenido de <http://www.drugabuse.gov>
- Martinez Segura, M. J. (2011). *Características del trastorno por Deficit de Atencion con Hiperactividad (TDAH)*. Recuperado el 14 de 10 de 2011, de <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream>
- Mena Pujol, B., Nicolau Palou, R., & Salat Foix, L. (2006). *El Alumno con TDAH*. Madrid: Mayo.
- Palacio, J. D., & Ruiz Garcia, M. (2009). Algoritmo de tratamiento Multimodal para preescolares latinoamericanos con Trastorno por deficit de atencion con Hiperactividad(TDAH). *Salud mental vol.32 sup.1*, 3-16.
- Palacios Cruz, L., De la Peña , F., Valderrama, A., & Patiño, R. (2011). Conocimientos creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por deficit de atencion e hiperactividad. *Revista mexicana de salud mental Vol.34 (2)*, 149-155.
- Papalia, D. (2009). *psicologia del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. mexico: mc Graw-Hill.
- Peña, F. D. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodalpara preescolares, latinoamericanoscon TDAH. *R.M.salud menral*.
- Piaget, J. (1973). *Piaget, Jean. . PSICOLOGÍA Y PEDAGOGÍA. .* Barcelona: Ariel.
- Piaget, J. (2007). *Psicología del Niño*. Madrid: Morata.
- Rickel, A. U., & Brown, R. T. (2008). *Trastornos por Deficit de Atencion e Hiperactividad en Niños y Adultos*. Mexico: Manual Moderno.
- Risueño, A. E. (2006). *Mitos y Realidades del Síndrome Atencional con Hiperactividad*. Buenos Aires: Bonum.
- Ruiz Garcia, M. (2004). boletin medico del hospital infantil de mexico. *baletin medico del Hospital Infantil de Mexico*, Vol.62 n2.
- salud, s. d. (2010). *catalogo universal de servicios de salud ( Causes)*. Recuperado el 14 de mayo de 2014, de [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro\\_popular/index/pdf/causes.pdf](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes.pdf)

Secretaria de Educacion Publica. (2005). *Curso de Formacion y Actualizacion Profesional para el Personal Docente de Educacion Preescolar vol.II*. Mexico. DF: SEP.

secretaria de salud. (2010). *Guia clinica Trastorno por deficit de Atencion*. Mexico: Secretaria de Salud, Mexico.

SERSAME. (2006). *SERVICIOS DE SALUD MENTAL*. Obtenido de [http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/tda.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/tda.pdf)

Soutullo Esperon, C. (2005). *Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad*. España: Panamericana.

Vargas Mendoza, J. E. (2006). Desarrollo Cognitivo de Jean Piaget. *Asociación Oaxacaña de Psicologas A.C.*

Vigotsky, L. (1979). *Interaccion entre el Aprendizaje y el Desarrollo*. España: Grijalbo.

## ANEXOS

---

### CUESTIONARIO PARA MAESTROS

Nombre Del Alumno \_\_\_\_\_

Nombre De La Escuela \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Número De Alumnos Del Grupo \_\_\_\_\_

**Marque Con Una Cruz La Respuesta Que Usted Considere Más Adecuada Para Cada Pregunta.**

<b>CONDUCTA</b>	<b>Nunca</b>	<b>Ocasional</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Muy frecuente</b>
<b>DISTRAIDO</b> dificultad para concentrarse Se distrae con cualquier cosa.				
<b>DESIDIOSO:</b> no termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, etc.				
<b>DESCUIDADO:</b> mal arreglo personal, no cuida su ropa, sus juguetes, sus útiles, etc.				
<b>DESMEMORIADO:</b> olvida fácilmente lo aprendido.				
<b>Impulsivo:</b> no mide las consecuencias de sus actos.				
<b>Desafiante:</b> no obedece las instrucciones del maestro o las autoridades escolares y los reta.				

<b>Mentiroso.</b>				
<b>Gritón</b>				
<b>Desorganiza el grupo</b>				
<b>Intranquilo:</b> constantemente se levanta de su asiento				
<b>Egocéntrico:</b> busca llamar la atención de los demás niños y maestros.				
<b>Toma objetos que no le pertenecen de sus maestros o compañeros.</b>				
<b>Baja autoestima:</b> se expresa mal de sí mismo.				
<b>Es necesario sacarlo del salón de clases.</b>				
<b>Ha sido necesario suspenderlo temporalmente.</b>				
<b>Tendencia a la fantasía:</b> inventa historias.				
<b>Somnoliento:</b> se duerme en clases o bosteza.				
<b>Agresivo:</b> molesta a los niños y busca pleitos.				
<b>Destructivo:</b> rompe los útiles y materiales escolares.				
<b>Cruel.</b> Con sus compañeros o con los animales.				

<b>Impúdico:</b> hace señas obscenas, vocabulario soez, practica conductas de desinhibición sexual.				
<b>Rebelde:</b> No obedece las normas escolares, es terco, testarudo, etc.				
<b>Torpe:</b> para los trabajos manuales, los ensucia, rompe los materiales.				
<b>Dificultades:</b> para desarrollar algún tipo de ejercicio o juego				
<b>Se cae con frecuencia.</b>				
<b>Tropieza con muebles o con sus compañeros.</b>				
<b>No espera su turno en los juegos.</b>				
<b>Es tramposo.</b>				
<b>No sabe perder en los juegos.</b>				
<b>Infantil se comporta como un niño más pequeño.</b>				
<b>Antipático:</b> es rechazado por los demás niños.				
<b>Nada lo satisface.</b>				
<b>Egoísta.</b>				

ESTADO DE ANIMO	Nunca	Ocasional	frecuente	Muy frecuente
Tristeza				
Alegría				
Enojo				
Otros				
Tiene dificultades para expresar lo que piensa o siente				



APRENDIZAJE	MAL	REGULAR	BIEN
Dictado			
Copia			
Lectura			
Pronunciación			
Matemáticas			
Español			
Ciencias naturales			
Idioma (especifique)			
EDUCACION FISICA.			
Educación artística			
Otras materias			
Como ve el niño			
Como escucha.			
Ciencias sociales			

Usted considera que el niño tiene una inteligencia

( ) Por debajo del promedio

( ) Promedio

( ) Arriba del promedio.

**COOPERACIÓN DE LA FAMILIA:**

¿Los padres se comunican con usted? \_\_\_\_\_

¿Hace mal las tareas por falta de supervisión? \_\_\_\_\_

¿Falta clases? \_\_\_\_\_

¿Llega con retardos? \_\_\_\_\_

¿Los padres acuden a las citas que la escuela determina? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Los padres solicitan Juntas extraordinarias con usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTRAS OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR(A)

El Otro Yo  
[Cuento. Texto completo]

Mario Benedetti

Se trataba de un muchacho corriente: en los pantalones se le formaban rodilleras, leía historietas, hacía ruido cuando comía, se metía los dedos a la nariz, roncaba en la siesta, se llamaba Armando Corriente en todo menos en una cosa: tenía Otro Yo.

El Otro Yo usaba cierta poesía en la mirada, se enamoraba de las actrices, mentía cautelosamente, se emocionaba en los atardeceres. Al muchacho le preocupaba mucho su Otro Yo y le hacía sentirse incómodo frente a sus amigos. Por otra parte, el Otro Yo era melancólico, y debido a ello, Armando no podía ser tan vulgar como era su deseo.

Una tarde Armando llegó cansado del trabajo, se quitó los zapatos, movió lentamente los dedos de los pies y encendió la radio. En la radio estaba Mozart, pero el muchacho se durmió. Cuando despertó el Otro Yo lloraba con desconsuelo. En el primer momento, el muchacho no supo qué hacer, pero después se rehízo e insultó concienzudamente al Otro Yo. Este no dijo nada, pero a la mañana siguiente se había suicidado.

Al principio la muerte del Otro Yo fue un rudo golpe para el pobre Armando, pero enseguida pensó que ahora sí podría ser enteramente vulgar. Ese pensamiento lo reconfortó.

Sólo llevaba cinco días de luto, cuando salió a la calle con el propósito de lucir su nueva y completa vulgaridad. Desde lejos vio que se acercaban sus amigos. Eso le llenó de felicidad e inmediatamente estalló en risotadas.

Sin embargo, cuando pasaron junto a él, ellos no notaron su presencia. Para peor de males, el muchacho alcanzó a escuchar que comentaban: «Pobre Armando. Y pensar que parecía tan fuerte y saludable».

El muchacho no tuvo más remedio que dejar de reír y, al mismo tiempo, sintió a la altura del esternón un ahogo que se parecía bastante a la nostalgia. Pero no pudo sentir auténtica melancolía, porque toda la melancolía se la había llevado el Otro Yo.

FIN

(Benedetti)