

15



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

## "DEFICIT DE ATENCION POR TRASTORNOS DE HIPERACTIVIDAD".

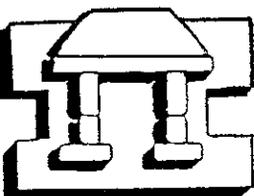
(Déficit de Regulación Voluntaria del Comportamiento)

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

E L I A   A N G E L E S   P I N I



DIRECTOR DE TESIS: LIC. JOSE ANTONIO HERNANDEZ SILVERIO  
SINODALES: DRA. OFELIA CONTRERAS GUTIERREZ  
LIC. IRMA ROSA ALVARADO GUERRERO

IZTACALA

TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. DE MEXICO 2001

297905



## **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 está 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.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme lograr este  
sueño.

A mi esposo Jorge Garza:

Por compartirme su  
existencia y creer en mí.

A mis hijos Jorge Christian,  
Alan y Frida Yanela:

Porque son mi fuerza e  
inspiración.

A mi madre Gina Piní:

Porque siempre estará  
presente en mis ilusiones.

Y a tí principalmente J.C.

Por ser la luz que me guió.

Un agradecimiento muy especial para mi asesor:  
Lic. José Antonio Hernández Silverio.

Que en todo momento me apoyó y motivó hacia la  
culminación de este trabajo.

Muchas gracias a:  
Dra. Ofelia Contreras Gutiérrez.  
Lic. Irma Rosa Alvarado Guerrero.

Por su tiempo y valiosa asesoría.

## INDICE

	Pág.
Resumen.	1
Introducción.	3
Capítulo 1 Definición del Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad	7
1.1 ¿Cómo se ha definido el Déficit de Atención por Hiperactividad.	7
1.2 Hiperactividad.	10
1.3 Déficit de Atención.	14
1.4 Impulsividad.	18
1.5 Síntomas Secundarios del DATH.	22
Capítulo 2 Causas y Efectos del DATH.	30
2.1 ¿Qué causa el DATH?.	30
2.2 Efectos: La Vida Familiar con un Niño con DATH.	39
2.3 Ayuda a Padres. ¿Cómo Ayudarse y Cuidarse?.	47
2.4 La Escuela y el Niño con DATH.	50
2.5 Entorno Social del Niño con DATH.	58
Capítulo 3 Evaluación del Niño con DATH.	64
3.1 ¿Cómo se Evalúa al Niño con DATH.	64
3.2 Procedimiento de Evaluación.	76

Capítulo 4	Tratamiento del Niño con DATH	81
4.1	Tipos de Tratamientos Implementados.	81
4.2	Tratamiento Psicológico.	82
4.3	Tratamiento Pedagógico.	84
4.4	Tratamiento Farmacológico	91
4.5	Tratamiento sin Estimulantes	100
Capítulo 5	Casos de Niños con DATH.	114
5.1	Casos Generales.	114
5.2	Análisis de un Caso.	117
Capítulo 6	Guías y Estrategias.	135
6.1	Estrategias en la Casa y en la Escuela.	135
6.2	Guía para Padres.	137
6.3	Guía para Profesores.	139
6.4	Modelo de Habilidades Sociales.	142
6.5	Guía para Padres con Hijos Adolescentes con DATH.	152
6.6	Estrategias Conductuales.	154
6.7	Recomendaciones de Rutinas o Programas Diarias.	157
Capítulo 7	Déficit de Regulación Voluntaria.	161
7.1	El DATH como Déficit de Regulación Voluntaria.	161
7.2	Psicofisiología del Lóbulo Frontal.	163
7.3	El Lenguaje como Medio de Regulación de la Conducta Humana.	165
7.4	Modelo Psicológico de DATH.	168
7.5	La Resolución de Problemas.	169

Capítulo 8	Propuesta: Ejercicios para el Desarrollo de los Procesos Cognoscitivos. Técnicas Educativas para Dificultades Visomotoras.	174
8.1	Ejercicios para el Desarrollo de los Procesos Cognoscitivos.	174
8.2	Actividades de Coordinación Visomotriz.	185
8.3	Imagen Corporal.	186
	Análisis y Conclusiones	
	Análisis y Conclusiones.	191
	Referencias.	198
	Anexos.	204

## RESUMEN

La característica esencial del Déficit de Atención por Trastornos por Hiperactividad (DATH), es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad; que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en los niños sin este trastorno

*Algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad o Déficit de Atención, generalmente se manifiestan antes de los siete años de edad. Sin embargo, bastantes niños son diagnosticados habiendo estado los síntomas durante varios años.*

Los síntomas del DATH provocan al niño problemas en la escuela, hogar y entorno social. Para diagnosticar adecuadamente al niño como DATH, se debe conocer la sintomatología patológica del problema; y alguno(s) de los síntomas debe producirse por lo menos en dos situaciones (por ejemplo, en casa y en la escuela). Debe haber pruebas objetivas de interferencia en su actividad social, académica (acorde a su nivel de desarrollo) (DSM-IV).

El déficit de atención puede manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales.

Los niños con DATH tienden a no prestar la suficiente atención a los detalles o cometer errores por descuido, en sus tareas escolares o en otros trabajos. El trabajo que presentan suele ser sucio y descuidado, sin reflexión. Presentan dificultad para fijar y mantener la atención en actividades que requieren de análisis y comprensión, resultándoles casi imposible persistir en una tarea o trabajo hasta finalizarlo.

Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente lo que realizan, para atender a ruidos o hechos triviales, ignorados por los demás (por ejemplo el ruido de un automóvil, una conversación lejana). Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas (por ejemplo olvidan útiles escolares). Parecen tener sus pensamientos en otro lugar, como si no escucharan lo que se está diciendo, aunque tienden a desconcertar, ya que pueden responder sobre el tema que se había tratado.

En situaciones sociales, se caracterizan por expresar cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, interrumpir conversaciones, mostrar excesiva energía motora, no seguir instrucciones o normas establecidas.

En el transcurso del tiempo han existido investigadores interesados en el Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad, lo cual ha hecho posible que se cuente con un nombre común para identificarlo. Sin embargo, tenemos que no se hace en muchos casos, un adecuado estudio y diagnóstico de los niños con DATH, por desconocimiento del problema o la confusión de su sintomatología.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer toda la sintomatología del DATH, para ofrecer ayuda a los profesionistas, en su trabajo de detección, diagnóstico y tratamiento. Asimismo se plantea un programa terapéutico integral, que le permitirá al niño una mejor integración a su entorno social.

Además de lo anterior, se sugiere como mejor denominación para el trastorno que presentan estos niños la siguiente: Déficit de Regulación Voluntaria del Comportamiento; ya que toda su sintomatología es reflejo de la incapacidad que tienen los lóbulos frontales para autorregular su comportamiento.

Como aportación esta tesis propone una serie de ejercicios para el desarrollo de los procesos cognoscitivos; así como técnicas educativas dirigidas a dificultades visomotoras.

## INTRODUCCION

El presente estudio citará uno de los problemas de psicopatología infantil que reviste gran importancia para el Psicólogo, el maestro, el pediatra, el neurólogo, el paidopsiquiatra, y principalmente para los padres

A través de los años este trastorno ha sido interpretado con muchos otros nombres. Entre ellos: hiperactividad, síndrome del niño hiperactivo, síndrome de daño cerebral, disfunción cerebral mínima, disfunción menor cerebral, desorden postencefálico, hiperquinesia, dislexia y problemas de aprendizaje, etc. (Barkley, 1995). Esta larga lista aunada al escepticismo e incredulidad que rodea al DATH, enfatiza la necesidad de análisis, estudios e investigaciones válidas para diagnosticar adecuadamente el problema del infante.

El actual trabajo resalta la importancia de dar a conocer toda la sintomatología de este trastorno, ya que siendo las características clásicas la inatención, impulsividad e hiperactividad, también existen otros síntomas importantes de considerar, tales como problemas de aprendizaje, fallas en la interiorización del lenguaje, etc. Debe contemplarse que cada niño afectado puede exhibir diferentes síntomas y en diferentes grados.

Por otra parte, esta tesis sugiere un programa de tratamiento multidisciplinario y propone el análisis de investigaciones recientes (Luria y Yudovich, 1987), que plantean como una de las principales causas neurológicas de la sintomatología del DATH, la deficiencia que presenta el niño en los lóbulos frontales, responsables de la autorregulación del comportamiento.

El presente estudio se ha realizado a través de capítulos que permitirá abordar el problema partiendo de un recorrido histórico hasta llegar a recientes investigaciones que pueden ser un avance significativo en el DATH.

El Capítulo 1 dará a conocer la actual definición del trastorno, basada en estudios e investigaciones serias y profesionales y apoyada por el Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana y el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV). Esto facilitará la detección oportuna del DATH mediante una sintomatología adecuada

En el Capítulo 2 se analizarán las causas y efectos del DATH. Es de vital importancia conocer la posible etiología del problema, a efecto de desterrar creencias erróneas, o bien para poder prevenir oportunamente (aunque no es posible en todos los casos), y básicamente porque esto ayudará al profesional en la detección apropiada del programa conductual, así como del tratamiento psicofarmacéutico (en caso de requerirlo).

Se hablará sobre los efectos del DATH a nivel social. Habrán varios subtítulos. Por un lado, se tratará el tema de la familia, ya que su papel es decisivo para lograr un buen pronóstico en los niños con DATH.

Otro subcapítulo estará dirigido a auxiliar a los padres en su difícil labor junto al niño con DATH, dando recomendaciones y apoyos profesionales que les ayude a canalizar asertivamente el desgaste físico y/o emocional que experimentan.

Las incapacidades que presenta el niño con DATH, repercuten directamente en el nivel académico. Por tal razón, el profesor comparte una significativa intervención para evitarle al niño con DATH las constantes fallas escolares que repercutirán en su autoestima. Esto se abordará en un subcapítulo más.

Por último, habrá un apartado enfocado al problema de sociabilización del niño con este desorden conductual. El fracaso social que experimenta repercute directamente en su baja autoestima e aislamiento social.

En el Capítulo 3 se presentará una Evaluación Diagnóstica para detectar si el niño exhibe la sintomatología del problema en cuestión. Existen casos en que los niños no son evaluados y diagnosticados adecuadamente, sobre todo tratándose de conductas tan inconsistentes que tienden a exhibir este tipo de niños. Como apoyo a los profesionales, se presentarán cuestionarios que señalen los criterios para el diagnóstico del DATH. (DSM-IV, ver anexos).

El Capítulo 4, planteará los tipos de tratamientos implementados. Se revisarán programas conductuales; así como, tratamientos con fármacos, estimulantes, antidepresores, sedantes, tranquilizantes, etc. Siendo de gran controversia el uso farmacológico en niños, se presentará un subcapítulo dirigido al manejo del niño con DATH, sin el empleo de

estimulantes, sugiriendo otra alternativa como tratamiento (investigación realizada por Diana Hunter, 1995)

El Capítulo 5 ilustrará el caso de un niño mexicano con DATH, se hará un análisis de sus antecedentes, desde su nacimiento hasta la edad de 12 años.

El Capítulo 6 apoyará a los profesionales (psicólogos, médicos, profesores, etc.), principalmente y en segunda instancia a los padres de niños con DATH con la presentación de guías. A los profesionales se les apoyará en el trabajo de detección, diagnóstico y tratamiento; a los padres se les brindarán sugerencias para que conozcan como es el desarrollo de sus hijos con DATH en las diferentes etapas.

Estas guías deberán ser trabajadas en forma conjunta; ya que un niño con DATH requiere de un trabajo interdisciplinario y la participación fundamental de los padres para su desarrollo integral.

El Capítulo 7, plantea el problema del DATH como un déficit de regulación voluntaria del comportamiento. Para llegar a esta afirmación, se parte del análisis de la Psicofisiología del lóbulo frontal; así como del lenguaje como medio de la regulación de la conducta humana; dos funciones en las cuales presenta deficiencia el niño que tiene la sintomatología del DATH.

El último capítulo, como una aportación a la presente tesis, propone un programa que abarca una serie de ejercicios para el desarrollo de los procesos cognoscitivos; así como Técnicas Educativas para dificultades visomotoras. Este programa, se complementa, además; con ejercicios que permiten al niño con DATH, la adquisición de una autoimagen positiva

Por último, se realizará el análisis y discusión de todo lo planteado en el presente trabajo, con lo cual se podrá llegar a conclusiones, basadas y apoyadas en datos, observaciones, análisis e investigaciones serias, objetivas y profesionales.

**CAPITULO 1**

**DEFINICIÓN DEL DÉFICIT DE**

**ATENCIÓN POR TRASTORNOS DE**

**HIPERACTIVIDAD**

## CAPITULO 1

### DEFINICION DEL DEFICIT DE ATENCION POR TRASTORNOS DE HIPERACTIVIDAD

#### 1.1. ¿Cómo se ha Definido el Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad?

El Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad, conocido comúnmente como DATH; es uno de los más controvertidos y distorsionados conceptos de nuestro tiempo. Principalmente en México, el DATH ha capturado el interés de psicólogos, médicos e investigadores de la educación. La investigación científica ha contemplado aspectos como: epidemiología, etiología, métodos de diagnóstico y procedimientos para su tratamiento. Una de las razones para tal interés es que el DATH prevalece en forma intensa en nuestra sociedad, afectando entre el 3 y 10 por ciento a la población de niños (Ruíz, 1999)

No obstante el significativo interés mostrado por algunos especialistas al considerar el gran daño emocional que sufre el niño con DATH; existe poca información exacta disponible para el público. Generalmente los padres del niño con DATH tienen que recurrir a libros escritos con problemas con características similares, como por ejemplo; problemas en el aprendizaje o perturbaciones emocionales, buscando ayuda y orientación para sus inquietudes (Goldstein y Goldstein, 1992).

Actualmente se ha incrementado la demanda de cursos o talleres dirigidos a padres de familia; sin embargo, éstos generalmente no contemplan, el tema del DATH, y en caso de solicitarlo, la información es netamente teórica, en ocasiones no actualizada, sin poder auxiliar a los padres hacia apoyos prácticos y terapias asertivas y funcionales. No se les da una información apropiada acerca de la sintomatología del problema.

Algunos años atrás, los problemas característicos del niño con DATH, habían sido categorizados y etiquetados de muchas diferentes maneras. En los años 20s estos niños se visualizaban como niños inquietos, como una deficiencia en el control moral; posteriormente se diagnosticaron con disfunción cerebral mínima, desorden postencefálico; daño cerebral mínimo, hiperquinesis, reacción hiperquinética de la niñez,

Trastornos de Déficit de Atención y Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad. (Goldstein y Goldstein, 1992)

Haciendo un recorrido histórico tenemos que: (Hunter, 1995).

En 1845, German Heinrich Hoffmann escribía historias cómicas infantiles, designadas a enseñar lecciones moralistas. El utilizaba características del niño con DATH en sus personajes. Así pues, se inspiró en los actuales niños para sus caracterizaciones.

En 1902, el pediatra británico George F. Still reportó síntomas propios del actual niño con DATH en su práctica. El doctor Still creía que esos síntomas tenían bases biológicas.

En 1923, el investigador F. G. Ebaugh argumentó que los síntomas propios del actual DATH, requerían además de reconocimiento, de una intervención y tratamiento adecuado, más allá del área netamente médica. Sus recomendaciones se basaron en estudios de niños que presentaban daño cerebral, después de contraer encefalitis (una infección viral del sistema nervioso), lo cual causa una inflamación en el cerebro. Reportes posteriores mostraron una mejoría significativa en un número de niños postencefálicos, después de que se implementaron programas conductuales.

En 1937, la investigación realizada por el doctor Charles Bradley, indicó que el DATH pudiera tener bases neurológicas. Esta conclusión se obtuvo después de que Bradley reportó cambios conductuales en la mitad de los niños con los cuales trabajó mediante un tratamiento farmacológico.

En 1943, estudios practicados a soldados, que presentaban cambios conductuales después de lesiones cerebrales; condujeron a los investigadores a futuros estudios enfocados al daño cerebral, como una posible causa de problemas conductuales.

En 1960, la posibilidad de que el DATH se pudiera considerar biológicamente como un desorden neurológico, fue explorado por Stella Chess y otros investigadores. Chess en particular creía que los síntomas del DATH debían ser psicológicamente tratados, y no sólo visualizados como daño cerebral.

En 1966, muchos niños de edad escolar comenzaron a ser diagnosticados como disfunción cerebral mínima. Esta “inquietante” etiqueta designada por el Departamento de Salud en Estados Unidos, duró solamente dos años.

En 1968, la Asociación Psiquiátrica Americana reconsideró el nombre anterior, incluyendo la nueva etiqueta de Desorden Hiperquinético, en la segunda edición de la Asociación del Diagnóstico y el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales.

En 1972, la investigadora Virginia Douglas entre otros, citó la hiperactividad combinada con inatención e impulsividad como la causa de dificultades cognoscitivas y conductuales en muchos niños.

En 1980, se publicó una nueva versión de la Asociación Psiquiátrica Americana y el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales. Esta vez describió dos formas de centrar el problema: Desorden de Déficit de Atención y Desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad. Muchas personas le dieron el crédito a la investigadora Virginia Douglas quien influyó considerablemente en el cambio de nombre.

En 1987, la Asociación Psiquiátrica Americana modificó el nombre del trastorno, quedando como el que se emplea actualmente: Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad. Otra categoría fue agregada para diferenciar a los niños que no presentan hiperactividad quedando: Trastorno o Desorden de Déficit de Atención.

En 1994, la última versión de la Asociación Psiquiátrica fue publicada. Esta edición conserva el nombre de Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad, aunque provee una más clara descripción de síntomas con subtipos específicos (Hunter, 1995).

### **Subtipos:**

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de inatención, hiperactividad e impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual), debe indicarse en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses (Rutter, 1992).

- Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad, tipo combinado. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses, seis o más síntomas de inatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayoría de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado
- Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses o más síntomas de inatención (con menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad).
- Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis o más meses, seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad (con menos de 6 síntomas de inatención).

El Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad fue redefinida por la Asociación Psiquiátrica Americana. La nueva y actual definición, describe dos condiciones separadas entre sí, pero al mismo tiempo relacionadas. La primera se caracteriza por inatención crónica. La segunda condición se caracteriza por hiperactividad e impulsividad

Por tal razón se cuenta con los nombres de Trastorno o Desorden de Déficit de Atención y Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad –DATH –(Rutter, 92).

Los niños que padecen DATH se caracterizan básicamente por tres tipos de conducta:

- a) Ser hiperactivos,
- b) Distraerse con facilidad (déficit de atención) y/o
- c) Ser impulsivos.

## 1.2 Hiperactividad.

El término Hiperactividad significa etimológicamente: exceso de actividad o energía

Es relevante entender que existen dos tipos de Hiperactividad. Uno, es causado por una situación particular, que puede desaparecer cuando la situación cambie o cuando el niño aprenda a manejar el estrés. El otro tipo (del cuadro de DATH), lo causan diferencias neurológicas en el cerebro del niño (Hernández, 2001). Esto es, en el primer caso, el niño con Hiperactividad puede llegar a controlar ésta mediante actividades deportivas; mientras que en el segundo caso, es difícilmente controlada. No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente, que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño.

Como en la edad escolar el síntoma es más notorio, frecuentemente son los maestros de enseñanza primaria quienes lo detectan; con mayor razón, si se considera que los niños hiperactivos interfieren "en la buena marcha del grupo dentro del salón de clase".

Estos niños se levantan de su asiento, toman objetos de sus compañeros, hablan constantemente y aún pueden gritar en los momentos más inadecuados, dando la impresión de que sus actos no sirven a otros propósitos que no sean los de expresar un estímulo interior incontrolable (Velasco, 1976).

El doctor Cruickshank (1971), manifiesta que la hiperactividad ocurre también en los niveles sensoriales. Es decir, la actividad sensorial obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el exterior como desde su propio medio interno. Velasco cree firmemente que hay razones para suponer que el hambre, el dolor, la sed y otros estímulos internos, tienen mayor intensidad en el niño hiperactivo y le exigen una satisfacción inmediata, alterando seriamente la conducta si la gratificación no ocurre. En cuanto a los estímulos externos, ofrecen al niño una gran dificultad para establecer una discriminación adecuada, provocando que prácticamente todos ellos tengan el mismo valor.

La hiperactividad se manifiesta permanentemente y en todo lugar.

*El exceso de actividad está directamente correlacionado con el exceso de emotividad. A la vez que el niño hiperactivo presenta dificultad en controlar su cuerpo, en situaciones que requieren de permanecer sentados durante períodos largos de tiempo; manifiestan*

además, reacciones emotivas más intensas que otros niños; principalmente al expresar sentimientos de frustración, felicidad, ansiedad y/o tristeza (Ruiz, 1999).

El niño hiperactivo es inquieto en el hogar, en la escuela y fuera de ella. En general, los ambientes que más estimulan a los sentidos incrementan su energía, en tanto que los lugares tranquilos, sin ruidos u otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir su actividad física.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia del DATH. Algunos de los niños que la sufren hablan tanto y muestran tal incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso (Velasco, 1976).

Los maestros reportan que los niños con DATH son tan inquietos, que por una variedad de razones, no pueden permanecer sentados, generalmente se levantan para ir al baño, sacar punta a los lápices, etc., siendo frecuente encontrarlos vagando por el salón de clases sin razón justificable (Steinberg y Umansky, 1994).

Cuando el niño con DATH presenta exámenes o debe realizar algún ejercicio o trabajo, no tiene la capacidad de permanecer sentado para completar éstos.

Asimismo, los padres terminan desistiendo de la posibilidad de llevar a su hijo a actividades que requieran de un período de tiempo, tales como: conciertos, pláticas o conferencias, asistir a misa, etc.

Es importante para los profesionales de la materia en cuestión, entender que la hiperactividad es mejor descrita como una exageración de lo que podría ser una conducta inapropiada.

La hiperactividad debe ser considerada como un desorden de interacción (Goldstein y Goldstein, 1992). Es decir, la intensidad del problema o conflicto que experimentará un niño inquieto estará determinada por la situación. Por ejemplo, en un patio escolar, el niño hiperactivo quizás experimente cierta dificultad, debido a su excesiva movilidad, sin embargo; en un restaurante, el niño se convierte en un verdadero problema.

El doctor Sam Goldstein y el doctor Michael Goldstein (1992), mencionan que la hiperactividad es la causa de problemas provocados de manera inconsistentemente, más

que por inhabilidad. La hiperactividad resulta de una ejecución inconsistente. Este patrón, con frecuencia crea confusión y/o frustración. En un minuto el niño puede estar sentado, escuchando al maestro, pero momentos después algo le impulsa a moverse de su asiento.

El hecho de que el niño con DATH realmente es más activo que otros niños, fue demostrado en un estudio publicado en 1983 por la doctora Linda Porrino, Judith Rapoport, y sus colegas del Instituto de Salud Mental en Bethesda, Maryland. El estudio empleó un aparato mecánico especial que registraba la actividad o movimiento todos los días, esto se llevó a cabo, durante una semana. Los científicos encontraron que los niños con DATH eran significativamente más activos que los niños sin DATH (niños control). Estas grandes diferencias en los resultados, se obtuvieron al registrar a los grupos de niños en sus respectivas escuelas.

Russel A. Barkley, en sus estudios publicados en 1976 y 1978, (citado en Barkley, 95), determinó que los niños hiperactivos se movieron en un cuarto, ocho veces más que los niños no hiperactivos; presentaron el doble de movimientos de brazos, sus movimientos de pierna también tuvieron una frecuencia mayor, de cuatro veces; y se mostraron tres veces más inquietos que los niños control. Esto se registró mientras veían una película corta en televisión. Asimismo, durante su evaluación psicológica mostraron una inquietud cuatro veces mayor que los niños no hiperactivos, mientras debían permanecer sentados.

"Su excesivo nivel de actividad parece ser producto de su alto rango de respuestas ante una situación dada", comenta Barkley (1995). Es decir, los niños hiperactivos responden a las cosas que les rodean, bajo cualquier situación, más que los niños sin este trastorno.

La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo; los niños pequeños y preescolares con este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos, por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de casa antes de abrigarse, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (por ejemplo, escuchar un cuento). Además, presentan problemas de lenguaje. Existen dos tipos de lenguaje oral, espontáneo (cuando iniciamos una conversación) y a petición (cuando alguien nos hace una pregunta). En el caso del

lenguaje espontáneo, organizamos nuestros pensamientos y encontramos las palabras que queremos antes de hablar. Con el lenguaje a petición, tenemos que hacerlo mientras hablamos (Hernández, 2001).

Los niños de edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños, tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde. Trajinan objetos, dan palmadas y mueven sus pies o piernas excesivamente. A menudo se levantan de la mesa durante las comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas (DSM-IV). En las tres etapas pueden existir los problemas de lenguaje citados anteriormente

### **1.3 Déficit de Atención.**

La atención es el foco o punto focal en la percepción (organización significativa de estímulos). Es determinada en ciertos casos por factores internos del individuo, mientras que en otros casos es determinada por la naturaleza de los estímulos presentados a los sentidos. Cualquier cambio en las condiciones de estímulo; tales como un incremento del ruido o alteración de la iluminación, con frecuencia atrae la atención. El movimiento es otra característica de estímulo que puede atraerla (Whittaker, 1981)

La atención es un proceso complejo que abarca diferentes habilidades. Por ejemplo, para responder efectivamente en el salón de clases, un niño debe coordinar diversas habilidades; ellas incluyen: la habilidad para enfocar la atención adecuadamente, en cualquier momento; comenzar una tarea asignada, mantener la atención el tiempo necesario para la terminación de una tarea o trabajo, ignorar distractores, dividir la atención (tomar notas y escuchar al maestro, al mismo tiempo) y estar alerta para responder durante actividades grupales (Goldstein y Goldstein, 1992).

La inatención es otro de los síntomas que se describen como integrantes fundamentales del trastorno.

Es producto de la distractibilidad del niño, la cual impide concentrar la atención y obstaculiza éste proceso tan importante para el aprendizaje.

Velasco (1976), sostiene que la inatención está relacionada con la hiperactividad sensorial (mencionada anteriormente).

Esta hipótesis es sostenida por Wender en 1971 (citado en Velasco 76), quien señala que parece como si el niño se viera forzado a reaccionar ante todos los estímulos, mostrándose atraído por detalles irrelevantes. Se distraen fácilmente ante cualquier estímulo e interrumpen las actividades o tareas que están realizando, para atender a ruidos o hechos triviales, que usualmente son ignorados. Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente las ideas y conceptos, con lo cual éstos adquieren una importancia uniforme, ya que el niño presta la misma atención, tanto a lo esencial como a lo secundario.

El déficit de la atención puede manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales.

Pueden no prestar suficiente atención a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares. Generalmente sus trabajos no cumplen con las condiciones de calidad; son sucios, realizados sin reflexión y con tachaduras o correcciones excesivas.

Los niños con DATH pierden fácilmente su concentración, principalmente si hay sonidos o movimientos a su alrededor. Como resultado, en la escuela presentan dificultad para enfocar su atención en la elaboración de trabajos; así como en el seguimiento de instrucciones. En casa, invierten más tiempo en hacer las tareas que un niño sin DATH, inclusive si se le adecúa un espacio para realizar éstas, sin distractores o estímulos novedosos; aún, así necesitará que alguien constantemente lo supervise, para la culminación de sus trabajos.

Tienen dificultad en la terminación de trabajos, quizás completen algo de una página, pero el resto de ésta quedará sin resolver.

Presentan a menudo una pobre organización, ya que suelen ser olvidadizos y descuidados con sus pertenencias. Por ejemplo, olvidan la tarea que tienen que hacer, el material que solicitó el profesor, pierden continuamente su material de trabajo, etcétera. Generalmente, regresan a casa sin los libros que necesitan para la tarea. Pueden no encontrar algo que acaban de tener en la mano. Olvidan entregar un escrito importante o un mensaje verbal de su maestro para sus padres.

Como consecuencia de su problema de inatención visual hacia una actividad o a un individuo, las personas suponen que el niño no está escuchando. Sin embargo, los niños con DATH sorprenden a maestros, cuando repentinamente se les hace una pregunta con relación a lo que se citó minutos antes, y el niño da la respuesta adecuada o repite lo que se le dijo.

Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido, son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, evitan o muestran un gran disgusto por las actividades que demandan de una dedicación personal y un esfuerzo intelectual, que implican exigencias organizativas, o una notable concentración. Este rechazo se debe a su déficit de atención del niño y no por una actitud negativa primaria, aunque también puede estar implícita una actitud negativa secundaria (DSM-IV).

En los juegos de video o programas de televisión pueden mostrar atención. Esto es debido a la naturaleza multisensorial-sonido, color y acción constante (Steinberg y Umansky, 1994).

En situaciones sociales, el DATH puede expresarse con cambios frecuentes en la conversación, no escuchando a los demás, no atendiendo las conversaciones y no siguiendo las normas establecidas. Parecen tener sus pensamientos en otro lugar, como si no escucharan lo que se está diciendo.

Velasco (1976), opina que los niños con DATH presentan una supuesta "desobediencia" (patológica), al no seguir reglas o instrucciones, pero su actitud ante las normas y limitaciones establecidas por los adultos, que tienen autoridad sobre ellos, no es la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de

acatarla. El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla y sin comprender por qué se le castiga. De hecho se muestra sorprendido cuando se le llama la atención, considerándose injustamente tratado.

El doctor Thelander (citado en Velasco, 76) se refirió a la incapacidad que tienen muchos de estos niños, para comprender órdenes verbales. Por lo tanto, no es una verdadera desobediencia, ya que difícilmente se desobedece una orden que no se ha comprendido.

El Déficit de Atención constituye una fuente más de obstáculos para el aprendizaje, y tal vez la razón principal para que el profesor llegue a la errónea conclusión de que el niño con DATH, es en realidad un deficiente mental, siendo que presenta inteligencia "normal".

A este respecto Velasco (1976) opina que si tanto el niño que sufre retardo mental como el niño con DATH son malos estudiantes, el primero se muestra siempre deficiente, mientras que el segundo frecuentemente sorprende con su capacidad de comprensión.

Los niños con DATH, tienden a perder interés o aburrirse en sus trabajos, mucho más rápido que los otros niños. Esto les lleva a buscar intencionalmente algo diferente, que les sea interesante, estimulante; aún cuando no hayan finalizado sus tareas o deberes. Algunos científicos han argumentado que estos niños tienen un bajo nivel de madurez cerebral, y por eso necesitan de más estimulación, para mantener el funcionamiento cerebral en un nivel normal, como el resto de los niños sin DATH. Otros científicos manifiestan que el valor de las gratificaciones o premios pierde rápido su valor para ellos; es decir, son menos susceptibles al reforzamiento (Barkley, 1995).

Los doctores Steven Landau, Richard Milich y sus colegas de la Universidad de Kentucky en 1994 (citados en Barkley, 95), estudiaron niños con DATH y sin DATH, mientras veían un programa de televisión. Encontraron que los niños con DATH se distraían por momentos, pero lograron responder las preguntas que les hacían sobre el programa, pero cuando se colocaron juguetes en el cuarto, los niños sin DATH continuaron viendo el programa, mientras que los niños con DATH Prefirieron los juguetes que al programa. Además, se encontró que cuando el programa que veían era clásico (caricaturas por ejemplo), los niños con DATH podían responder a gran parte de las preguntas (al igual que los niños control); sin embargo, cuando el programa era educativo y con mayor

información visual que verbal, los niños con DATH tuvieron un alto índice de error en sus respuestas. Esto representa que los niños con DATH; tienen mayor margen de error al requerir de atención visual.

Los doctores Nancy Fiedler y Douglas Ullman (colegas de Barkley, 1995), encontraron que el niño DATH muestra una curiosidad física durante el juego y por tanto, manipulan más los objetos, cambian de un objeto o juguete a otro con mayor frecuencia y gastan poco tiempo con un objeto particular. Los niños sin DATH de la misma edad, sin embargo; muestran más curiosidad verbal o intelectual. Ellos hablan sobre el objeto o juguete, describen diferentes cosas sobre éste (el cual encontraron interesante), inventan diferentes formas para jugarlo o emplearlo, y aún más crean historias sobre éste

En 1980, los doctores Ronald Rosenthal y Terry Allen, en la Universidad de Vanderbilt, encontraron que la distracción está enfocada al tipo de estímulo que recibe el niño con DATH. Por ejemplo, si el niño encuentra un juego de video en su escritorio cuando él va a su cuarto para hacer la tarea, teniendo una hora como límite, él se distraerá observando y manipulando el video, y cuando se le supervise, no es necesario resaltar que quizás ni ha iniciado su tarea.

Los doctores Bremer y John Stern, en la Universidad de Washington en 1976 (citados en Barkley, 1995), encontraron que los niños con DATH presentaban mayor dificultad que otros niños, al leer un escrito y sonaba un teléfono luminoso, o bien; cuando se escuchaban voces cercanas. El grupo control presentó cinco segundos de distracción y el grupo de niños con DATH dieciocho segundos. Esto indica que se le facilitó a los niños sin DATH continuar su trabajo después de una distracción, mientras que los niños con DATH ocupan períodos más largos de distracción para retornar a sus actividades.

#### **1.4 Impulsividad.**

Otro síntoma importante, que a su vez origina ciertas modalidades del comportamiento, es la impulsividad, entendida como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta (Velasco, 1976). El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias

mediatas e inmediatas de sus actos. Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas.

Los niños con DATH tienen gran dificultad en esperar turnos o cosas, formarse, esperar la hora del recreo, etc. Es decir, no tienen tolerancia a la espera de cualquier actividad. Les provoca gran inquietud actividades como escuchar el sermón del sacerdote durante la misa.

Cuando se les promete un día específico para algo gratificante, como ir de compras, ir de vacaciones o algún paseo, el período de tiempo les parece más largo y estresante de lo normal. Esto les hace parecer como demandantes.

El niño con DATH no puede controlar sus impulsos, es por ello que tiende a responder a una situación sin medir el riesgo; ya que no hace una reflexión previa. Son constantemente criticados o castigados por haber hecho comentarios contraproducentes o acciones injustificables para la sociedad en que se desenvuelven; todo esto por actuar en forma impulsiva y emotiva. Ellos parecen actuar con rapidez ante una idea que les surgió en su mente, sin considerar si es peligrosa o inconveniente, del mismo modo, dejan inconclusas otras actividades por responder impulsivamente a esta idea.

Son ruidosos al hablar y a menudo monopolizan las conversaciones.

Wender (citado en Velasco, 1976), considera que la impulsividad incluye la baja tolerancia a la frustración, así como lo que se puede llamar conducta antisocial, la cual comprende a su vez la agresividad, la destructividad y la tendencia a cometer frecuentes hurtos. El mismo autor pone énfasis en los problemas de control de esfínteres, como la enuresis, como dato frecuente.

La impulsividad tiene un efecto negativo, tanto en el área social como educativa.

Los profesores se quejan de que continuamente realizan tareas o trabajos sin leer previamente las instrucciones cuidadosamente, además; reportan que los niños con DATH "no comparten", lo que tienen con los demás y de "tomar cosas" que no les pertenecen (Barkley, 1995).

El pensamiento impulsivo es otro interesante tema a tratar. Los doctores Leonard Giambra y G. A. Shaw, en el Colegio Georgetown, publicaron un estudio en 1993, en donde los estudiantes debían presionar un botón al ver una tarjeta como estímulo. Los estudiantes con DATH presionaron el botón más veces de lo requerido, además, manifestaron haber tenido pensamientos diferentes a la tarea que ejecutaban. Es clara evidencia de que los estudiantes con DATH se les dificultó más mantener o fijar su mente en el trabajo e inhibir pensamientos no relacionados con la actividad que realizaban.

La impulsividad del niño hace que se le tome por temerario; lo que sucede en realidad, es que no mide el peligro. Debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede caer en la conducta antisocial. En efecto, suelen tomar para sí objetos ajenos, artículos escolares de sus compañeros; además de cometer los actos que se derivan de su agresividad y que casi siempre ameritan castigos, tanto en la escuela como en el hogar. Son los niños eternamente castigados (Ruíz, 1999.)

En general tenemos que la impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultades para esperar un turno e interrumpir a los demás o interferir en conversaciones, provocando problemas en situaciones académicas, sociales o laborales.

Los niños con este síntoma tienden a hacer comentarios fuera de lugar, no respetan las normas, inician conversaciones en momentos inapropiados, interrumpen excesivamente a los demás, se inmiscuyen en los asuntos ajenos, se apropian de objetos de otros, tocan cosas que no deberían.

La impulsividad puede dar lugar a accidentes (por ejemplo, golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente, etc.) y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas, sin considerar sus posibles consecuencias (por ejemplo patinar en un terreno abrupto).

Al respecto, las doctoras Carolyn Hartsough y Nadine Lambert, de la Universidad de California en Berkeley, encontraron en un estudio realizado en 1985, que los niños con DATH tienen más accidentes serios que los niños sin DATH. En 1988, el doctor Peter

Jensen y sus colegas, en el Colegio Médico de Georgia, encontraron similitud en los resultados. Los niños con DATH, tenían una tendencia dos veces mayor que los niños sin DATH (el doble) en presentar traumas, requiriendo hospitalización o ayuda médica por accidentes.

Russell A. Barkley y sus colegas, en la Universidad Massachusetts, (citado en Barkley, 1998), en 1994 encontraron que las personas con DATH tienen una incidencia de accidentes automovilísticos que cuadriplifican el de los que no presentan DATH. Encontraron; además, que el 50% de los adolescentes con DATH, fumaban desde temprana edad, en comparación del 27% de los adolescentes del grupo control; el 40% de los adolescentes con DATH bebían alcohol en comparación del 22% del grupo control; y el 17% fumaba marihuana y sólo el 5% del grupo control lo hacía.

Acerca de la impaciencia que suelen presentar los niños con DATH se han hecho los siguientes estudios: En 1986, el doctor Mark Rapport y sus colegas, en la Universidad de Rhode Island, trabajó con 16 niños con DATH y 16 niños control. Ellos tenían que resolver una serie de problemas aritméticos. Cuando se les indicó que recibirían un pequeño juguete para resolver un pequeño número de problemas, ambos grupos completaron el mismo número de problemas. Posteriormente se les dio elegir entre escoger un juguete pequeño por realizar unos cuantos problemas, o recibir un juguete de mayor valor, dos días después, por hacer un número mayor de problemas. Se encontró que los niños con DATH prefirieron recibir el regalo pequeño, que esperar dos días; caso opuesto en comparación al grupo control.

La doctora Susan Campbell y sus colegas en la Universidad de Pittsburgh, en 1982, encontraron resultados similares. Se escondió una galleta debajo de tres tazas, mientras los niños observaban. Los niños tenían que esperar hasta que el experimentador hacía sonar una campana, antes de que los niños pudieran escoger la taza y comer la galleta. El procedimiento se repitió en seis ensayos, con un periodo de espera entre 5 y 45 segundos. Los niños con DATH respondieron impulsivamente, comiendo la galleta antes de sonar la campana. Caso no observable en los niños control.

## 1.5 Síntomas Secundarios del DATH.

### **Incoordinación Muscular o Inmadurez Motora.**

Algunos de los niños con DATH tienen un desarrollo motor aceptable e incluso pueden ser buenos atletas, pero lo habitual es que exhiban una torpeza motora, la que involucra tanto a los movimientos gruesos como a los finos.

En este aspecto, los padres señalan las caídas frecuentes, el golpearse contra los muebles u otros objetos, su poca seguridad para retener cosas entre las manos, etc

En el plano escolar, son niños con dificultades para desarrollar ejercicios y que contribuyen a que los demás se equivoquen. Asimismo, muchos de ellos no logran sino hasta los 9 o 10 años de edad conducir una bicicleta, y su inhabilidad para los deportes es manifiesta, lo cual constituye un motivo más para que sus compañeros los excluyan de los juegos colectivos.

La incoordinación para los movimientos finos se descubre fácilmente en la caligrafía, que es deficiente; también hay otros síntomas que hacen sospecharla, por ejemplo, las dificultades que tiene el niño para abotonarse la camisa, atarse los zapatos, recortar figuras, etcétera.

Velasco (1976) llama Dispraxia a esta forma de incoordinación.

### **Disforia.**

Se caracteriza por la anhedonia, la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad.

La Anhedonia es la incapacidad para experimentar placer, "los niños pueden mostrarse sobreexcitados, pero la cualidad misma de la vivencia, no es la adecuada para la situación que se vive", enfatiza Velasco (1976). Esto significa que difícilmente se les puede satisfacer completamente.

Wender (citado en Velasco, 76), menciona que la depresión se refiere más bien a que se presenta, en algunos casos, la presencia de los llamados equivalentes depresivos

(angustia, ideas obsesivas y sentimientos de culpabilidad y de autodevaluación), o bien a la depresión enmascarada (síndrome en el cual concurren ciertos síntomas, aparentemente contradictorios, que hacen que la situación original de depresión se vea enmascarada; por ejemplo la excitación psicomotriz, la agitación y pensamiento obsesivo).

En cuanto a la autoestima, se ha visto que los niños mayores y los preadolescentes con DATH, frecuentemente se consideran a sí mismos incapaces, diferentes, malos, inadecuados; todo ello como consecuencia de sus constantes "fallas y fracasos".

### **Dificultad en el Seguimiento de Instrucciones.**

El niño con DATH usualmente tiene problemas para el seguimiento de instrucciones, se pierde principalmente si se le da una serie de instrucciones en un sólo tiempo (por ejemplo, decirle al niño que se ponga su pijama y se cepille los dientes), cinco minutos después puede encontrársele vagando por su cuarto, o entretenido con algún juguete, sin haber respondido a la petición que se le hizo.

El mismo patrón ocurre en la escuela, cuando el maestro da al mismo tiempo una serie de instrucciones, para realizar diferentes trabajos. El niño con DATH; quizá recordará el primer trabajo, pero no los otros; o él recordará las instrucciones sólo para el último trabajo. Por consecuencia, estos niños parecen perder el contacto con lo que se está haciendo en el aula escolar.

Los doctores Rolf Jacob, K. Daniel O'Leary y Carl Rosenblad, en 1978 hicieron estudios al respecto, encontrando que conforme se iba incrementando el número de instrucciones para resolver actividades académicas, las respuestas de los niños con DATH presentaban más errores.

### **Inconsistencia en los Trabajos.**

Los padres del niño con DATH reportan que sus hijos presentan dificultad para terminar un trabajo o tarea determinada, generalmente pasan a otra actividad sin finalizar la primera. (Steinberg y Umansky, 1994).

Tienden a desconcertar a los profesores, ya que en ocasiones son capaces de completar un trabajo asignado con facilidad y sin ayuda. En otras ocasiones, por lo contrario tendrán una ejecución pobre en sus trabajos.

El problema no es que ellos no puedan hacer el trabajo, sino que no puedan mantener un patrón consistente en la ejecución del trabajo. Esta es la razón por la cual el doctor Marcel Kinsbourne en 1985 (citado en Barkley, 1998), un renombrado neurólogo infantil, etiquetó el DATH como una "enfermedad variable".

### **Irritabilidad.**

Es otro de los síntomas característicos. Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo, en comparación con lo que ocurre en los niños sin DATH. Como consecuencia de ello, se presentan dos hechos que pueden considerarse derivados de la irritabilidad. Por una parte, el niño muestra escaso control sobre su conducta y ésta se vuelve imprevisible a la vista de los adultos; por otro lado, por lo mismo exhibe una baja tolerancia a las frustraciones, las cuales suelen manifestarse en forma de "berrinches" incontrolables. Es un hecho bien conocido que los niños con DATH pasan sorpresivamente del enojo a la risa y de ésta al llanto. (Ruíz, 1999.)

Wender en 1975 (citado en Velasco, 1976), llama a la irritabilidad como hiperreactividad, señala que ésta implica la producción de respuestas normales en cuanto a la calidad, pero definitivamente anormales por su intensidad. Aún no se ha explicado con claridad si esta característica, es una manifestación de una reactividad emocional alterada o de la incapacidad para modelar una reactividad saludable; debido a ello, es difícil definirla en cuanto a los cambios emocionales (Velasco, 1976).

### **Problemas de Aprendizaje.**

Los trastornos del aprendizaje, casi siempre están presentes en el DATH, generalmente hacen que un profesor poco observador llegue a la conclusión prematura de que el niño sufre un retardo en su desarrollo.

El origen de las dificultades escolares no está muy claro (señala Velasco, 1976), pero se pueden mencionar dos tipos de obstáculos para el aprendizaje:

- a). La hiperactividad misma asociada a la incapacidad para la concentración, que reduce el tiempo que el niño dedica a su trabajo escolar y tareas.
- b). La existencia de verdaderos desórdenes en el proceso cognoscitivo, especialmente los del área visomotora (Werry, 1968).

Las dificultades escolares actúan también como generadoras del DATH, debido a que el niño se le dificulta la tarea escolar en casa y opta por no hacerla.

### **Desórdenes del Proceso Cognoscitivo:**

- La disociación, se define como la incapacidad para ver las cosas como un todo, como una gestalt (Cruickshank, 1971), es una dificultad que se puede reconocer fácilmente en los tests visomotores. El niño no integra los detalles de un precepto en una totalidad; por eso es que no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan como estímulos visuales; las invierte, las fragmenta o las elimina. Aparece así su incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa, dificultad que posteriormente se traduce en problemas con la escritura (disgrafía), la lectura (dislexia) y el deletreo de palabras.
- La inversión del campo visual es otra de las características que interfieren con el proceso cognoscitivo. El niño no puede destacar la figura de fondo en que ésta se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia. A esto se le llama inversión de fondo y figura (Velasco, 1976). Las consecuencias que esto implica en el aprendizaje son importantes, sobre todo si se toma en cuenta que una inversión semejante ocurre con los demás sentidos (oído, tacto, etc.). Los estímulos que

proviene de todo el campo sensorial tienen aproximadamente el mismo valor, lo cual impide que la atención se fije discriminadamente sobre lo que constituye la figura central, cuando ésta debe destacarse del fondo. Esto se descubre con ciertas pruebas, como la ideada por Strauss y L. Lehtinen (1947), la cual consiste en presentar estímulos visuales en los que no es fácil separar la figura del fondo.

- La perseveración, es otro dato que se suma a los anteriores, para obstaculizar las tareas de aprendizaje.

Se define como la incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra. En el caso de los niños con DATH, se puede valorar este problema con la prueba Bender (Bender Gestalt Test).

En cuanto a la conducta, la perseveración se manifiesta de diversas maneras: el niño repite una y otra vez la misma frase, continúa iluminando un dibujo pese a haber terminado ya el trabajo, etc. Es como si la actividad motora se hubiera perpetuado (DSM-IV).

- La memoria se encuentra obstaculizada; un motivo más para que los procesos de aprendizaje se vean, a su vez disminuidos. La atención es un fenómeno muy ligado a la memoria, lo mismo que el estrés, la primera para favorecerla y la segunda para frenarla (Cruickshank, 1971).

A partir de la desventaja que implica el hecho de utilizar sólo muy breves lapsos de atención, el estrés del niño aumenta cuando el profesor lo regaña y le exige una mayor atención, lo cual reduce la capacidad de recordar lo que le acaban de decir y aumenta la hiperactividad que es causa, a su vez, de una reducción de los períodos de atención y concentración. Se cierra así el círculo vicioso, cuyo resultado es una experiencia más de fracaso para el niño.

- La pobreza de la imagen corporal, se encuentra dentro de los trastornos del aprendizaje.

Como resultado de una larga serie de vivencias, fracasos y problemas visomotores, algunos de los niños con DATH, se forjan una imagen deformada de sus cuerpos y del cuerpo en general, misma que se colabora con pruebas psicológicas proyectivas.

Finaliza este capítulo habiéndose hecho un cuadro descriptivo de la sintomatología del DATH, para un valor didáctico.

## Sintomatología

## Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad.

## Características Principales:

HIPERACTIVIDAD	INATENCIÓN	IMPULSIVIDAD.	OTRAS CARACTERISTICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos motores excesivos.</li> <li>• Hiperactividad verbal.</li> <li>• Inquietud excesiva.</li> <li>• Hiperactividad sensorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorganización.</li> <li>• Problemas de aprendizaje:</li> <li>Disociación.</li> <li>Inversión del campo visual.</li> <li>Perseveración.</li> <li>Deficiente memoria.</li> <li>Períodos breves de atención.</li> <li>Baja concentración.</li> <li>Pobreza de la imagen corporal.</li> <li>Olvidadizos.</li> <li>Inconsistencia en los trabajos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en esperar (turnos, formarse, etc.)</li> <li>• Baja tolerancia a la frustración.</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• "temerarios (no miden el peligro, riesgos, ni consecuencias).</li> <li>• Conducta antisocial.</li> <li>• Pensamiento impulsivo.</li> <li>• Labores o trabajos no finalizados.</li> <li>• Impaciencia.</li> <li>• Agresividad</li> <li>• Destructividad.</li> <li>• Enuresis.</li> <li>• "desobediencia" en seguir reglas o límites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incoordinación muscular o inmadurez motora (fina y gruesa).</li> <li>• Disfona:</li> <li>Anhedonia,</li> <li>Depresión,</li> <li>Baja autoestima</li> <li>• Irritabilidad.</li> </ul>

TABLA No. 1 Debe recordarse que no todos los niños con DATH presentan el mismo cuadro sintomatológico en su totalidad, además, el grado de intensidad es variable en cada caso. (Velasco, 1976)

**CAPITULO 2**  
**CAUSAS Y EFECTOS**  
**DEL DATH**

## CAPITULO 2

### CAUSAS Y EFECTOS DEL DEFICIT DE ATENCION POR TRASTORNOS DE HIPERACTIVIDAD

#### 2.1 ¿Qué Causa el Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad?

Desde tiempos remotos, el DATH ha tenido un alto grado de incidencia. Stewart y Colaboradores (1966), estimaron que el 4% de todos los niños en edad escolar padecen el trastorno.

Velasco (1976), mencionó que de 1 a 1.5% de los niños que acudían a recibir instrucción primaria exhibían el DATH.

Datos recientes estiman que entre el 10 y el 20% de todos los niños de edad escolar padecen incapacidad para aprender. De ellos, alrededor del 20% también tienen DATH (Hernández, 2001).

El DATH afecta en mayor grado a los varones. Las cifras más aceptadas denotan una diferencia de 3 y 4 a uno respecto a las niñas (Ruíz, 1999).

Por otra parte, no parece que existan factores raciales importantes, ningún grupo racial o étnico es inmune al DATH (Velasco, 1976.) Asimismo opina que este trastorno ocurre en distintas culturas con variaciones en su prevalencia, entre distintos países occidentales, probablemente a causa de las diferentes prácticas diagnósticas, y no por las diferencias en la presentación del cuadro clínico.

El DATH, tiene múltiples causas. Desde mediados de 1980, el conocimiento de estas causas y su influencia a nivel cerebral y conductual han incrementado notablemente.

Este capítulo está destinado a revisar en primera instancia, las causas del DATH, a efecto de desterrar ideas erróneas o mitos sobre su etiología. Asimismo, es con el propósito de auxiliar a los profesionistas en el tratamiento del DATH.

El DATH puede producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se les prestaba poca atención, y que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento.

Según el momento en que actúan, las causas pueden dividirse en: (Velasco, 1976).

Las que afectan al producto mientras permanece en el útero (prenatales), las que lo hacen durante el parto (perinatales); y las que afectan al niño después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de la vida (postnatales). En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70 a 80% de los casos), en tanto que las prenatales se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina.

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables del DATH, son los siguientes:

1. Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.
2. Anoxia del producto in útero, producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etcétera.
3. Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias) producida por toxemia del embarazo o de otro origen; por trauma directo, hemorrágica, etc.
4. Exposición excesiva a los rayos X.
5. Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes.
6. Factor Rh. Negativo.

Entre los factores perinatales que actúan durante el parto están:

1. Anoxia neonatal (Graham, F. K., 1977), producida generalmente en las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre; placenta previa, hipotensión pronunciada.
2. Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente del fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, etc.

Por su parte, Barkley (1995), señala que las causas primordiales del DATH son:

1. Varios agentes que pueden conducir a un desarrollo anormal del cerebro, como un trauma, enfermedad, consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo y exponerse a altos niveles de plomo
2. Actividad disminuida en ciertas regiones cerebrales.
3. Herencia.

Entre las causas postnatales, se consideran como más frecuentes las siguientes:

1. Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tos ferina, como se ha observado en las investigaciones de Litvak en 1948 y de Lurie en 1942 (citado en Velasco, 76), el sarampión; la escarlatina y las neumonías; también la encefalitis y la meningitis.
2. Traumatismos craneanos.
3. Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.
4. Neoplasias cerebrales.
5. Anoxias accidentales pasajeras.

### **Factores Neurológicos.**

Durante casi cien años, los científicos sostuvieron la idea de que lo que hoy llamamos DATH, era causado por un desarrollo anormal o lesión cerebral. Ellos observaron similitudes en problemas conductuales entre los niños con DATH y gente que padecía daño cerebral, en la parte frontal del cerebro, justo detrás de la frente, conocida como la región frontal orbital. Esta región cerebral es una de las más desarrolladas en los humanos, y se le considera la responsable de inhibir conductas, de fijar la atención, del autocontrol y de la planeación para el futuro.

Actualmente, durante el siglo XX, Damasio (1994) con ayuda de estudios realizados por neurólogos y neuropsicólogos, convenció a los científicos que las lesiones cerebrales por infecciones como encefalitis y meningitis, traumas o complicaciones de embarazo o

partos, son las causas del DATH. Probablemente sólo el 5 o 10% de los niños con DATH presentan algún daño cerebral (Barkley, 1995).

En niños con DATH, se presentan más casos de complicaciones durante el embarazo de la madre y su nacimiento, que en los niños sin DATH. Sin embargo, no hay evidencias concretas de que estas complicaciones causen daño o lesión cerebral (Ruíz, 1999).

### **Inmadurez Cerebral.**

Algunos científicos creen que el DATH es un resultado de un retraso en la maduración del cerebro.(Steinberg y Umansky, 1994; Barkley, 1995).

Se ha encontrado que la conducta social de muchos niños con DATH es parecida a la de niños de menor edad sin DATH. Exámenes neurológicos a menudo muestran un retraso en la coordinación motora y su desarrollo (Velasco, 1976).

Otros estudios han mostrado que la actividad eléctrica del cerebro del niño con DATH es similar a la de un niño más pequeño sin DATH (electroencefalograma).

Los doctores Bennet y Shaywitz y sus colegas en 1994, entre otros, (citados en Barkley, 1995), no han encontrado una marcada anomalía o inmadurez en el desarrollo cerebral. Por lo cual, la causa del problema en ciertas regiones del cerebro, no es sólo debida a un bajo desarrollo cerebral, sino también a probables disfunciones neurofisiológicas de diferentes estructuras cerebrales.

### **Químicos Cerebrales.**

Otros estudios han mostrado que ciertos neurotransmisores que permiten a las células nerviosas transmitir información a otras células, son deficientes en los niños con DATH. Jones (2000) apoya esta idea, considerando lo siguiente:

1. Los estimulantes, se ha probado que mejoran temporalmente la conducta del niño con DATH (éstos intervienen en los neurotransmisores).

2. Estudios con animales han probado que el uso de estimulantes incrementan la cantidad de neurotransmisores en el cerebro (Dopamina y Norepinephrina).
3. Estudios con animales han encontrado que la hiperactividad disminuye con la administración de estimulantes. Sin embargo, pese a la idea de que el DATH es causado por la escasez de uno o dos químicos cerebrales (Dopamina y Norepinephrina), ésta no ha sido plenamente probada.

### **Actividad Cerebral.**

Muchos estudios han medido la actividad cerebral en los niños con DATH y han encontrado que ésta es menor en el área frontal, en relación a los que no padecen DATH (Luria y Pribram, 71; Barkely, 98).

En 1973, los doctores Buchsbaum y Wender (citado en Luria, 1979), midieron la actividad cerebral en 24 niños con DATH y 24 sin DATH. En efecto, se concluyó que las respuestas de los niños con el trastorno, reflejan un patrón de menor madurez en la actividad eléctrica del cerebro. Estos investigadores, también encontraron que al administrar estimulantes a los niños con DATH, decrementaban esas diferencias.

### **Fluidez Sanguínea.**

Los doctores Lou, Henriksen y Bruhn (citado en Barkley, 1995), en 1984 publicaron un estudio en donde compararon la fluidez sanguínea cerebral de 11 niños con DATH y 9 niños sin DATH. Encontraron que los niños con DATH tenían menor fluidez sanguínea en las áreas frontales, en relación a los niños control; principalmente entre la primera área frontal del cerebro y las estructuras localizadas en la mitad del cerebro (sistema límbico).

Los doctores González, Hynd y Marshall (citados en Barkley, 95) en 1993 realizaron diversos estudios, concluyendo que posiblemente la parte izquierda de las regiones frontales del cerebro, no se encuentra tan desarrollada como con los niños sin DATH.

Otros estudios publicados por el doctor Hynd (1991), muestran que las regiones frontales cerebrales están involucrados en el problema de DATH.

En términos generales, con las investigaciones citadas anteriormente, se tiene que las regiones cerebrales del niño con DATH, presentan posiblemente una menor actividad cerebral y/o un bajo desarrollo.

¿Pero qué origina esto?. Algunas probables causas del origen de este trastorno serían las siguientes.

- Consumo de sustancias durante el embarazo.

Se ha encontrado que la nicotina y el alcohol, durante el embarazo, causan anomalías en el desarrollo de los núcleos basales y regiones frontales del cerebro en los niños. (Gillis y cols., 1992).

Un estudio realizado por Barkley (1995), mostró que las mamás de 20 niños hiperactivos habían consumido mayor cantidad de cigarrillos por día, durante su embarazo, que las mamás de los niños sin el trastorno.

Por otra parte, otros estudios descubrieron que las anomalías que causa el exceso de consumo de alcohol y de nicotina durante el embarazo, se relacionan directamente con la hiperactividad, impulsividad y el déficit de atención (Goldstein y Goldstein, 1992).

- Problemas de Nacimiento

Es lógico de suponer que los recién nacidos que presentaron serios problemas al nacer, tengan mayores probabilidades de padecer problemas de aprendizaje y conductuales. Sin embargo, estudios con grandes cantidades de niños, mostraron que aquellos con problemas de aprendizaje y conductuales, no obtuvieron un APGAR bajo al nacer (escala de estimulación: tono, color, actividad, tasa cardiaca y respiratoria).

Por otra parte, el embarazo si se considera un tiempo crítico para el desarrollo del bebé. Si es mala la salud de la madre, especialmente si tiene problemas de salud asociados con hinchazón o inflamación de tobillos y alta presión arterial, el bebé es

más propenso a desarrollar problemas de aprendizaje (Golstein y Goldstein, 1992). Goldstein considera, por lo tanto, que no existen evidencias para poder asegurar que los problemas de nacimiento son una causa primaria en el DATH, y aún cuando existen pocos casos de niños con el trastorno debido a problemas de salud de la madre, durante el embarazo, si se debe considerar a esto como una posible causa.

- Exposición al plomo.

Hay algunas evidencias científicas que señalan que probablemente altos niveles de plomo en los cuerpos de los niños, se asocian con la hiperactividad y la inatención.

Esta relación existe especialmente, cuando la exposición al plomo ocurre entre los 12 y 36 meses de edad.

Un estudio realizado en 1979 por Barkley (citado en Barkley, 1995), descubrió que el 36% de los niños con elevados niveles de plomo, eran señalados por los profesores como niños distraídos, impulsivos, desatentos e hiperactivos.

Se piensa que la exposición al plomo ocasiona altos niveles de lesiones cerebrales.

Al respecto, Barkley en 1992, (citado en Barkley, 1995), encontró que los niños que vivían cerca de una fundidora de plomo, aún cuando presentaban bajos niveles de plomo, padecían problemas conductuales y de aprendizaje.

Tanto el alcohol, la nicotina y el plomo son tóxicos para el cerebro, por lo que pueden considerarse como causas del DATH. (Barkley, 1995; Steinberg y Umansky, 1994).

- Herencia.

Una de las controvertidas áreas de investigación para determinar las causas del DATH, es el papel hereditario. Al respecto, se han realizado varios estudios, encontrándose que los familiares biológicos del niño con DATH, presentan más problemas psicológicos (particularmente depresión, alcoholismo, problemas

conductuales y antisociales, e hiperactividad) que los familiares de los niños sin DATH. (Barkley, 1995).

Los doctores Biederman, Faraone, entre otros (1990), evaluaron a los familiares cercanos de 75 años con DATH y compararon los resultados con la evaluación de 26 niños control (sin DATH), y 26 niños con problemas psiquiátricos. Encontraron que cerca del 25% de los familiares de los niños con DATH; también tenían éste trastorno; mientras que en los otros dos grupos sólo se presentó un 5% de incidencia.

Las indicaciones de que el DATH involucra fallos genéticos llegan del entorno familiar. Así, la probabilidad de que el trastorno se desarrolle en los hermanos de niños con el síndrome, multiplica de cinco a siete veces la probabilidad de que aparezca en niños de familias no afectadas. Los hijos de un progenitor con DATH; tienen hasta un 50% de posibilidades de experimentar las mismas dificultades.

Pero la prueba más concluyente de la participación genética en el trastorno, la ofrece la investigación sobre hermanos gemelos. En 1992 el grupo encabezado por Jacquelyn J. Gillis, señaló que el riesgo de DATH para un niño cuyo gemelo idéntico lo sufriera era entre 11 y 18 veces mayor que el del hermano no gemelo; de acuerdo con sus datos, entre el 55% y 92% de los gemelos idénticos de niños con el trastorno, padecían este síndrome.

Debemos a Helene Gjone y Jon M. Sundet, uno de los trabajos más exhaustivos en torno al DATH en hermanos gemelos. Lo realizaron en colaboración con Jim Stevenson. Estudiaron 526 gemelos idénticos, que heredaron exactamente los mismos genes, y a 389 mellizos, que no guardaban mayor parecido genético que los hermanos nacidos en años diferentes. El equipo halló que el DATH presentaba un factor hereditario del 80%: ello significaba que hasta el 80% de las diferencias en atención, hiperactividad e impulsividad entre los sujetos con el trastorno, y los que no lo padecían denunciaba una raíz genética (citado en Barkley, 1998).

Goldstein y Goldstein (1992), opinan que los estudios realizados con gemelos idénticos es una de las grandes demostraciones de que el factor hereditario, es una

causa del DATH Aunque no hay que descartar que muchos otros factores determinarán el DATH, ya que si es cierto que las familias de los niños con el trastorno presentan un gran rango de síntomas; también es cierto que hay familias donde no existe un historial con estas características.

Los doctores Cook, Biederman, Plomin, Jeffrey, Pennington y Defries (1997), entre otros, continúan trabajando en investigaciones al respecto. Ellos creen que los genes están relacionados con el DATH. Aún así, no se puede afirmar dicha suposición (citado en Barkley, 1998).

### Otras causas.

- Infecciones del Oído.

En un estudio realizado con un grupo de niños con DATH, se obtuvieron sorprendentes resultados, al descubrir que dos terceras partes de los niños habían tenido más de 10 infecciones de oído.

Sin embargo, antes de concluir que las infecciones de oído causan hiperactividad, hay que estudiar otras posibilidades. Por ejemplo, si el niño con DATH tiende a ser más sensible al dolor, es lógico de suponer que ante su demanda tuvo que ser llevado más veces al doctor; por lo cual, más que una causa sería el resultado de su trastorno (Goldstein, 1992).

- Lesión Cerebral.

Investigadores han demostrado que un historial de lesión o daño cerebral, se presenta sólo en un pequeño porcentaje de niños con DATH (Goldstein y Goldstein, 1992), por lo tanto, no puede afirmarse que la lesión cerebral es una causa definitiva del trastorno.

- Hormonas.

Un estudio publicado por el doctor Hauser y cols. (1993), mostraron una relación entre los niveles de la hormona de tiroides y el DATH: El estudio reveló que el 70% de niños y el 50% de adultos, quienes presentaban deficiencias con la hormona de tiroides, tenían DATH. Desde entonces se ha estudiado este aspecto, pero no se ha encontrado ninguna

relación significativa entre el deficiente funcionamiento de la hormona de la tiroides y el DATH.

- Sistema Vestibular del Cerebro

Durante muchos años el doctor Levinson aseguró que los problemas emocionales y conductuales pueden ocurrir debido a problemas con el sistema vestibular del cerebro. Este sistema se encuentra localizado en el oído interior y hace conexiones con regiones del cerebro; especialmente con el cerebelo. El argumenta (contrario a muchos científicos), que éste sistema regula los niveles de energía, y por lo tanto; algún deterioro en el sistema puede provocar hiperactividad o impulsividad.

Los psicólogos Goldstein, Ingersoll 1994, (citados en Barkley, 1995), revisaron la Teoría del doctor Levinson, concluyendo que ésta es sumamente inconsistente con lo que se sabe acerca del DATH y el sistema vestibular y sus funciones. Encontraron que el sistema vestibular no parece estar involucrado con el control del impulso, la atención y el nivel de energía.

## **2.2 Efectos: La Vida Familiar con un niño con Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad.**

El segundo apartado de este capítulo se enfocará a los efectos del Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad. Se analizará como afecta este desorden en el hogar, en la escuela y en el entorno social.

El papel de la familia: La vida familiar con un niño con DATH

El niño con DATH se desenvuelve en un sistema social, en donde la familia constituye el núcleo básico de su desarrollo.

La mayoría de los niños se identifican con este trastorno debido a los problemas que presentan en la escuela. Sin embargo, en muchas instancias, los padres sospechan que su hijo es diferente al resto de los niños de su misma edad.

Se ha mostrado que las interacciones familiares tienden a ser más críticas y negativas, en los niños con DATH. Además, existen muchas evidencias de que los padres y hermanos del niño con el desorden, son más propensos a experimentar problemas psiquiátricos o psicológicos, que las familias típicas. Existe cerca del 40% de posibilidades de que uno de los padres del niño con la problemática tenga el mismo desorden (Barkley, 1995)

Difícilmente los padres llevan a cabo un manejo conductual apropiado al lidiar con el niño con DATH. Por ejemplo, Steinberg y Umansky (1994), citan el caso de un niño de ocho años de edad, en donde sus padres reportan que son muy pocos los momentos de calma que comparten con él. Generalmente cuando le piden hacer algo, las respuestas del niño son impredecibles; aún en peticiones sencillas, se crea el conflicto. Desde temprana edad tendía a tocarlo todo, aún cosas muy frágiles, sin pedir autorización. Lo mismo ocurre en lugares públicos, sus padres temen asistir a estos lugares, o bien invitar a amistades a sus casas; debido a su pésimo comportamiento. Tienen que repetir varias veces el nombre del niño, para que él preste atención. Es rechazado de actividades grupales por no acatar instrucciones, presenta dificultad en mantenerse sentado para iniciar o completar tareas y pasa de una actividad a otra, sin finalizar la primera. Constantemente, los padres reciben quejas de la escuela, reportando la inconsistencia de sus trabajos, así como problemas de integración social con sus compañeros. El niño se queja de ser "tonto" y de no agradarle a nadie. Sus padres reconocen su frustración, pero a veces, es difícil para ellos mitigar sus sentimientos de angustia y/o enojo.

Requiere de mucha paciencia y habilidades para los padres de un niño con DATH, mantener una actitud positiva en la dinámica familiar.

El niño con este desorden, comparte las frustraciones de sus progenitores, los constantes reclamos y castigos que recibe por su actuación; así como posibles comparaciones con respecto a sus hermanos, lo cual tiene un efecto significativo en su autoestima, aunado a sentimientos de culpabilidad e incompetencia.

### **Las Interacciones del Niño con DATH con sus Hermanos:**

Las relaciones del niño con los trastornos de hiperactividad e inatención con sus hermanos parece diferir con respecto a otras familias. Este niño discute más, juega más bruscamente, grita más y presenta con frecuencia conductas inadecuadas; por consiguiente, el conflicto con sus hermanos tiende a ser mayor que lo habitual.

El doctor Goldstein y Goldstein (1992), reportan en sus notas, el caso de un niño de 9 años de edad con DATH, en donde sus dos hermanos, de 8 y 13 años respectivamente; asumen una actitud hostil hacia él. Ellos se quejan del comportamiento de su hermano y se avergüenzan del negativo impacto social que causa con sus amistades.

Las reacciones de los hermanos hacia el niño con la problemática, pueden variar; en ocasiones manifiestan frustración y en otros enojo, al observar que ciertas actividades o responsabilidades le son omitidas; o bien, porque él tiene más oportunidades de ser gratificado por actividades rutinarias sencillas, en las que ellos no reciben nada.

### **Las Interacciones del Niño con DATH con su Madre:**

El primer estudio en donde se observó la conducta de las madres con el niño con DATH; fue realizado por la doctora Campbell en 1975 (citado en Campbell y cols., 1982). Encontró que los niños con el trastorno iniciaron más interacciones con su mamá al trabajar en la consumación de una tarea. Hablaban más con ellas y requería de mayor ayuda. En resumen, los niños hiperactivos parecían requerir de mayor atención, hablar más, y buscar más asesoría con sus madres durante sus interacciones, que los niños control. Las madres les daban más sugerencias, aprobaciones, desaprobaciones y direcciones sobre el control de sus impulsos. Es decir, las madres de los niños con el desorden, tuvieron que controlar más la conducta de sus hijos e incitarlos más al autocontrol, que las madres del grupo control.

Barkley (1995), en investigaciones encontró que los niños con DATH, eran más demandantes, negativos, propensos a dejar inconclusa la actividad o trabajo, y menos

capaces de seguir las instrucciones de sus madres. Ellas daban más órdenes, fueron también más negativas, y en ocasiones menos receptivas en sus interacciones

Barkley comparte la opinión de la doctora Campbell, en cuanto a que los niños con este síndrome hablan más. En otros estudios, descubrió que los conflictos de interacción cambiaban con la edad. Los niños pequeños tenían menos conflictos con sus madres.

Como puede observarse, las interacciones entre una madre y el niño con DATH, exigen de ella un significativo desgaste físico y/o emocional. Generalmente, son las madres quienes tienen que lidiar con las actividades rutinarias del día (prepararlo para la escuela, ayudarlo en tareas, etcétera); por lo que presentan una infinidad de quejas, que no siempre son comprendidas y apoyadas por el esposo. Por lo contrario, se le reconoce a ella como culpable en su rol de progenitora, lo cual le provoca sentimientos variados, tales como; depresión, enojo, frustración, culpabilidad, etcétera; afectándose así su salud emocional.

#### **Las Interacciones del Niño con DATH con su Padre:**

Los doctores Tallmadge y Barkley (1983), compararon en una videograbación las interacciones entre madres y padres de niños con DATH; no encontraron grandes diferencias. Sin embargo, notaron que los niños eran menos negativos con sus padres y permanecían más con ellos al trabajar que con las madres. Esto es debido, probablemente a que son las madres quienes interactúan más con los niños en actividades rutinarias (aún cuando laboren fuera de casa); mientras que la interacción de los padres con sus hijos suele ser recreativa. O bien, por roles culturales, la figura paterna es percibida de manera distinta que la materna.

Goldstein y Goldstein (1992), señalan que a menudo el niño responde de manera más consistente con el padre; esto es quizá porque el gran papel psicológico del padre, provoca intimidación del niño.

El significativo, y a veces inesperado impacto que el niño con DATH, causa en los miembros de la familia y en su comunidad, no debe ser subestimado.

El Psicólogo Taylor (1990), señaló que los niños hiperactivos pueden "desintegrar emocionalmente a una familia". Debido a la incapacidad que presentan para satisfacer las demandas y expectativas de sus padres, hermanos, etcétera.

Las conductas del niño que tiene este trastorno son muy diferentes a las del resto de la familia, creándose frecuentemente una situación conflictiva.

Investigaciones del doctor Barkley en 1972, (citado en Barkley, 1995) han demostrado que las familias de niños hiperactivos son más propensas al divorcio.

El doctor Arnold (1978), observó que los problemas del niño con DATH, no solamente representan un desgaste financiero y emocional en la familia, sino también un desgaste familiar en cuanto al tiempo, energía y salud mental.

Madres y padres de los niños con este problema, a menudo, tienen desacuerdos con relación a las técnicas y estrategias que utilizan.

*Algunos padres ignoran la conducta o incapacidad de su hijo, suponiendo que él lo hace por llamar su atención. Pero al no lograr éxito así, ya que el problema del niño no es resultado de una búsqueda de atención, entonces se intensifican las conductas inadecuadas; dando como resultado el surgimiento de órdenes.*

Estas son de índole restrictivo, sin embargo, deberán de ser repetidas un sin fin de veces, aún así, quizás no se logren resultados exitosos. Esto provoca frustración y enojo en los padres, hasta llegar a emplear una disciplina basada en el castigo físico o en la pérdida de reforzadores.

Cuando los progenitores empiezan a reconocer que su hijo es diferente, tienden a formularse dos ideas: Una es que se perciben normales con un hijo "malo" o "dañado"; y otra es que perciben al niño como normal y a ellos como padres incompetentes. Ambos extremos son nocivos e impiden un manejo adecuado del niño con DATH. La primera idea conduce al enojo y resentimiento y la segunda a la culpa (Goldstein y Goldstein, 1992).

Finalmente, los padres terminan por adoptar una estrategia de evasión, como resultado a sus constantes fracasos al intentar que el niño se comporte adecuadamente en actividades grupales o sociales. Así es como muchos padres, eligen el aislamiento y

segregación como medida de evitar futuros problemas. No obstante; ésta es una negativa decisión, que afectará, en primera instancia; a los hermanos, quienes tendrán resentimiento hacia el niño con el trastorno, al verse aislados de su comunidad en general.

Los padres deben tener presente que el día de un niño con DATH es crítico. Debe enfrentar las demandas de sus padres y profesores, completar una serie de actividades, y el conflicto que se crea en torno asimismo o a su entorno social, que generalmente es inevitable.

Estos puntos críticos, es cierto que también existen en los demás niños, pero ellos poseen capacidades que les permiten enfrentar con mayores posibilidades de éxito, estas exigencias y demandas.

A continuación se presenta una lista acerca de los puntos críticos del niño con DATH (Steinberg y Umansky-1994).

- Levantarse.
- Vestirse.
- Desayunar.
- Preparar material y útiles.
- Salir de la casa.
- Esperar el autobús (en algunos casos).
- Formarse.
- Ir a su salón.
- Sentarse en su lugar.
- Sacar el material elegido.
- Seguir instrucciones.
- Completar trabajos.
- Relatar eventos de la escuela a sus padres.

- Revisión diaria de trabajos (tareas)
- Preparar su mochila.
- Seguir las demandas del hogar.
- Prepararse para dormir.

En familias con más de un niño con este trastorno, el impacto es mayor; ya que la problemática se intensifica. El niño, en ocasiones; puede ser visto como un estorbo y una responsabilidad fuera del alcance de los padres. Los padres pueden mostrar enojo, frustración, y a menudo intolerancia.

Si el padre carece de la ayuda profesional, puede agudizar el conflicto familiar.

Generalmente, se da el siguiente círculo vicioso en las familias con niños que presentan DATH (Barkley, 1995).

1. Los padres perciben al niño con conductas destructivas, difíciles de manejar y controlar y comparan sus casos con los demás, en donde no existe esta problemática.
2. Esas percepciones afectan la manera de reaccionar de los padres, ante la conducta del niño, mostrando castigos e irritabilidad.
3. El niño recibe menos reforzamiento que otros niños.
4. La actitud del niño puede agravarse, presentando rebeldía, por consiguiente; incrementando el conflicto.
5. Lo anterior quizá refuerce la percepción de los padres, en cuanto a que el niño es un problema difícil de manejar o controlar.
6. El círculo se inicia nuevamente.

De esta manera, con un mal manejo de los padres, éstos pueden intervenir desfavorablemente en el futuro del niño con DATH.

Muchos padres reportan depresión, baja autoestima en su rol como padres e insatisfacción con sus responsabilidades.

Los padres, en especial las madres, experimentan gran estrés, culpabilidad e aislamiento social.

Barkley (1995), encontró que el estrés generado en los padres; así como otros problemas emocionales, tiene un efecto nocivo, provocando familias disfuncionales.

Cuando un miembro de la familia se siente lastimado, todos los demás sienten el dolor. Cuando el niño con DATH experimenta frustración y fracasos, los padres también están frustrados tratando de entender o ayudar al niño.

Los padres en ocasiones no aceptan que el niño sufre de una incapacidad, niegan el problema; o aún al aceptarlo pueden mostrar enojo o culpabilidad (Hernández, 2001).

En resumen, tenemos que los padres no cuentan, generalmente, con técnicas y estrategias para un adecuado manejo del niño con DATH; por lo cual, experimentan sentimientos de frustración, enojo, culpabilidad, estrés, etc. Esto indudablemente repercutirá en la dinámica familiar, creándose situaciones antagónicas y conflictivas entre los miembros de la familia.

Todo lo anterior, se reflejará en el niño, intensificando su sintomatología.

A continuación se presenta un esquema que resume algunos de los aspectos importantes que involucraría un tratamiento que se puede seguir tanto con padres como con niños con DATH.

Tratamiento Niños (Sintomatología)	Tratamiento Padres.
a). Impulsividad. b). Inatención c). Hiperactividad. d). Coordinación motora. e). Percepción. f). Area emocional afectiva. g). Area social. h). Area pedagógica.	a). Estrés. b). Depresión. c). Culpabilidad/enojo/frustración. d). Area emocional-afectiva. e). Comunicación. f). Agresión. g). Manejo conductual (capacitación). h). Terapia familiar.
TABLA No. 2 El éxito del tratamiento que se aplica al niño con DATH, depende en gran medida de la cooperación de los padres (Hernández, 2001)	

### 2.3 Ayuda a Padres. ¿Cómo Ayudarse y Cuidarse?

El hecho de aceptar y aprender a vivir con los sentimientos de enojo, frustración, etc., que genera vivir con un niño con DATH, es un proceso que toma tiempo. Si en el hogar está el padre y la madre, es posible que uno piense que la mejor forma de educar al niño es siendo firme y estricto; en cambio el otro piensa que ser comprensivo y permisible es mejor. Esta diferencia de opinión puede crear tensión en la relación y el matrimonio. Si son incapaces de solucionar esta diferencia, se debe consultar a un especialista. Los padres se necesitan mutuamente y no pueden arriesgar quedarse sin el apoyo mutuo debido a esta tensión. (Hernández, 2001).

Los padres deben buscar ayuda profesional (médica, neurológica, psicológica, etc.), que le apoye y oriente en el manejo de su hijo.

El estrés que se genera, quizás sea inevitable, pero esto no es motivo para la destrucción de los padres o los miembros de la familia.

Es por ello, que este subcapítulo está dirigido a los padres, brindándoles algunas estrategias y sugerencias generales; para disminuir el estrés, minimizar el impacto de la problemática y aprender cuidados que se merecen

### **Disminuir el estrés.**

La primera cosa que los padres necesitan hacer es reducir los eventos que les provocan estrés. Para ello deben aprender a identificar el origen exacto de éste. Generalmente, se busca eliminar sentimientos de depresión y tristeza, fatiga, etc., más que los eventos o situaciones que propician éstos. Es decir, si el padre manifestará enojo y frustración porque el niño con DATH es incapaz de memorizar una guía de examen, lo mejor es dejar espacios de relajación entre cada pregunta, evitando así llegar a los sentimientos negativos.

Existen, como ya se mencionó, eventos en donde el estrés no puede ser evitado, para ello se sugiere técnicas como: meditación, métodos de relajación, ejercicio y en casos extremos de medicamento. Pero en otros casos, los padres se sorprenderán, al darse cuenta de que pueden identificar y evitar o reducir el origen de la tensión.

Barkley (1995) sugiere el siguiente método:

- Buscar unos momentos de tranquilidad y anotar una lista de los eventos que han causado estrés en las últimas semanas.
- Observar el primer evento, y cuestionarse que pudo haberse hecho para evitar o eliminarlo.
- Enfocarse al siguiente evento y resolverlo.
- Recordar diariamente el plan (tener notas al alcance).
- Tomar unos minutos al día, para visualizar el plan
- Una vez que se logró evitar un evento difícil, pasar a otro(s).

Debido a que el estrés parece formar parte de la vida diaria, muchas técnicas han sido diseñadas para decrementar su perjudicial impacto. Algunas sugerencias son: (Steinberg y Umansky, 1994).

1. Retrasar la respuesta. La mayoría de las personas respondemos rápida e impulsivamente a un evento o situación que causa tensión. Sensaciones de enojo o ansiedad son las respuestas, éstas deben ser evitadas, la manera es sencilla: no haciendo nada. Es decir, la única manera de retrasar nuestra respuesta (y no llegar a la violencia), es retirarse un rato de la situación generadora del conflicto; y permitirnos analizar con tranquilidad ésta y sus posibles soluciones. Esto ayudará al autocontrol tanto de los padres como del niño con DATH.
2. Practicar la relajación. Mucha gente usa técnicas de relajación para decrementar su nivel de estrés. Debido a que pueden tener un efecto preventivo, servirán a los padres para enfrentar situaciones conflictivas que no se pueden evitar. Por ejemplo, si el niño tuvo una riña en el colegio y se ha citado a los padres (situación que causa tensión), es recomendable practicar técnicas de relajación muscular y mental.
3. Enfocar la situación real. Se debe intentar enfocarse a la situación completa y evitar los pequeños detalles. Esto puede ayudar a darse cuenta de que el evento que causa el estrés, no es tan importante como se creía, que puede controlarse, y aún cuando las cosas no marchen bien; no es tan grande el conflicto. Por ejemplo, pensar que la cita con el director de la escuela, no es más que una junta escolar, cuyo propósito será el saber que ocurrió con su hijo.
4. Visualizar la situación. Antes y durante una situación de estrés, conservar los propósitos positivos, a efecto de que posean mayor fuerza que el mismo evento conflictivo. Decrementar la intensidad de las reacciones, evitando así un percance mayor.
5. Atención Personal. Es muy desgastante la labor con un niño con DATH, se requiere fuerza física y emocional. Por ello, los padres deben dedicar un tiempo y

espacio para ellos, buscando actividades recreativas. Algunas recomendaciones son:

- a). De ser posible tomar un fin de semana, para renovar energía. O bien, buscar una actividad social que le evite el aislamiento. Asistir a un grupo de apoyo, donde asistan padres con una problemática similar; de tal manera que haya una retroalimentación mutua.
- b). Dividir responsabilidades entre el esposo y la esposa. Las tareas compartidas ayudarán para que cada uno cuente con espacios de esparcimiento.
- c). Hacer ejercicio con regularidad.
- d) Evitar estimulantes. El café, alcohol, cigarrillos, etc Tienden a causar irritabilidad, intolerancia, fatiga

#### **2.4 La Escuela y el Niño con Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad.**

La escuela usualmente representa el mayor de los retos para el niño con DATH. En ella requieren permanecer sentados y fijar su atención durante periodos prolongados de tiempo, a efecto de obtener un buen aprovechamiento escolar y así cumplir con las normas de conducta estipuladas. Es por ello, que la escuela representa un proceso difícil para el niño. Principalmente si se cuenta con aulas saturadas (con gran cantidad de niños en cada aula) y con maestros que utilizan solamente el método tradicional. Generalmente, las escuelas (tanto privadas como públicas), carecen de programas específicos dirigidos al niño con DATH, y peor aún, existe un desconocimiento del tema.

La mayoría de los programas académicos no están diseñados para niños con dificultades como la hiperactividad e inatención. Están estructurados en base al "plan" educativo. Esto es una desventaja para los niños que presentan alguna incapacidad, ya que ellos requieren de determinadas técnicas de enseñanza y aprendizaje, para optimizar sus logros académicos. Esto suele ser básico para garantizar el éxito o fracaso.

Aun cuando existen niños con este trastorno que pueden funcionar relativamente bien en un estándar salón de clases, la mayoría de ellos muestran una ejecución inconsistente.

Un considerable número de niños con DATH, tienen un coeficiente intelectual, incluso superior al término medio. Esto enfatiza, aún más, la necesidad de adaptar programas a las necesidades de estos niños.

Goldstein y Goldstein, (1992), rechazan enérgicamente la idea de que el niño con este desorden conductual asista a escuelas de educación especial. Opina que con una adecuada combinación de intervención médica y psicológica, pueden y deben ser educados en escuelas regulares, de lo contrario, perderán oportunidades para explotar a su máximo sus aptitudes y habilidades, limitando así su potencial.

Los padres suelen frustrarse al no tener en las escuelas programas que satisfagan las necesidades del niño con DATH. Ante las continuas exigencias y quejas de la escuela y el bajo rendimiento académico del niño, los padres, en ocasiones optan por enviarlo a escuelas de educación especial. Siendo, como ya se mencionó un error, ya que éstos están orientadas a otro tipo de niños, con características diferentes y expectativas distintas.

Parece ser que el niño con dicho trastorno se encuentra en el abismo entre una escuela regular, que le exige demasiado sin recibir flexibilidad y ayuda, y una escuela de educación especial, que le limita su desarrollo. En realidad, ellos no necesitan de educación especial, más bien; de programas especiales y de un profesor capaz de hacer la diferencia entre una clase ordinaria y una sesión académica especial, la cual beneficiará a todos los alumnos en general.

Considerando que del 10 al 30% de los niños con DATH, presentan problemas de aprendizaje, y que otro 30% tienen problemas de conducta; debería existir dentro de una escuela regular, un aula destinada para que los niños con este desorden puedan completar sus trabajos, sin distractores.

Según estadísticas (Barkley, 1995), una tercera parte de todos los niños con DATH, reprobaban por lo menos un grado, el 35% tienden a no finalizar su instrucción básica y sus logros son significativamente bajos. Más de la mitad presentan problemas de conducta y del 15 al 25% son expulsados.

Los ambientes de aprendizaje óptimos para el niño con este problema, deben combinar flexibilidad con manejo conductual, y estrategias enfocadas al área social. Clases o sesiones de poca duración, son convenientes (intercalar actividades), considerando que sus períodos de atención son breves. Necesitan de profesores que conozcan la sintomatología del problema y cuente con técnicas y programas que faciliten su labor. Los profesores deben ser excelentes comunicadores, que estén en cercano y continuo contacto con los niños y padres.

La mayoría de los niños con DATH necesitan de muchas oportunidades, para manifestar su creatividad, sin ser restringidos por un tiempo específico. Ellos aprenden mejor en medios ambientes no restringidos, con métodos flexibles de enseñanza. Las clases más efectivas para ellos, son donde no requieren permanecer sentados por largos periodos de tiempo, leyendo, escribiendo o escuchando lecturas.

La estructura o características del salón de clases, ejerce una gran influencia en los niños con DATH. Todo debe ser considerado, la temperatura, la luz, el color, los estímulos visuales y auditivos, etc. Los salones abiertos o con ventanas descubiertas, suelen ser un gran distractor para el niño; así como los ruidos, por lo consiguiente, los niños con este trastorno no es conveniente que estén sentados lejos del profesor, cerca de ventanas, de puertas, computadoras, baños, sacapuntas, etc.

Es básico, además, un sistema de organización, éste beneficiará a todos los niños en general.

El DATH es comúnmente malinterpretado por los profesores, por lo que los niños suelen ser etiquetadas como niños conflictivos o bien; de lento aprendizaje. Por lo cual, les exigen a los padres una disciplina más rígida al estudiar o hacer tareas con sus hijos.

Como los padres del niño con DATH, los maestros también experimentan frustración y confusión sobre las habilidades del menor. Esto es debido a sus constantes cambios e inconsistencias. Un día es un niño brillante, capaz y motivado, otro parece flojo, incapaz de completar tareas y lograr metas.

Debido a esta situación, algunos maestros instintivamente, culpan al niño por su pobre ejecución, insistiendo "yo sé que tú puedes hacerlo mejor", o bien les exigen a los padres ser más estrictos y firmes.

El profesor se sorprende de que, a veces, su alumno comprende y retiene, incluso, mejor que los demás las explicaciones de mayor complejidad.

No es de extrañarse de que existan negativas interacciones entre el maestro y los alumnos con el trastorno, siendo demandantes e inflexibles; lo cual causa que decremente la motivación del niño por aprender y participar.

Un profesor positivo, por lo contrario, puede hacer que el niño mejore tanto sus logros académicos como sociales.

El maestro debe comprender perfectamente lo que es el DATH y cómo afecta a sus pequeñas víctimas. Si tiene un sólido conocimiento del problema y sus efectos; descubrirá que las evaluaciones típicamente aplicadas, no garantizan lo que realmente el niño ha aprendido.

En cualquier evaluación aplicada al niño con DATH, no se puede garantizar la autenticidad de los resultados obtenidos. Una evaluación requiere el seguimiento de instrucciones, atención, constancia y analizar la pregunta primero, antes de elegir una respuesta. El niño con este desorden, al carecer de los precursores básicos citados, para realizar la evaluación, presentará un coeficiente intelectual por debajo del promedio general, en una prueba de inteligencia, por ejemplo. Sin embargo, ésta estaría midiendo más su problemática que la inteligencia que posee. Probablemente, si se le volviera a aplicar la misma evaluación, variarían significativamente los resultados; ya que el niño con DATH exhibe momentos de impresionante atención. Es por ello, que a pesar de que se trate de un niño brillante, sus habilidades intelectuales pueden parecer bajas. Debe recordarse que la inatención no es equivalente a ser incapaz para aprender. Cuando el niño con el trastorno logra enfocar su atención, es capaz de aprender también como los demás.

En la primaria, los profesores se quejan básicamente de la inatención y de la dificultad que presentan para mantenerse sentados (Goldstein y Goldstein, 1992).

Una de las observaciones más comunes del maestro de primaria es que el niño con DATH parece estar soñando. No están soñando, sino que están interesados en otra cosa diferente y ajena a lo que se trata en ese momento.

En secundaria, aún los niños con DATH más brillantes, no logran un adecuado nivel de consistencia en el gran número de demandas y responsabilidades adquiridas (Goldstein y Goldstein, 1992).

Algunas investigaciones han indicado que el niño con este trastorno, no aprende tan bien como los demás. En 1970 Hunter (citado en Hunter, 1995), señaló que del 40% al 80% de los niños con DATH experimentan una incapacidad específica de aprendizaje (lenguaje, dificultad al leer, deletrear, matemáticas, etc).

Shaywitz en 1980, (citado en Goldstein, S. y Goldstein, M.; 1992) concluyó que aunque la mayoría de los niños no presentan inhabilidad para aprender, sí existe un considerable número de niños en el grupo de problemas de aprendizaje, que padecen DATH.

No es justo concluir que la mayoría de los niños con este problema, presentan falla escolar por su bajo coeficiente intelectual, más que por su inatención. Deben verse como dos desórdenes separados, con la idea de que no necesariamente uno predice la aparición del otro (Goldstein y Goldstein, 1992), ya que si bien es cierto de que presentan dificultad para lograr una buena ejecución académica, también es válido de que tienen un potencial adecuado para aprender como los demás.

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

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

ineptitud Burlas y quejas constantes representa cada día escolar Es evidente que ni el niño, ni el profesor se beneficie con esta situación.

Otra forma común de disciplina empleado en las escuelas y que afectan su autoestima, es restringirlo de las actividades físicas (recreo, deportes, etc.). Se ha comprobado que la actividad física, ayuda a decrementar la hiperactividad e inatención (Hunter, 1995), por lo cual aparte de avergonzar al niño, esta restricción resulta contraproducente

Hunter (1995), realizó varios estudios, en donde se entrevistaba tanto a padres como a profesores, para poder tener sugerencias que ayuden al niño con DATH y al trabajo que desempeña cada uno. Se encontró lo siguiente.

#### Sugerencias de Padres a Maestros:

- Que los maestros sean diplomáticos cuando les hablen sobre los problemas que presenta el niño.
- Que los maestros no reprendan a los padres, como si ellos fueran los culpables.
- Enfocarse a las soluciones, no a los problemas.
- Darse cuenta de que los niños no exhiben los mismos problemas en la casa que en la escuela.
- Documentarse con bibliografías y/o profesionales sobre el problema del niño
- Que los maestros y encargados educativos diseñen e implementen programas que satisfagan las demandas del niño con DATH (técnicas de enseñanza, reforzadores, etc).
- Que tengan una comunicación diaria con los padres acerca del comportamiento del menor (a través de notas, por ejemplo).
- Considerarse como un factor decisivo en el autoestima del niño.

- Recordar que cada niño es diferente y requiere de su ayuda y apoyo para optimizar resultados.

### Sugerencias de Maestros a Padres

- Dar a conocer la sintomatología del niño (estudios practicados, historial médico, diagnóstico, etc)
- Expresar las necesidades del niño, desde el inicio del ciclo escolar.
- No culpar (sin razón) a los maestros de las dificultades que presenta el niño.
- Estar abiertos a sugerencias y cooperar con éstas
- Comprender que el conflicto que tiene el profesor, al tener que seguir un programa establecido.
- Comprender que el profesor trabaja diariamente con un extenso número de niños, y debe ser rígido en cuanto a los límites establecidos
- Tener presente que una cita entre ellos, tiene como propósito optimizar los logros del niño, y no es una sesión de disputa.
- No abordar al maestro cada día, comunicarse con notas y hacer citas
- Trabajar en forma conjunta e integral.

Los resultados del estudio también obtuvieron puntos específicos, acerca de cómo los padres y los profesores pueden ayudar para que el niño con DATH tenga un buen rendimiento académico. Estos son:

### Padres:

- Asegurarse de que el niño duerma lo suficiente
- Evitar situaciones de estrés por la mañana, para que el niño no llegue irritable a la escuela.
- Prepararle un nutritivo desayuno

- Evitar enviarle para lunch comida "chatarra"
- Establecer reglas, límites y horarios para el estudio y tareas
- Intercalar periodos de descanso y relajación entre tareas y trabajos
- Enseñar al niño a emplear notas para recordar cosas.
- No enviar al niño con distractores (juguetes, relojes ruidosos, etc).

#### Profesores:

- Hacer de una clase ordinaria una clase especial (hacer del aprendizaje algo agradable)
- Animar y motivar al niño
- Infundir al niño confianza (hacer que confíe en él mismo, conozca sus habilidades y no sólo sus ineptitudes).
- Identificar las inhabilidades y trabajar en ellas.
- Ayudar a que sea respetado por el grupo.
- Dirigirse a él por su nombre y haciendo que le mire a los ojos.
- Delegarle alguna responsabilidad.
- Ser ágil y dinámica sus clases.
- Utilizar el contacto visual.
- Tener reglas y límites anotados en lugares visibles.
- Ser paciente.
- Usar incentivos.
- Evitar tareas en fines de semana.
- Asistir a cursos y programas dirigidos a la problemática del niño, o bien recurrir a literatura seria y profesional.

Se debe tener presente, que el niño con DATH, termina por darse cuenta de que su actuación no es aceptada por los demás, reconoce que a sus compañeros no les agrada jugar con él por ser impulsivo y tosco. El sabe que sus profesores continuamente se quejan de su inatención. El niño va generando sentimientos de culpa y frustración, ya que aun cuando intenta satisfacer las demandas de los demás, no puede hacerlo (Steinberg y Umasky, 1994).

## **2.5 Entorno Social del Niño con Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad**

Desde años atrás, los profesionistas se han interesado por estudiar el área de las habilidades sociales. Numerosos libros y programas han sido desarrollados, y es por ello, que en la actualidad es reconocido que la habilidad de un niño para desarrollar y mantener amistades, es un componente esencial para la salud emocional, y es un predictor importante en el bienestar del niño (Goldstein y Goldstein, 1992)

La amistad se origina a través del juego. Es por tal motivo, el papel relevante que tiene el juego, para lograr aprender a controlar de manera efectiva el medio ambiente y las habilidades sociales. El juego a partir de los 12 meses de edad se considera relevante para la formación de la personalidad. El juego, por un lado, es el enlace del niño con el mundo, y por otra parte; le ayuda a desarrollar una auto imagen adecuada. Algunas investigaciones estiman que los niños, quienes son capaces de jugar efectivamente con otros, experimentan menos problemas en la infancia (Rutter, 1992)

En la edad preescolar, el juego es una actividad cotidiana que ayuda a establecer las bases para un normal desarrollo social. Sin embargo, el preescolar con DATH, debido a su inatención e impulsividad, puede privarse de esas interacciones y así estar en desventaja, al no lograr experimentar los pasos o fases necesarias para un desarrollo social asertivo.

Los niños mayores con este trastorno, presentan gran dificultad en establecer relaciones amistosas, ya que interfiere desfavorablemente su sintomatología clásica

Las investigaciones revelan que los problemas para relacionarse adecuadamente, pueden ser una fuente eficaz de identificar a los niños con DATH (Velasco, 1976)

Los padres y profesores reportan que los problemas sociales de los niños con el trastorno citado, incluye aspectos como: peleas, interrupciones y actitudes negativas que molestan a los demás

Un estudio realizado por Barkley en 1981, (citado en Barkley, 1995), encontró que el 80% de los padres de los niños con DATH; reportaron que sus hijos manifestaban serios problemas al jugar con otros niños. Tales conflictos ocurrían 10% menos que en el caso de los niños sin el desorden conductual.

Los adolescentes, también tenían problemas con las amistades. De hecho, se piensa que las dificultades sociales, incrementan con la edad.

La mayoría de los niños se impactan rápidamente con la conducta del niño con DATH, evadiendo contacto con él.

La frustración que provoca el sentirse rechazado por los demás, con frecuencia, ocasiona un incremento de agresividad, o bien; un marcado y negativo aislamiento social.

Los doctores Milich y Pelham (1986), señalaron que los niños que exhiben inatención, hiperactividad e impulsividad, se caracterizan, además, por manifestar problemas en sus interacciones sociales. Ellos carecen de habilidades en el área social que les permitan relacionarse satisfactoriamente (ejemplo incapacidad para iniciar una conversación).

En la escuela, se reporta al niño hiperactivo con reacciones negativas, tanto verbal como físicamente, o bien; con cierta indiferencia a su entorno social.

Este niño no es capaz de hacer frente a la frustración que le provoca el rechazo social, es por esto, que tiende a responder con agresividad, a efecto de lograr cierto control hacia los demás niños. Esto, indudablemente se convierte en un círculo vicioso, es decir; en ocasiones es rechazado por su agresividad, y al mismo tiempo puede ser violento o rebelde al sentirse rechazado. Esto sucede tanto en el salón de clases como en patio de juegos.

Dorothea y Sheila Ross en 1992, (citado en Barkley, 1995), en sus libros comentan que las opiniones de los demás causan un fuerte impacto en el autoestima del niño con DATH. Una baja autoestima, es un obstáculo más, para que él tenga oportunidades para desarrollar y practicar las habilidades sociales.

*Investigadores han intentado descubrir, dentro de las habilidades sociales, aquellas más débiles para el niño con este trastorno. Sin embargo, es tan extenso el rango de problemas sociales que manifiestan, que ha sido prácticamente imposible identificar las áreas más frágiles.*

Profesionales y padres describen como inhabilidades sociales del niño con DATH, algunas como; conductas negativas (agresividad, enojo, etc), impulsividad, inmadurez emocional, inhabilidad para resolver conflictos (no tolerancia a la frustración), y dificultad para la comunicación básica (Ruíz, 1999).

También presentan dificultad para adaptarse a nuevas situaciones, esto causado fundamentalmente por su inatención. Es decir, requieren de un gran esfuerzo para adecuarse a una situación específica, como por ejemplo; a una nueva escuela, salón de clases, un lugar dentro del salón, un maestro, unos compañeros, etc.

El pasar a un cambio de ambiente, significa para él el doble o triple del esfuerzo habitual.

Los padres, profesionales, amistades y hermanos, se quejan básicamente de la agresividad del niño con DATH.

Estudios han encontrado que la agresividad es un rasgo característico en estos niños. No se sabe si este patrón conductual es hereditario, o adquirido debido a los métodos inapropiados utilizados por los padres y profesores, o bien; una combinación de ambos (Goldstein y Goldstein, 1992).

No obstante, existen niños con DATH que no presentan agresividad, ellos están en ventaja; ya que tienen mayores oportunidades, tanto de responder a tratamientos como para pronosticar una mejoría en las relaciones sociales cuando sean adultos.

¿Qué carencia de habilidades causa el patrón de déficit de interacción social?. ¿Es simplemente la inatención, impulsividad, y el exceso de energía lo que interfiere con las

relaciones sociales?. ¿Existen ciertas habilidades que no desarrolla el niño, porque no pone atención?

Como ya se comentó, los investigadores no han sido capaces de dar respuestas específicas a estas preguntas.

Un reciente estudio (Steinberg y Umansky, 1994), señala que los niños con DATH, no saben comportarse apropiadamente en los juegos. No son capaces de hacer enunciados positivos a los demás (por ejemplo, "Me gusta tu forma de ser", "Juegas muy bien fútbol", etc.), ni peticiones correctas (por ejemplo diciendo "por favor", en lugar de "dame eso"). Estas tres características, quizás sean algunas de las habilidades que causan que el niño no tenga éxito socialmente.

Esas aptitudes probablemente sean las responsables en separar al niño con DATH de aquellos que tienen amigos.

Es posible también, que el resultado de la inatención e impulsividad no permita que el niño aprenda a conocer las expectativas de otros niños o el nivel de emociones. Esto puede interferir con la habilidad para sociabilizar. Sin embargo, las causas y efectos de esos problemas no han sido probados.

No es claro, si el tipo de problema cognoscitivo es o no el resultado de las relaciones sociales inadecuadas.

Los niños con DATH, a menudo, muestran poco interés en participar en actividades extracurriculares, que involucren grupos o equipos. Las razones de esto, es su inhabilidad para controlar su impulsividad, para esperar turnos, y enfocar su atención a las actividades.

En juegos de balón, por ejemplo; el niño con este trastorno, es posible que se distraiga viendo un objeto, tocando el pasto, etc., en lugar de concentrarse en el juego.

No obstante, estos niños pueden tener éxito, en actividades extracurriculares individuales. En artes marciales, por ejemplo; siempre y cuando tengan un instructor hábil en su manejo. Recordemos que el niño con DATH, presenta tiempos específicos, en que fijan su

atención en forma sorprendente. Como esas actividades no son tan competitivas, el niño tiene mayores oportunidades de experimentar gratificaciones.

¿Existe alguna esperanza? ¿Pueden los niños con DATH tener y conservar amistades? Las investigaciones han demostrado que con una combinación de medicamento, reforzamiento positivo, y un método conocido como entrenamiento de auto instrucción (aprendizaje sobre como resolver problemas de manera eficaz), los niños con este trastorno pueden exhibir adecuados patrones de conducta social. Para que este programa sea efectivo, debe contemplar: ayudar al niño a aprender y usar adecuadamente las habilidades sociales diariamente, proveer gratificaciones a la conducta que se desea mejorar, y dar un seguimiento por un periodo largo.

Ayudar al niño a hacer y conservar amistades es un proceso que demanda de un trabajo interdisciplinario. Mientras que la intervención profesional, es un componente básico en el programa, los padres tienen muchas oportunidades de interactuar con el niño, por lo cual juegan un relevante papel. Los padres, comúnmente, funcionan como facilitadores, cuando siguen al pie de la letra, las habilidades aprendidas y las recomendaciones (Goldstein y Goldstein, 1992).

Lo más importante que deben reconocer los padres, maestros y miembros de la comunidad, acerca del niño con DATH; es que él es una víctima de un problema, que si no tiene cura total, sí existen tratamientos que ayuden a decrementar la intensidad de éste

**CAPITULO 3**  
**EVALUACIÓN DEL NIÑO**  
**CON DATH**

## CAPITULO 3

# EVALUACION DEL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCION POR TRASTORNOS DE HIPERACTIVIDAD

### 3.1. ¿Cómo se Evalúa al Niño con Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad?

#### Evaluación Diagnóstica.

El tratamiento y técnicas conductuales que reciba el niño con DATH, para ser exitoso, deben estar basados en una previa y completa evaluación por ende, en un exacto diagnóstico.

Cuando se les pregunta a los padres cómo fue que percibieron que su hijo tenía conductas diferentes a la del resto de los niños, sus respuestas son muy variadas. Algunos, reportan que casi desde su nacimiento mostraba características distintas a la normalidad de los bebés; otros, reportan una marcada desadaptación a diversas situaciones y actividades, también reportan excesiva movilidad, etc.

Como puede observarse, puede haber una extensa gama de características que pudieran confundirse con DATH. Pueden ser otros tipos de problemas conductuales los que estén causando síntomas del trastorno de hiperactividad, impulsividad o inatención. Y en estos casos, existen niños mal diagnosticados.

Esto es debido fundamentalmente, a la inadecuada o distorsionada información acerca del DATH, y esto complica la habilidad para reconocer el problema y subsecuentemente; elegir el método o estrategia adecuado, y así realmente beneficiar al niño.

Asimismo, existe una gran variedad de niños que realmente presentan el trastorno, y no han sido manejados adecuadamente, ya que carecen de este diagnóstico. Esto hace que el niño pierda las oportunidades que merece, para lograr una digna forma de vida. Muchos padres invierten tiempo, dinero y desgaste físico y emocional, sin lograr resultados positivos.

La evaluación debe incluir la recolección y observación cuidadosa de datos e información específica; obtenida a través de:

1. La Historia Clínica.

La historia clínica es, definitivamente, la fuente más importante de datos, cuya correcta valoración permite ya un diagnóstico de presunción, y con frecuencia, una definición completa del problema. (Velasco, 1976).

Se obtiene a través de ésta, la historia del desarrollo del niño, así como aspectos familiares. Se busca información concerniente a todo tipo de problemas que la familia ha experimentado, los métodos empleados para educar, signos tempranos de las características de la conducta del niño, y todo tipo de eventos en la vida del menor que hayan sido representativos. En base a la historia, se puede conocer la duración de los problemas de inatención, impulsividad e hiperactividad.

Los rubros más generosos en la aportación de los datos son los siguientes:

- a). Los antecedentes personales patológicos y no patológicos (de la familia en general).
- b). Embarazo de la madre.
- c). Tipo de parto y posibles complicaciones.
- d). La historia del desarrollo psicobiológico del niño.
- e). la sintomatología actual.

Pocos cuadros de la psicopatología infantil demuestran con tanta claridad la necesidad de una acción interdisciplinaria. El diagnóstico, y sobre todo la acción terapéutica, exige la intervención de diferentes especialistas. Por ello es que los estudios más completos se obtienen en las instituciones donde se cuenta con especialistas y con los medios instrumentales necesarios para su acción efectiva. Es evidente que el equipo de trabajo debe tener un líder, responsable de la atención total prestada al niño y del curso de la terapia ante el propio paciente y sus familiares. El profesionista responsable debe estar lo suficientemente preparado para la elaboración de la historia clínica, la valoración de los datos, el establecimiento de un diagnóstico y el seguimiento del tratamiento integral.

La anamnesis (interrogatorio sobre las situaciones pasadas y presentes Velasco, 1976) Es parte fundamental de la historia clínica. Los padres, generalmente la madre, constituyen la principal fuente de datos. Siempre se debe intentar la aplicación de un interrogatorio al profesor del niño; igualmente se debe tener en cuenta la información que nos proporcione el trabajador social, acerca de la situación socioeconómica y general de la familia.

El profesionalista responsable del diagnóstico, en éste caso de la historia, no debe confiar excesivamente en sus fuentes de información. Graham y Rutter en 1968, (citado en Graham, 1977), han demostrado que una comparación hecha entre las "quejas" de los padres y los datos obtenidos directamente del niño, señala que aquellos, por regla general, reportan menos hechos que el paciente mismo.

De los antecedentes, importan más los relativos a la historia del embarazo y las circunstancias del parto (datos prenatales, perinatales y postnatales).

Es importante tener en cuenta, que ***la ausencia de datos patológicos en este renglón no invalida un diagnóstico positivo.***

La historia del desarrollo psicobiológico del niño puede resultar útil para el diagnóstico, sobre todo si aporta datos sobre problemas de lenguaje, del sueño, de la coordinación motora en general, etc. De especial valor sería el descubrimiento de una marcada hiperactividad desde muy temprana edad.

La fase referente a la sintomatología, estará enfocada a la valoración de los síntomas más representativos del trastorno: inatención, hiperactividad e impulsividad.

## 2. Exploración o Evaluación psicológica.

La entrevista y evaluación con el psicólogo reviste gran importancia. Por un lado, los datos que aporta la inspección general pueden ser útiles, y por otro lado; se obtendrán datos sobre la percepción, procesos del pensamiento, la verbalización y el lenguaje, coeficiente intelectual y emociones. Esta información se obtiene a través de una evaluación psicológica que incluye una batería de pruebas psicométricas.

## Pruebas Psicológicas

Las pruebas psicológicas son técnicas de evaluación o medición, generalmente utilizadas para medir la inteligencia (aptitudes y habilidades) o rasgos de la personalidad. Las pruebas psicológicas más útiles son aquellas que han sido normalizadas o estandarizadas. Este proceso define los procedimientos exactos que han de ser usados para llevar a cabo y calificar la prueba, y también para dar normas que se refieren a la interpretación de las puntuaciones de las pruebas (Whittaker, 1981).

Aun cuando pareciera que la inteligencia no está relacionada con los problemas conductuales, ésta funge un papel importante con respecto a la impulsividad. Por ejemplo, si el niño va a actuar rápidamente, sin analizar previamente la posible respuesta, ésta dependerá de su nivel intelectual. Si el niño es brillante en la escuela, él quizás obtenga la respuesta correcta (pese a sus deficiencias), sin mucho esfuerzo. La inteligencia pone en ventaja al niño con DATH; y de alguna manera puede ayudarle a decrementar el impacto negativo de sus acciones hacia los demás.

Los niños que presentan un IQ (coeficiente intelectual) por debajo del término medio, tienden a frustrarse más con las excesivas y complejas demandas de la escuela y de la vida misma. Por lo tanto, ellos exhiben mayores problemas de hiperactividad, como resultado de su poca tolerancia ante las situaciones adversas o antagónicas (Velasco, 1976).

Existen muchas pruebas usadas por los profesionales para medir la inteligencia. Sin embargo, muchas técnicas de evaluación o medición, suelen ser subjetivas; ya que existen muchas teorías diferentes acerca de lo que es la definición de inteligencia.

La inteligencia generalmente se considera como una serie de habilidades y aptitudes, que predicen como una persona debe enfrentar y resolver una variedad de situaciones (Goldstein y Goldstein, 1992). No obstante, el término de inteligencia quizás signifique algo diferente para cada persona.

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, una indiscutible característica del niño con DATH es su inconsistencia en la ejecución de una actividad. Esto indudablemente afectará sus respuestas en la evaluación; de igual manera, su constante inatención e hiperactividad

interferirán desfavorablemente en los resultados de la prueba, midiéndose así, más bien, sus deficiencias que su coeficiente intelectual, el cual podría variar en una nueva evaluación.

La personalidad y emociones es un área importante de evaluar. Tienden a utilizarse pruebas proyectivas, debe hacerse una batería de diferentes exámenes y no sólo una de ellas, a efecto de constatar los resultados obtenidos. La observación del profesional es relevante, ésta servirá de apoyo al realizar el reporte psicológico. Es decir, se observará y hará un registro anecdótico de cómo se comportó el niño en la entrevista, al inicio, durante y a final de la evaluación.

Algunos niños con DATH están conscientes de su problema, y como resultado, se muestran tristes, desvalidos y frustrados por sus continuas fallas y fracasos. Otros, parecen abstraídos de su problemática, mostrando indiferencia y/o extrañeza. El área emocional es muy importante en una evaluación, se debe conocer las relaciones emotivas del niño.

Se requiere obtener información acerca de las expectativas del niño, de su autoimagen, de su concepto de los demás, y de la manera en que visualizan sus conflictos.

Este tipo de pruebas, generalmente se apoyan en cuestionarios estandarizados, designados para evaluar la depresión, ansiedad y rasgos de la personalidad.

Las respuestas del niño se comparan con una muestra representativa (de lo que se considera la normalidad).

Como pruebas para establecer el cociente intelectual y obtener otros datos de mayor interés, cabe mencionar la prueba de Stanford-Binet de la inteligencia. Fue ideada por Simon-Binet en 1908 y su última revisión fue hecha en 1972 en la Universidad de Stanford (citado en Whittaker, 1981). Se utilizan frecuentemente el test de matrices progresivas de Raven, el test de Goodenough y el WISC. Wescher Intelligence Scale for Children, (Barkley, 1955, citado en Ausubel, 1980), el test de Goodenough, (Sunderberg 1961, citado en Whittaker, 1981), además de datos relativos a la inteligencia, éste puede aportar elementos que permiten deducir si el niño tiene una imagen corporal confusa y deformada;

aunque estos datos se ven con mayor claridad en otra prueba también muy empleada (proyectiva), la del dibujo de una persona, de Machover.

Entre las pruebas psicológicas que existen para la valoración de facultades específicas, una de las más usadas es la de Bender (Test visomotor de Bender), la cual ayuda a descubrir las dificultades visomotoras. Sin embargo, Velasco (1976), señala que cuando el test se aplica a niños que no han asistido nunca a la escuela y que además viven en el medio rural, los resultados no tienen validez para diagnosticar las dificultades visomotoras. Para niños más pequeños (menores de 8 años), se utilizan las pruebas de Raven y WISC.

La batería de tests que integran la prueba de Marianne Frostig (test del desarrollo de la percepción visual), puede aportar datos de gran importancia para diagnosticar las dificultades de percepción visual. Cuando la causa de estas dificultades es el DATH, se descubren con esta interesante prueba los siguientes datos:

- a) Pobre coordinación mano-ojo que, como se sabe, se relaciona fundamentalmente con la habilidad para escribir.
- b) Disturbios en la capacidad para la discriminación fondo-figura.
- c) Severos problemas para analizar las relaciones espaciales.

Otra prueba que puede proporcionarnos datos útiles para el diagnóstico es la de la retención visual ideada por Benton en 1955, (citado en Benton, 1965). Se emplea con niños de 8 o más años, así como en adultos, y se le considera de especial interés en casos neurológicos.

Los trastornos de la memoria, comunes en los niños con DATH, pueden investigarse con una prueba tan sencilla como la de las quince palabras de Rey adaptada por Taylor.

### 3. Pruebas Académicas.

El objetivo de las pruebas académicas es comprobar si el niño presenta las capacidades que le son demandadas de acuerdo a su edad cronológica y a su nivel educativo. En base a éstas se determinan las áreas académicas donde presenta conflicto (Ausubel, 1980).

Se considera también relevante medir las habilidades académicas del niño, como parte de la evaluación. Si se muestra que el niño puede tener un nivel adecuado en esta área, se

sabrán entonces, que los problemas de ejecución que presenta en el salón de clases, se deben a su inatención. Es necesario, aplicar estas pruebas varias ocasiones y en diferentes situaciones, por la misma inconsistencia del niño con DATH.

#### 4. Recolección de Información Adicional

a). Amistades. Como ya se había enfatizado, el hecho de que el niño sea capaz de hacer y conservar amigos, es un factor importante para lograr un equilibrio emocional y una buena autoestima

Las pruebas al respecto, son a menudo, entrevistas realizadas a padres y maestros, así como una entrevista al niño.

b). Disciplina y Comportamiento en el hogar. El manejo conductual que llevan a cabo los padres con el niño con DATH; es un indicador para conocer los problemas que se suscitan en casa. Esto se realiza a través de una entrevista a los padres, así como, observando la relación que existe entre los padres y el niño.

c). Comportamiento en el Salón de Clases.

Para obtener exacta y confiable información sobre el avance del menor en la escuela, sería conveniente una entrevista con el profesor, y de ser posible, la observación del profesional en la misma aula escolar. Se deben contemplar las expectativas del maestro, observaciones sobre la capacidad del niño para seguir límites y reglas establecidas, y la manera en que reacciona ante las figuras de autoridad.

Cuando la hiperactividad no está siendo adecuadamente manejada y controlada en el salón de clases, se intensificará la inatención de algunos niños. Otros, se vuelven desafiantes y rebeldes.

#### 5. Exploración Médica y Examen Neurológico.

Nunca debe dejarse de hacer una exploración médica rutinaria. Pero en este punto lo más importante es el examen neurológico, que ha de practicarse preferentemente al inicio de la evaluación, o bien, en forma alternada con las otras pruebas.

El DATH no incluye trastornos neurológicos severos y, por tanto, no es de esperar que la exploración descubra agudos signos de anormalidad en el sistema nervioso central. Lo habitual es que obtengan datos que bien pueden llamarse “signos neurológicos blandos”; es decir, aquellos signos ligeros a nivel neurológico que no inciden directamente en el síndrome, pero llaman a la atención por su presencia (Ruiz, 1999).

Los signos que están definitivamente ligados a los cuadros de la sintomatología que reviste el DATH, son los que revelan un significativo retraso del desarrollo de una o más de las funciones de: lenguaje, coordinación motora, percepción, diferenciación derecha izquierda y coordinación visomotora (Velasco, 1976).

“El justo valor clínico de los signos se obtiene considerando el grado de impedimento puesto en relación con la edad mental y cronológica del niño”. (Cohen y cols., 1967).

Las pruebas que se describen a continuación se pueden practicar fácilmente en el consultorio, pues no requieren de instrumentos especiales; sin embargo, por medio de ellas es posible descubrir los signos neurológicos ligeros descritos en renglones anteriores (Duffy, 1974).

1. Prueba dedo-nariz. Consiste en que el niño toque con el dedo índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador. Entre un movimiento y otro el profesional cambia de posición su dedo. Habitualmente, se comprueban las dificultades a que los niños con DATH se enfrentan para conseguir resultados apenas regulares.
2. Una prueba destinada a valorar la habilidad para mover los globos oculares es la siguiente: estando examinador y niño frente a frente, se le pide a aquél que siga exclusivamente con los ojos un objeto, generalmente una pluma, que el profesional mueve en diferentes sentidos. Por lo común, el niño que sufre el trastorno muestra dificultades para hacerlo con éxito y tiende a mover la cabeza para seguir el objeto.
3. La prueba de tocamiento simultáneo, refleja la incapacidad de estos niños para diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel.

4. Se denomina simultagnosia -Leland y Campbell- 1970, (citado en Velasco, 1976) a la dificultad para describir la acción representada en un cuadro. Quien la sufre puede nombrar los objetos que ve, pero no es capaz de describir las acciones que se realizan.
5. Varias pruebas se relacionan con la deambulaci3n. hacer caminar al ni1o con las puntas o los talones de los pies, pedirle que camine por una l3nea tocando con el tal3n de un pie la punta del otro, etc. Todas demuestran las limitaciones de estos ni1os comparados con otros de la misma edad
6. Regularmente los ni1os en edad escolar son capaces de acertar cuando se les pide que identifiquen la letra que en su espalda hemos trazado con nuestro dedo 3ndice (grafestesia). En el caso de DATH, ocurre lo contrario
7. La prueba de vestirse y desvestirse puede aportar datos acerca de la incoordinaci3n, tanto de movimientos gruesos (ponerse y quitarse un su3ter, por ejemplo), como de los m3s finos (atarse las agujetas, por ejemplo).
8. Otra prueba 3til es la que consiste en pedirle al ni1o que se sienta frente al examinador y flexione una pierna, para que su tal3n toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo.

Es de esperar, gran dificultad para ejecutar estas indicaciones en los ni1os estudiados en este trabajo.

9. Pidiendo al ni1o que extienda hacia delante los brazos con las palmas de las manos vueltas hacia abajo, mientras los ojos cerrados, pueden observarse discretos movimientos ("de pianista", suele decirse)
10. Se denomina sinquinesia al hecho de que al intentar un movimiento m3s o menos complicado con un miembro, se produzcan al mismo tiempo movimientos parecidos en el miembro opuesto

Despu3s de la edad preescolar no debe existir la sinquinesia y si aparece puede interpretarse como uno de los signos neurol3gicos ligeros que se describen. Se puede investigar indicando al ni1o que, empezando por el me1ique, toque con la

punta de cada uno de sus dedos de la mano derecha la punta del dedo pulgar de la misma. Si se observa al mismo tiempo a la otra mano se comprobará que los dedos se mueven de igual forma

11. La adiadococinesia o dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos, es un síntoma que con frecuencia se presenta en los casos de DATH. Puede investigarse de diversas maneras. Una de ellas es mostrar al niño ciertos movimientos y pedirle que los ejecute él mismo. Sentados, con las manos sobre las rodillas, podemos ejecutar movimientos alternantes con los antebrazos. Acostados, levantar primero el brazo izquierdo y la pierna derecha y después, alternativamente, los otros dos miembros. Normalmente, después de un principio titubeante e incierto, casi todos los niños mayores de 5 a 6 años pueden hacerlo exitosamente.

12. Estereognosia es la facultad que se tiene de percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpamos pese a no verlos. Para investigarla, basta con poner en las manos del niño, mientras se le mantiene con los ojos tapados, ciertos objetos ya conocidos por él (monedas, llaves, lápices, gomas, etc.) y pedirle que los identifique.

13. Los movimientos de la lengua deben investigarse dando órdenes sencillas y mostrando primero la forma de hacerlos. Se pedirá al niño trate de llegar con la punta de la lengua a la nariz, la barbilla y a ambas comisuras labiales. Todas estas son acciones que resultan difíciles sino imposibles para el niño que sufre DATH

Estas y otras pruebas deben hacerse; llevan poco tiempo y tienen un valor adicional, ya que dan la oportunidad de establecer un buen rapport en un clima agradable, siempre que se hagan como si se tratará de un juego.

## Pruebas Neurológicas (practicadas en el consultorio)

PRUEBA	SIGNOS NEUROLÓGICOS LIGEROS (Dificultad en el niño con DATH).
Dedo-nariz	Tocar alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador (que entre un movimiento y otro cambia de posición).
Mover los globos oculares.	Generalmente no sigue exclusivamente con los ojos un objeto, sino que tiende a mover la cabeza para seguir éste.
Tocamiento simultáneo.	Problemas para diferenciar dos estímulos táctiles, cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel
Simultagnosia.	Inhabilidad para describir la acción representada en un cuadro
Deambulación.	Limitación para caminar por una línea tocando con el talón de un pie la punta del otro, por ejemplo Problemas para caminar con las puntas y/o talones.
Grafestesia.	Tienden a no acertar cuando se les pide que identifiquen la letra que en su espalda se trazó con el dedo índice
Vestirse y Desvestirse.	Muestra problemas en su coordinación de movimientos gruesos y finos
Flexión de pierna con movimientos (talón-rodilla-tibia-suelo).	Gran dificultad para que el talón de su pie toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo.

Brazos extendidos con ojos cerrados	Con las palmas de las manos vueltas hacia abajo, muestra discretos movimientos ("de pianista").
Sinquinesia	Al intentar un movimiento más o menos complicado con un miembro, se produce al mismo tiempo movimientos parecidos en el miembro opuesto.
Adiadococinecia	Dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos
Estereognosia.	Inhabilidad para percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpa pese a no verlos
Movimientos de la lengua.	Le resulta difícil o imposible hacer movimientos de la lengua, como llegar con la punta de ésta a la nariz, barbilla, etc.

### **Electroencefalograma.**

El estudio electroencefalográfico no hace el diagnóstico.(Velasco, 1976, Nieto, 2001).

Una actividad difundida es la de esperar el resultado del E.E.G., para confirmar el diagnóstico. En realidad el E.E.G., debe practicarse siempre, y en ocasiones proporcionará datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable. Lo contrario también es cierto: un niño que presente la sintomatología del DATH puede tener un E E G., totalmente normal.

La principal variación que se puede localizar en los estudios realizados a estos niños, es la llamada inmadurez electroencefalográfica. Esta consiste en un aumento global de la actividad Theta, a la que se suma una respuesta excesiva a la hiperventilación, datos que

frecuentemente se asocian con un ritmo ligeramente más lento que el que rigurosamente correspondería a la edad del paciente.

La prevalencia de anomalías electroencefalográficas en los niños que han sido diagnosticados como DATH, resulta, pues, muy problemática. Por ejemplo, en una investigación realizada por Wender, P.H, en 1967, (citado en Velasco, 1976), se encontró que sólo 12% de los niños con este trastorno, mostraban anomalías electroencefalográficas que variaban de discretas a moderadas, lo cual no resulta significativo en comparación con lo que ocurre en la población sana (aproximadamente la misma proporción).

### 3.2 El Procedimiento de Evaluación Debe Incluir Cinco Pasos:

A). La conducta del niño debe compartir las características básicas contempladas en la definición de DATH, descrito en el Manual de Diagnóstico y estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana (Washington, 1987).

B). Este segundo paso involucra el uso de cuestionarios a padres y maestros. (Ver anexos). Estos ayudan a identificar áreas débiles del niño. Sin embargo, los cuestionarios no diagnostican, sólo describen conductas

C). El tercer paso, incluye la recolección de información objetiva o científica, *concerniente a la conducta del niño, y sus áreas débiles. Contempla la observación del comportamiento del niño en aula escolar, y pruebas que se le aplican para evaluar su atención, muchas veces éstas constan de laberintos, por ejemplo. Una de las más exitosas áreas de evaluación es el uso de computadoras, para medir la atención.*

D). El cuarto paso, contempla la evaluación del niño en una variedad de situaciones (en el hogar, escuela y entorno social); ya que si bien la sintomatología del DATH, no siempre se presenta con la misma intensidad o frecuencia, también es cierto que, usualmente el niño experimenta algún problema en la mayoría de las situaciones cotidianas. Si el problema solamente se manifiesta en una situación

específica (por ejemplo, en casa), es muy probable, que existe otro problema precurrente en ese lugar que provoca al anterior.

E). El quinto paso el más importante, es aquí donde la evaluación debe ser tan cuidadosa para ser capaz de identificar, si los problemas que refleja el niño, son los síntomas del DATH, o pertenecen a otro tipo de desorden

La mayoría de los niños con historia de *DATH*, exhiben problemas desde antes de ingresar a la escuela, los cuales se intensificarán a su asistencia a la misma. No debe olvidarse, que este trastorno, frecuentemente se caracteriza por problemas de lenguaje, sociales, de aprendizaje y conductuales.

Existen casos, en que los niños con *DATH* poseen un alto coeficiente intelectual, lo cual les beneficia en el reto de las constantes demandas educativas; dificultándoles éstas en menor grado, en comparación con los niños que como ellos tienen el mismo problema, pero presentan un bajo rendimiento intelectual. No obstante, aún considerándolos como niños brillantes, el *DATH*; siempre interfiere con su ejecución.

Una vez elaboradas las evaluaciones correspondientes y habiéndose hecho un diagnóstico de *DATH*, los profesionales deben elaborar un reporte completo para los padres. Debe hacerse junto con ellos, una revisión de toda la información recopilada; para hacerlos comprender la problemática del niño, y cómo se siente él. El reporte debe sumarizar el procedimiento de evaluación y contener las razones para esas conclusiones y los tratamientos sugeridos.

Una forma de iniciar el tratamiento, es que los padres entiendan las razones y las causas de las inhabilidades del niño. De esta manera, los padres participarán activamente en la estrategia empleada.

El propósito de un diagnóstico, no es solamente etiquetar al niño, o bien; tomar decisiones sobre un tratamiento en particular (médico netamente, por ejemplo). Es decir, un sólo tratamiento específico no será eficaz para eliminar los problemas o la sintomatología propia del *DATH*. En primera instancia debe recordarse que este trastorno no tiene una "cura" total, pero si pueden decrementarse o controlarse las inhabilidades o deficiencias

que presenta el niño. Esto es posible, con un manejo efectivo, basado en la selección de varios tratamientos (psicológico, pedagógico y farmacológico)

En el siguiente capítulo, se tratará cada uno de ellos.

El Psicólogo J. Antonio Hernández en el año 2000, (citado en Hernández, 2001), realizó un estudio con pacientes que presentan DATH, trabajó con niños de 5, 7 y 9 años respectivamente, evaluándolos con una escala de desarrollo (escala de detección temprana de trastornos neuropsicológicos, (Heres y Sangorri, 1991), evaluación neurológica, estudios complementarios (electroencefalograma, TAC-tomografía AXIAL computarizada y RMF-resonancia magnética funcional)

El objetivo de dicha investigación fue detectar las áreas comunes de conflicto que manifestaban los menores. Se encontraron los siguientes resultados. El 100% de los niños no tenían problemas en la articulación del lenguaje, sin embargo, el 100% presentó conflictos en la comprensión del lenguaje. Así mismo el 100% de los pacientes, manifestó déficit en áreas como: coordinación motriz, sociabilización, hiperactividad, y aprendizaje. Por último pudo observarse que, el 90% tenía problemas en la percepción visual

En base a la aportación anterior, se sugiere el siguiente programa de evaluación, pretendiendo que éste funcione como una guía para los especialistas al realizar la evaluación diagnóstica.

### **Programa de Evaluación Diagnóstica.**

Guía para Especialistas.

#### Áreas de Investigación:

- a) Antecedentes del embarazo.
- b) Antecedentes del parto.
- c) Antecedentes familiares.
- d) Desarrollo psicomotor.
- e) Factores asociados (disfunción cerebral, epilepsia, auditivos, etc).

Áreas de Exploración

- a) Atención
- b). Concentración.
- c). Memoria.
- d). Sensopercepción (visual-auditiva).
- e). Lenguaje (articulación-comprensión).
- f) Coordinación motriz (fina y gruesa)
- g). Sociabilización
- h) Hiperactividad
- i) Impulsividad
- j). Aprendizaje.

Cuestionarios de Evaluación Diagnóstica (ver anexos: tabla no. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19).

**CAPITULO 4**  
**TRATAMIENTOS DEL NIÑO**  
**CON DATH**

## CAPITULO 4

# TRATAMIENTOS DEL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCIÓN POR TRASTORNOS DE HIPERACTIVIDAD

### 4.1 Tipos De Tratamientos Implementados.

Un sólo tratamiento no basta para pronosticar resultados exitosos al tratar el problema de Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad. En primera instancia, se debe tener en mente que este trastorno no desaparecerá totalmente con ningún tratamiento. Por otra parte, se debe considerar que básicamente son tres áreas problemáticas las que caracterizan este desorden conductual: inatención, impulsividad y hiperactividad. Por lo tanto, deberá trabajarse en el manejo y control conductual de cada una de ellas; a efecto de, si no eliminar el DATH, sí decrementar la intensidad del problema. Es por ello, que debe proveerse de diferentes tratamientos que abarquen todas las áreas de dificultad. La mejor de todas las terapias es la multidisciplinaria. El niño con DATH requiere de procedimientos especiales, debe recibir una adecuada psicoterapia y beneficiarse, si el caso lo requiere, con un tratamiento psicofarmacológico cuidadosamente establecido por el profesional encargado.

Existen generalmente tres tipos de intervención usados en los niños con DATH:

- 1) Psicológico,
- 2) Pedagógico y
- 3) Farmacológico.

Los dos primeros tratan de técnicas conductuales, que tanto los profesionistas, como los profesores y padres deben conocer y usar. Uno se refiere al manejo adecuado del niño en casa y en su escuela, para decrementar los problemas relativos al trastorno. El otro consiste en estrategias que incrementan habilidades en el niño para que logre mejorar su atención, inquietud y controlar sus emociones.

Velasco (1976), opina que el manejo psicopedagógico y psicoterapéutico es secundario, si se comparara con el tratamiento propiamente médico.

Sin embargo, Werry (1968), destacado autor en este campo, ha escrito lo siguiente. " el mayor énfasis debe ponerse en las técnicas educativas y conductuales, aunque la medicación..." "...desempeña un papel pequeño, pero específico en el tratamiento de algunos niños con DATH".

Por otro lado, Campbell en 1976, (citado en Campbell, 1982), sugiere que las investigaciones científicas y la experiencia señalan un hecho indudable: "La psicofarmacología, juiciosamente aprovechada, es una valiosa modalidad de terapia dentro del tratamiento integral del niño y el adolescente que sufren trastornos de la conducta o problemas psicopatológicos más específicos"

Este tratamiento se tratará con mayor detalle en un apartado especial

A continuación las tres intervenciones más usuales para tratar el problema del DATH, así como otras alternativas sugeridas por autores son:

#### **4.2. Tratamiento Psicológico.**

El niño con DATH se complementa favorablemente con el manejo psicológico tanto de él como de sus padres.

Los padres de los niños con el trastorno, generalmente hacen preguntas en relación con las causas de éste, el uso del medicamento, el pronóstico, la conducta que deben seguir con su hijo, etc. El hecho de recibir apropiadamente estas respuestas, trae intrínseco un fin terapéutico útil.

Debido a que la mayoría de las veces los padres se responsabilizan de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse. Cuando se entiende bien que el niño no puede reaccionar como es deseable, porque está sujeto tanto a impulsos interiores como a respuestas incontrolables de su sistema nervioso, ante los estímulos que proceden del exterior, se está en mejores condiciones de evitar la angustia propia y la culpa generada por una hostilidad, algunas veces, dirigida al niño (explicable, pero no justificable).

En resumen, si se da una explicación a los padres sobre las causas del diagnóstico, por un lado, se combate la hostilidad contra el niño y, por otra parte, se desvanece o decremента el sentimiento de culpabilidad de los padres.

En ocasiones, el médico o neurólogo responsable de prescribir el medicamento, solicita la ayuda del psicólogo cuando se enfrenta a la oposición de los padres del menor en aceptar el tratamiento farmacológico. El psicólogo puede participar explicando que el medicamento no modificará la raíz del problema, pero si puede favorecer la acción terapéutica. (Nieto, 2001).

Otro aspecto, en que debe trabajar el psicólogo, es que los padres lleguen a reconocer los sentimientos del niño y aceptarlos. Estarán así en mejor posibilidad de a su vez, enseñar a su hijo que una cosa son los sentimientos, siempre aceptables, y otra distinta las acciones, que pueden no serlo. Es natural que el niño se autoculpe menos, si sabe que sus pensamientos no lo convierten en un niño "malo", a los ojos de los demás, en especial ante sus padres. Este aspecto, dentro del tratamiento psicológico del niño con DATH, cobra mayor importancia, ya que debido a la sintomatología tan peculiar, su vida gira alrededor de la angustia, ansiedad, castigo y culpa.

El entrenamiento a padres es un tratamiento muy utilizado en el caso de DATH. (Goldstein y Goldstein, 1992). Este contempla el manejo de técnicas dirigidas a decrementar la sintomatología del trastorno, y el desarrollo de habilidades que le permitan al niño enfrentar las situaciones cotidianas, de una manera adecuada y controlada. El lograr que los padres incrementen o desarrollen su capacidad para entender, comprender y manejar los problemas del niño, reducen la hostilidad y severidad de los progenitores. Algunos estudios del Dr. Horn en 1970, (citado en Arnold, 1978), han sugerido que cuando los padres y profesores reciben un entrenamiento en el control del niño con DATH; se observa una notable mejoría en la conducta del menor; así como en las relaciones interpersonales entre ellos.

Otras investigaciones (Barkley, 1995), muestran que la mayoría de las madres de niños con el trastorno, tienden a dar a su hijo menos reforzamiento que el resto de las madres.

Esto se debe, en muchas ocasiones, a que la madre no ha desarrollado técnicas motivacionales asertivas en el manejo de la problemática del niño

También debería ser parte del tratamiento psicológico, un acercamiento con los profesores, con el fin de asesorarlos y capacitarlos en la difícil labor de educar diariamente a un niño con la sintomatología citada

El menor pasa muchas horas en el ámbito escolar, es una situación en donde se generan muchos efectos secundarios, tales como: baja autoestima, culpabilidad, ansiedad, estrés, rebeldía, etc. Es por ésto, la imperiosa necesidad de intervenir en esta área.

Si no se trabaja conjuntamente, con los padres y los profesores, no habrá una congruencia en los resultados, y por consiguiente; una mejoría notable reflejada en su totalidad. Es decir, si los padres aprenden a manejar asertivamente al niño en casa, no podrán de igual manera, combatir treinta horas (aproximadamente) de estrés y ansiedad escolar, a la semana, en donde se ha generado el fracaso y la frustración. En el caso inverso, sucederá algo similar.

El niño con DATH, necesita congruencia y consistencia en su manejo conductual, en ambas situaciones, tan importantes para cualquiera en su desarrollo general e integral.

El psicólogo encargado del tratamiento, debe contemplar técnicas que le ayuden al niño desarrollar habilidades sociales, que repercuten directamente en el autoestima del niño. Debe hacerle conocer sus aptitudes y motivarle para que se sienta orgulloso de ellas, asimismo; enseñarle cuáles son sus deficiencias y cómo puede trabajar para decrementarlas y/o controlarlas.

Como puede observarse, el papel que desarrolla el psicólogo o terapeuta con el niño con DATH, realmente reviste de gran importancia para tratar la sintomatología del trastorno

#### **4.3. Tratamiento Pedagógico.**

Por la índole misma del trastorno, es en el salón de clase, donde afloran más fácilmente los dos grandes grupos de síntomas; aquellos que afectan la conducta del niño y los que producen las dificultades del aprendizaje. Aún tratándose de un niño cuyos cambios del

comportamiento no sean tan graves en el hogar, en el salón de clases se manifiestan con toda su severidad, distrae y provoca a los demás, no permanece en su sitio durante las explicaciones del profesor, no termina su trabajo, no atiende por tiempo suficiente, etc. La situación se torna frustrante para el niño y para el profesor (Safer y Allen, 1976).

Asistir a la escuela primaria significa que el niño empieza a encarar su fracaso en el aprendizaje, el castigo repetido y la actitud de inaceptación de sus compañeros; todo ello lo va identificando como "el niño diferente".

El maestro Hernández (2001), cita cuatro fases en el proceso de aprendizaje:

1. Capacidad en la Recepción de la Información.

La información entra en el cerebro a través de los cinco sentidos. Para aprender, los más importantes son el sentido de la vista (visual), y el oído (auditivo). La entrada no se refiere a la condición física del ojo u oído, sino a la forma en que el cerebro procesa lo que ha oído o visto.

La percepción es el término que se usa para este proceso central de percibir el mundo. Por lo tanto, es posible que un niño padezca una incapacidad para la percepción visual o auditiva.

Incapacidad de la percepción visual: Se refiere a que el niño confunda referentes visuales, invirtiendo letras como la "d", "b", "p" y "q". Esta confusión puede aparecer en trabajos escritos, al copiar diseños gráficos o al hacer tareas que requieren que los ojos guíen las manos (tarea visual motora). A un niño que padezca problemas visuales motores puede resultarle difícil lanzar una pelota en un partido, formar rompecabezas, utilizar un martillo y clavo, saltar la cuerda, etc.

Existen otros tipos de problemas de percepción visual.

Algunos niños pueden tener dificultad en encontrar su posición en un espacio o pueden confundir la derecha con la izquierda. Otros pueden tener el problema de "la relación entre la imagen y la superficie" (la figura y fondo); es decir, la dificultad para concentrarse en una cosa en particular, en lugar de toda la superficie. Por ejemplo, es posible que al leer se salten palabras o líneas. Calcular las distancias, es otra tarea de la percepción visual.

Un niño puede calcular erróneamente la profundidad y chocar contra los objetos o caerse de la silla. Es posible que dé la impresión de ser descuidado, puede tirar el contenido de un vaso, porque no ha calculado bien la distancia y su mano actúa demasiado pronto.

Incapacidad de la percepción auditiva: Algunos niños tienen dificultad en percibir diferencias sutiles en los sonidos. El niño puede interpretar mal lo que se dice y responder incorrectamente, confundiendo palabras.

La dificultad con la “relación entre la imagen y la superficie” auditiva es otro problema. Por ejemplo, el niño puede mirar televisión en una habitación, en la que juegan otros niños. Una persona que está en otra habitación, empieza a llamarlo: “ven a poner la mesa”. Es posible que el niño no haya “oído”, porque no sabe cómo concentrarse en la voz (la imagen), independientemente de los otros sonidos (superficie). Da la impresión que él o ella nunca están atentos a lo que se les dice.

Algunos niños no pueden procesar las entradas de sonidos a una velocidad normal. Su lentitud en procesar el sonido se denomina retraso auditivo. Aparentemente, pierden parte de lo que se les dice.

## 2. Capacidad para la integración.

Al ser registrada, la información se debe colocar en el orden correcto (secuencia), entenderla en el contexto en que se usa (abstracción) e integrarla con toda la otra información que se procesa (organización). El niño puede tener dificultades en una o varias de estas áreas.

Principalmente, estos problemas pueden aparecer tanto en la entrada visual como con la auditiva.

Incapacidad de orden secuencial: Es posible que el niño haya leído o escuchado una historia y la entienda. Pero al volverla a contar o al escribirla, puede confundir la secuencia de pensamientos o acontecimientos, empezando por la mitad, continuando con el principio y luego con el final.

Es posible que el niño ve “23”, pero escriba “32”. Los errores de deletreo son comunes, aparecen todas las letras, pero en el orden equivocado. El niño puede ser capaz de

memorizar un orden de sucesión; por ejemplo, los meses del año. Pero si se le pregunta qué mes sigue a septiembre, es posible que no sepa seguir la sucesión. Para responder, estos niños tendrían que empezar con el mes de enero y llegar a septiembre.

**Incapacidad de abstracción:** la mayoría de las personas entienden el significado de algunas palabras o frases basadas en la forma en que se utilizan las palabras. Para algunos niños, es difícil entender estas diferencias. Aparentemente, ellos siguen el significado literal de la palabra. Interpretan mal los chistes o juegos de palabras o refranes, y a veces, creen que la gente habla acerca de ellos porque interpretan literalmente lo que la gente dice o hace.

**Incapacidad de organización:** Algunos niños pueden procesar todas las piezas de información, pero tienen dificultad al integrarlas en una imagen completa. Quizás pueden responder a las preguntas al final de un capítulo, pero no pueden explicar el contenido del capítulo. Es posible, que obtengan buenos resultados en preguntas de selección múltiple (en las que sólo se reconocen piezas de información), pero en exámenes de tipo ensayo, los resultados serán diferentes. Se caracterizan por tener dificultades al organizar sus vidas.

### 3. Capacidades de la memoria.

Cuando la información ya se ha registrado e integrado, se debe almacenar para recuperarla más adelante. En general, existen dos tipos de memoria: a corto plazo y a largo plazo. La memoria a corto plazo es la que se recuerda si se le ha prestado la debida atención (por ejemplo, recordar el número de teléfono que dio la operadora, al solicitárselo; éste puede olvidarse si alguien llama, antes de marcar el número). Después de repetirlo varias veces, se retiene la información; es lo que se denomina memoria a largo plazo, y se refiere a la información repetida y almacenada, la cual se recupera pensando a cerca de ella.

La incapacidad de la memoria a corto plazo puede afectar a las entradas visuales de información, pero no a las auditivas o viceversa.

Este niño puede repasar una lista de palabras deletreadas, haciéndolo muy bien (al prestar atención), pero a la mañana siguiente la ha olvidado. El maestro puede explicar un

concepto de matemáticas en la escuela, y el niño lo aprende (está prestando atención), pero por la noche ha olvidado la forma de solucionar el problema. Por el contrario, este mismo niño, es capaz de explicar en detalle algo que él hizo dos o tres años atrás. Con la memoria a largo plazo, no tiene problemas. No obstante; tiene que repasar algo, diez o más veces para aprenderlo, mientras que otro niño, sin este problema, es capaz de memorizarlo en tres o cinco repeticiones.

#### 4. Capacidades de salida.

La información se comunica a través de las palabras (salida del lenguaje) o a través de actividades musculares como escribir, dibujar, ademanes (salida motora). El niño puede padecer una o ambas incapacidades de salida.

Incapacidades del lenguaje: Existen dos tipos de lenguaje oral: espontáneo (cuando iniciamos una conversación) y a petición (cuando alguien nos hace una pregunta).

En el caso del lenguaje espontáneo, se organizan los pensamientos y se encuentran las palabras que se quieren antes de hablar. Con el lenguaje a petición, este mecanismo se hace todo mientras se habla.

Es posible que el niño no presente (aparentemente) dificultad en el lenguaje espontáneo, pero al hacerle una pregunta (lenguaje a petición), se mostrará confuso, pidiendo que se repita la pregunta. Si contesta, es probable que divague o tenga problemas en encontrar las palabras adecuadas.

Incapacidades motoras. El niño puede presentar dificultad al utilizar sus músculos grandes (incapacidad motora mayor), o sus músculos pequeños (incapacidad motora menor). Un niño que padezca problemas motores mayores parecerá torpe, tropezará constantemente, tendrá problemas al andar, trepar o montar en bicicleta. Puede presentar inaptitud al vestirse, abrochar, sujetar, abrir o cerrar los cierres de las prendas de vestir.

El niño que padece incapacidades motoras menores, tendrá dificultad al coordinar un grupo de músculos pequeños, como los de la mano que utiliza para escribir.

Estos niños tendrán una escritura lenta o deficiente.

Tomarán el lápiz o pluma de una forma diferente, y sus manos se cansarán de hacer el esfuerzo necesario para escribir

En Resumen es importante que los profesores conozcan y entiendan las áreas de incapacidades para aprender, que presenta el niño con DATH; así como sus habilidades.

Lo más probable, de acuerdo con las estadísticas (Gordon, 1991), es que el profesor de escuela primaria que atiende a un grupo de 30 niños o más, tenga al menos uno con el trastorno citado en su clase, y quede obligado por esta circunstancia a enfrentar los problemas que de ello se derivan. Habrá de dedicar un tiempo excesivo a su atención individual (casi siempre para advertirle, discutir con él, castigarlo). La frustración resultante conduce a una comunicación aversiva y negativa con el niño, la cual suele expresarse consciente o inconscientemente como hostilidad.

Cualquier medida o estrategia que mejore la conducta del niño con DATH; repercutirá favorablemente en las relaciones con el profesor y los demás estudiantes, y todo el grupo resultará beneficiado; de ahí la importancia de que el maestro sepa cómo debe proceder y cuál es la actitud más conveniente.

Investigaciones practicadas por Ferritor y cols , en 1972, así como por Harris y Sherman en 1973 (citados en Ayllon y Roberts, 1974), durante un año escolar, en grupos de niños sin problemas, han terminado con el mito de que el aprendizaje mejora cuando se mantiene a los niños quietos y callados. En cambio, las experiencias de Ayllon (1974), parecen demostrar que si se eleva el éxito académico de un grupo, mediante las medidas adecuadas (que incluyen recompensas y castigos) mejora como consecuencia directa la conducta general en el salón de clase.

Tratándose de niños con DATH entre 8 y 10 años (Ayllon y Roberts, 1974), las recompensas que mejoran el aprendizaje, prácticamente reducen la sintomatología típica. Autores como Safer y Allen (1976) concluyeron de esto que los programas de tratamiento pedagógico del niño con el trastorno, deben dirigirse tanto a mejorar el progreso académico, como a disminuir la sintomatología conductual.

En las escuelas primarias, suele existir un sistema de premios y castigos en relación con el comportamiento de los niños y con su aprendizaje. La "buena" conducta (permanecer en

su lugar, no llamar la atención del profesor inadecuadamente, permanecer en el salón hasta que el maestro lo indique, etc.), es reforzada y reconocida por el profesor; generalmente por la vía verbal: se estimula al niño a que continúe comportándose como lo hace, se alaba su conducta delante de los demás, etc. En cambio, cuando se comporta "mal" (conductas disruptivas para el grupo), los comentarios del maestro son adversos, se reportan los hechos al director de la escuela, el niño es separado temporalmente del salón, los padres reciben reportes sobre sus faltas, etc. Respecto al aprendizaje, si el aprovechamiento es bueno las calificaciones lo comprueban, el profesor estimula verbalmente al niño, la promoción del grado escolar se concede, etc. Si por el contrario el niño falla en la adquisición de conocimientos, las notas a los padres, las bajas calificaciones y, finalmente, la reprobación del grado, se presentan como sucesos inevitables. Todo esto representa las medidas que, por la experiencia, han comprobado su utilidad y se consideran justas para el control de la conducta infantil en las escuelas. Sin embargo, su aplicación a los niños con DATH resulta inefectiva. La aplicación de los castigos y las recompensas-valiéndose del sentido común no es, así, útil para el control de la conducta del niño con el trastorno (O'Leary y cols, 1970). El mejor consejo que puede darse al profesor en este asunto es el que ignore las faltas que no sean graves y, en cambio, resalte (cada vez que ocurra) la conducta cooperativa y asertiva. Además, los castigos severos son más efectivos cuando se aplican con menos frecuencia (Steinberg y Umansky, 1994).

### **Técnicas Pedagógicas.**

Las técnicas existentes para la enseñanza del niño con DATH, son similares, aunque pueden diferir en cuanto a la duración y a la intensidad con que se aplican.

El logro que resulte del tratamiento pedagógico dependerá de obtener, en primera instancia, un diagnóstico diferencial tan completo como sea posible (Myklebust, 1970).

Marianne Frostig 1963-1964, (citado en Velasco, 76), ha tenido una considerable influencia en México y en el resto de Latinoamérica, especialmente interesante ha sido su test de Desarrollo de la Percepción Visual (D.F.V.P), publicado en 1961; él cual cuenta con

dos revisiones, y proporciona un coeficiente perceptual (P Q) y una edad perceptual (P A), que constituyen datos relativos obtenidos por comparación con otros niños de la misma edad. La doctora Frostig sugiere que si el P.Q , es inferior a 90 debe instituirse un entrenamiento visual especializado Su programa se basa en el desarrollo de las capacidades perceptivo-motoras, como la coordinación muscular fina y gruesa, la imagen corporal, y otras.

Como puede observarse, el profesional encargado del tratamiento pedagógico debe ser competente y con pleno dominio en las técnicas que desarrollará.

Considerando que el tratamiento pedagógico es un valioso recurso para los niños con DATH, se reserva un capítulo especial (capítulo 8), en donde se incluyen Técnicas Educativas.

#### **4.4. Tratamiento Farmacológico.**

Muchos autores apoyan la idea de que el uso adecuado de medicamentos, suele ser indispensable en el tratamiento multidisciplinario que requiere el niño con DATH. Más aún, se dice que las investigaciones científicas y la experiencia señalan como un hecho indudable que la psicofarmacología, juiciosamente aprovechada, es una valiosa modalidad de terapia dentro del tratamiento integral del niño y del adolescente que sufren trastornos de la conducta o problemas psicopatológicos más específicos (Campbell y cols., 1982).

Este capítulo contemplará los aspectos más generales del uso de los fármacos, la justificación de su empleo y la importancia de su adecuado manejo y administración.

En primera instancia hay que reconocer como un indudable hecho que los psicofármacos más que nada sirven para controlar y reducir los síntomas, y no desaparecerán el problema del DATH (Freyhan, 1970, Goldstein y Goldstein, 1992; Velasco, 1976).

Así pues, los medicamentos no "curan", en el sentido estricto del término. En cambio, si modifican conductas y funciones, lo que suele permitir la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el niño exhibe ante los estímulos habituales. Medicamentos, como las anfetaminas, producen la disminución de la actividad

física, una dilatación de los periodos de atención, la mejoría de las actividades visomotoras, la disminución de la irritabilidad y otros cambios. Esto, no significa la curación del trastorno, pero facilita enormemente las funciones del profesor especializado, mejora las relaciones interpersonales del niño y favorece la aceptación de los demás en virtud de la disminución de la agresividad, cuando la hay. En resumen, el medicamento no modifica los factores etiológicos del problema presente, pero si constituyen un claro ejemplo de la utilidad de los psicofármacos.

La elección del fármaco no dependerá únicamente del diagnóstico preciso, sino también de una serie de variables, como la edad del niño, la duración del trastorno, la severidad de los síntomas, etc. (Fish, 1971).

Debe ser un profesional y especialista el encargado del tratamiento médico. Es del todo necesario balancear y confrontar el riesgo que se corre al prescribir una droga (conocer los efectos secundarios). Se recomienda buscar siempre el mejor resultado con el menor número de medicamentos y con la dosis más baja posible, aunque no se presenten los efectos secundarios.

Esta regla esencial es olvidada por muchos, con el resultado de que los medicamentos se prescriben a dosis mayores que las clínicamente útiles, lo que provoca estados de excitación o de sedación con sintomatología somática agregada: anorexia, constipación, sequedad de la boca, etc. (Velasco, 1976).

Otra recomendación, es que no se usen las drogas por un tiempo mayor que el necesario. La reducción y aún la suspensión total de manera periódica debe intentarse a fin de reajustar las dosis y de acortar el tiempo del tratamiento. Además, las dosis tienen que ser individualizadas, puesto que, desde el punto de vista metabólico, cada paciente es único (Eeinsenberg, 1966). Una medida inicial, es la de advertir claramente a los padres del niño acerca de los posibles efectos secundarios (Evelof, 1966).

Esto crea un clima de confianza y convierte en improbable el abandono prematuro de la terapéutica por los padres (Koupernik, 1970). También debe advertírseles sobre los efectos que se buscan al prescribir un fármaco, puesto que después de todo, los niños, al

menos los más pequeños, dependen de sus padres en cuanto a la administración oportuna de los medicamentos.

Desafortunadamente existen quienes los utilizan consciente o inconscientemente con el deseo de controlar la conducta del niño a su conveniencia (Campbell y cols., 1982); otros más, desearían ver que medicación produjese "curas" a corto plazo, sin poner nada de su parte para mejorar los aspectos negativos de la relación con el niño. El profesional encargado de este tratamiento, debe estar alerta ante estos hechos y tratar de evitarlos

Con el fin de no cometer el error de suministrar una infradosis que no disminuya a la sintomatología, y también para prevenir los efectos secundarios, se recomienda empezar con dosis bajas y elevarlas progresivamente, de acuerdo con la comprobación clínica de los resultados. Esta es una recomendación válida para todos los psicofármacos, pero tiene una mayor aplicación en el caso de los estimulantes.

El hecho más importante que se debe considerar, es la respuesta, que el niño con DATH muestre ante la administración de los estimulantes típicos: las anfetaminas y el metilfenidato. Este asunto ha sido objeto de debates desde que Bradley en 1937, (citado en Velasco, 1976), demostró la mejoría que presenta la mayoría de los niños con severos problemas de conducta al ingerir estas aminas. Sin embargo, el tratamiento médico no se reduce al manejo de los estimulantes; existen desde luego otros psicofármacos útiles, que junto con los anteriores pueden clasificarse de la siguiente manera: (Velasco, 1976).

I.	Medicamentos de eficacia comprobada.
1.	Estimulantes
	a). Anfetaminas: benzedrina, dexedrina.
	b). Metilfenidato: ritalin
	c). Pemolina.
	d) Cafeína.
II.	Medicamentos coadyuvantes (de resultados variables)
1.	Antidepresivos: imipraminas. tofranil, anafranil, pertofrán, avantyl, norpramín, etcétera
2.	Tranquilizantes menores:
	a) Difenhidramina: benadryl
	b) Maleato de parabromodilamina: dimetane
	c) Meprobamato: equanil, miltown.
	d). Clordiazepóxido: librium.
	e). Diazepán valium.
	f). Otros.
3.	Tranquilizantes Mayores.
	a) Prácticamente todos, excepto los alcaloides de la rawolfia.
4.	Anticonvulsivantes:
	a). Difenilhidantoina: epamin.
	b). Carbamazepina: Tegretol.
	c). Primidona: mysoline.
	d). Otros.
III.	Medicamentos potencialmente valiosos
	a) Haloperidol: haldol
	b). Propenciazina: neuleptil.
	c). Dipropilacetáto de magnesio: atemperator.
	d) Carbonato de litio
	e). Otros.
<p>TABLA No 3 El medicamento más recomendado para el DATH, es el metilfenidato Ritalin. Velasco agrupó dentro de los estimulantes, las anfetaminas, aunque actualmente se hace una separación entre estimulantes y anfetaminas. (Velasco, 1976)</p>	

### Estimulantes.

La acción paradójica de las anfetaminas es un hecho comprobado desde las primeras publicaciones de Bradley en 1937, y ha sido ratificado desde entonces por muchos autores (Barkley, 1995).

Generalmente se acepta que alrededor de 50% de los niños con DATH, se beneficia con los estimulantes (Ruíz, 1999).

No sólo disminuye la hiperactividad, sino que ocurren cambios favorables en la capacidad de atención, la impulsividad, la memoria y la conducta en general (Sprague y cols, 1970). Sin embargo, algunos autores importantes en el campo de la psicofarmacología infantil, como B Fish (1971), señalan el peligro de caer en el error de considerar siempre a los estimulantes como las drogas indicadas.

Velasco (1976), contempla a los estimulantes como drogas de elección, siempre que se haya realizado un estudio integral del caso y se hubiere llegado a un diagnóstico seguro. Antes de prescribirlos, es necesario explicar ampliamente los efectos a los padres, debido a que las anfetaminas son conocidas popularmente como drogas que causan dependencia, y que son peligrosas y de difícil manejo. Además será conveniente que el médico que las prescribe tenga en consideración los siguientes hechos:

1. Wender en 1970 señaló que puede ocurrir que las primeras dosis provoquen que la hiperactividad empeore, pero en la mayoría de esos casos, pasadas una o dos semanas, se inicia una mejoría general del síndrome (citado en Velasco, 1976).
2. Las anfetaminas producen efectos secundarios, aunque rara vez lo suficientemente importantes como para suspender el tratamiento.

La anorexia, la moderada pérdida de peso, la facies de "niño debilitado" (ojeras, palidez) y el insomnio ocasional, son los efectos desagradables más citados. Un reajuste de la dosis y la mejor distribución de las tomas durante el día, por lo general, logran evitar reacciones indeseables.

Todo ello debe ser explicado a los padres en la forma que se juzgue más conveniente para cada caso. Algunas veces los padres, temerosos por lo que han leído en

publicaciones de divulgación, le preguntan al médico si estos fármacos producen daño cerebral irreversible. Efectivamente, algunas investigaciones demuestran este hecho, que puede ocurrir cuando se emplean dosis del orden de los mil miligramos (un gramo) al día, durante periodos prolongados, generalmente usados por vía endovenosa (Kramer y cols , 1967).

Las dosis que se utilizan en el tratamiento de DATH son incomparablemente más bajas; por otra parte, trabajos realizados por Bradley y Laufer en 1957, (citado en Velasco, 1976), mostraron que no se observan efectos de este tipo, incluso cuando se prolonga el tratamiento por periodos hasta de 5 años.

Las anfetaminas que se encuentran a disposición del médico son la dextroanfetamina (dexedrina) y la forma racémica (benzedrina), cuyas presentaciones habituales son tabletas de 5 mg para la primera y de 10 mg para la segunda.

Para la dexedrina tiende a recomendarse el siguiente esquema: a los niños mayores de 6 años, se les prescribe una dosis inicial de 2.5 mg con el desayuno y 2.5 mg con la comida (ño después de las 2 p.m.).

Se irá incrementando una pequeña dosis, hasta que se obtenga una mejor respuesta terapéutica. Por lo general los resultados se alcanzan entre los 15 y los 25 mg. Divididos en dos a tres tomas al día. (Antiga, 2001).

La benzedrina se maneja con las mismas recomendaciones, pero duplicando la dosis (de tableta a tableta la benzedrina y la dexedrina son equivalentes, pero la benzedrina contiene el doble de mg).

Los autores difieren en cuanto a la preferencia por una u otra, pero parece lógico decidirse por la dexedrina, en tanto que es más potente y utiliza menor cantidad del principio activo. No obstante, Bradley en 1937, (citado en Velasco, 1976), estableció que cuando se administra un tratamiento con benzedrina, posiblemente el cambio más espectacular es la marcada mejoría en el aprovechamiento escolar, aproximadamente en la mitad de los niños. Este autor encontró que los profesores reportaban con más frecuencia una clara superación en los trabajos de aritmética, en la rapidez de comprensión y en la capacidad para cumplir con las labores escolares en general.

En gran parte todo esto se debe al aumento de los periodos de atención. Los estudios de Brackley fueron totalmente confirmados en un trabajo muy posterior hecho por Connors y sus colaboradores (1967). De acuerdo con diversos autores, se concluye que el tratamiento con estimulantes, cuando es efectivo, produce cambios favorables en el área del aprendizaje.

Entre las respuestas negativas del tratamiento con anfetaminas, se pueden distinguir:

- a). La definitivamente contraria a lo deseado, el niño se torna más hiperactivo e impulsivo, y este empeoramiento persiste pasadas dos semanas.
- b). La respuesta que consiste en la aparición de conductas esquizoides como el comportamiento autista, por ejemplo.
- c). La que se equipara a un episodio psicótico agudo.

En estos casos, debe suspenderse la medicación.

Después de las anfetaminas, el medicamento más empleado es el metilfenidato (Ritalin), así lo menciona Velasco, (1976).

No obstante, Steinberg y Umansky, entre otros (1994), opinan que en la década de los 90s, se ha considerado al Ritalin como el estimulante más empleado con los niños que presentan DATH.

Goldstein y Goldstein, (1992) señalan datos de escuelas que han empleado el Ritalin desde 1971 a 1992, observando que éste ha incrementado considerablemente. En 1971, el 40% del medicamento administrado fue Ritalin, pero en 1992 aumentó al 93%.

El Metilfenidato, comúnmente conocido por Ritalin ha creado gran polémica. Algunos autores sugieren que es el tratamiento más efectivo para el DATH, pero otros advierten que su empleo es peligroso; ya que mencionan como efectos secundarios de alto riesgo los siguientes:

### **Interferencia en el desarrollo y/o crecimiento físico.**

La posibilidad de interferir con el crecimiento normal del niño, es uno de los temas más controvertidos.

A principios de 1970, se reportó que los niños que tomaban Ritalin durante uno o tres años, no tenían un desarrollo de crecimiento como el esperado. Después, se reportó que los niños que descansaban de este medicamento, en vacaciones, crecían más rápido que cuando lo tomaban. Este estudio sugirió, que era conveniente suprimir la medicina en fines de semana o vacaciones, a efecto de minimizar el problema generado en el desarrollo del crecimiento. Subsecuentes estudios, en donde se hizo un seguimiento en niños que habían tomado el Ritalin por periodos prolongados (sin suprimir éste en ciertas temporadas), encontraron que después de siete u ocho años, el niño tenía una estatura acorde y correspondiente a su edad cronológica y características particulares. Otra investigación, aportó el dato de que probablemente durante los primeros seis a dieciocho meses de iniciado el tratamiento, exista una leve supresión de crecimiento, pero se elimina posteriormente (Goldstein y Goldstein, 1992; Steinberg y Umansky, 1994).

### **Farmacodependencia.**

Ritalin es un medicamento que sólo puede obtenerse bajo prescripción médica. El doctor debe ser muy cuidadoso al recetar este medicamento, solicitando únicamente la dosis que empleará por mes, esto es con el fin de evitar abuso en su consumo y riesgo de dependencia hacia este tipo de estimulantes (Nieto, 2001).

Steinberg y Umansky, (1994), mencionan que no se han presentado casos de adicción al Ritalin en los niños con DATH.

Lejos de que el Ritalin provoque adicciones, Goldstein y Goldstein, (1992), señalan que existen casos reportados de adolescentes adictos a las drogas y a actos delictivos, que presentan DATH y jamás fueron tratados adecuadamente, y no emplearon ningún tipo de medicamento. Este autor opina que por lo contrario, el uso psicofarmacológico puede prevenir y decrementar estos riesgos.

### Otros efectos.

Del 20 al 50% de los niños, a quienes se les administra el Ritalin, presentan efectos secundarios, tales como; pérdida de apetito, insomnio e irritabilidad. Estos efectos pueden desaparecer gradualmente, o bien; decrementando la dosis del medicamento. También puede funcionar el cambiarle el horario de la toma de éste.

El Metilfenidato está disponible en tabletas de 10, las cuales pueden ser cortadas para su administración. Generalmente se inicia con 5 mg, una o dos veces al día, y esta se recomienda en ayunas.

A cerca de la pemolina su uso se ha extendido en Estados Unidos con resultados muy prometedores. Steinberg y Umnasky, (1992) consideran y recomiendan de que si el niño no responde bien al Ritalin, es adecuado probar con pemolina (Cylert).

No es un medicamento de prescripción frecuente en Latinoamérica.

En cuanto a la cafeína, se ha mencionado un efecto terapéutico interesante obtenido con ella. Se considera un estimulante de acción similar a la de las anfetaminas. No obstante, se carecen de evidencias específicas.

Entre los medicamentos coadyuvantes (grupo II del cuadro), los antidepresivos tienen un sitio entre los que pueden ayudar de manera específica a los pequeños pacientes. Su acción no es tan definida, pero constituyen un recurso cuando los estimulantes han fallado o no se toleran. Los más utilizados son el tofranil, en dosis de 20 a 75 mg., al día (Velasco, 1976).

Dentro del grupo de medicamentos, con resultados variables, está la difenilhidantoina (Espamin-cuarto grupo), se utiliza no sólo como anticonvulsivante, sino en el tratamiento de diferentes trastornos de conductas. Cabe su prescripción en el caso del niño con DATH, cuando habiéndose iniciado el tratamiento con los estimulantes de elección, no se hubieran logrado resultados efectivos.

Formando parte del mismo grupo, están la cabamacepina y la fenilhoxahidropirimidina (Mysoline). Esta última ha mostrado resultados inciertos debido a su difícil manejo. La cabamacepina (Tegretol), en cambio, se usa con mayor frecuencia y en ocasiones

combinada con estimulantes (Nieto 2001) Su prescripción general es la misma que la del Epamin, y la dosis que se recomienda es la de 200 a 600 mg. Al día, distribuidos en tres tomas.

En cuanto a los tranquilizantes menores, la difenhidramina (Benadryl), frecuentemente reduce los síntomas sin causar somnolencia. Una dosis de 2 a 10 mg., al día por cada kilogramo de peso del paciente, se sugiere (Fish,1971).

Los demás medicamentos citados en el cuadro, pueden ensayarse cuando no se han obtenido buenos resultados con los estimulantes, los cuales generalmente se recomiendan como la opción inicial. Las dosis son las mismas que se recomiendan en otros cuadros psicopatológicos infantiles; sin embargo, hay que recordar que el tratamiento psicofarmacológico tiene limitaciones y que no puede compensar las deficiencias educativas y experienciales.

Los medicamentos pueden mejorar el proceso de aprendizaje, pero no seleccionan lo que el niño ha de aprender; también hacen al niño más manejable y afectuoso, aunque no pueden proporcionarle la experiencia de sentirse realmente amado, no borrarle las experiencias pasadas. Es por ello, la insistencia de un tratamiento multidisciplinario.

Para finalizar la anterior referencia al uso de los psicofármacos, se recurre a una cita del doctor Eisenberg, que resume claramente un punto de vista objetivo y equilibrado: "las drogas no son la promesa de un salvoconducto hacia un mundo feliz, ni representan el camino hacia el infierno usadas como un simple y útil componente de un programa integral de tratamiento, pueden ayudar a alcanzar la meta deseada; el desarrollo saludable de la personalidad del niño", (Eisenberg, 1966).

#### **4.5. Tratamiento sin Estimulantes.**

Como se hizo referencia al inicio del capítulo, muchos autores apoyan el uso de un tratamiento psicofarmacológico, como parte del manejo integral del niño con DATH: Mientras que algunos otros, no apoyan esta sugerencia; considerando contraproducente el

uso del fármaco, por su alto riesgo al presentar efectos que tienden a ser nocivos para el menor.

Entre ellos, Diana Hunter (1995), expresa abiertamente su rechazo hacia el medicamento, y en especial los estimulantes

Hunter es conferencista y consultante en temas relacionados con el DATH. Su experiencia incluye más de 12 años de estudios. Es hiperactiva y madre de dos niños hiperactivos. Su teoría elimina el uso de las drogas en el manejo adecuado del trastorno.

Considera que mientras el medicamento quizá ayude a controlar varios síntomas del desorden conductual, por otra parte; éste puede causar en el niño una baja autoestima, ya que creerá que no puede “funcionar adecuadamente o de manera normal”, sin el uso de éste. Se sentirá deprimido.

Recomienda además de terapias conductuales que fortalezcan su autoestima y pedagógicas que mejoren sus problemas de aprendizaje, el tratar con otras técnicas alternativas al uso del medicamento, tales como el ejercicio y una dieta alimenticia específica.

Los estudios han demostrado que la inatención puede ser mejorada sin medicamento. El ejercicio puede ser tan efectivo como el tomar estimulantes. Durante la actividad física, el cuerpo libera relajantes naturales. Otros métodos son ejercicios de ejercitación del pensamiento y juegos de memoria.

En los ejercicios de ejercitación del pensamiento, el niño realiza una serie de acciones en secuencia para obtener un incentivo. Por ejemplo, un padre diría a su hijo que guarde sus zapatos, saque al perro y apague la televisión (en ese orden, para ganar un premio). O bien, el padre, usando la competencia, con las mismas actividades, señalará, además, un tiempo en que el niño deberá completar las tareas, antes de que una alarma suene. Estos juegos, se practicarán sin presiones y nunca en forma demandante. Los juegos de memoria, ayudan a enfocar la atención (un ejemplo sencillo es el de “Simón dice”).

Ha sido motivo de gran debate, el considerar si algunos alimentos y aditivos causan hiperactividad o conductas relacionadas.

Benjamin Feingold (1975), publicó un libro titulado "¿Por qué tu niño es hiperactivo?" En éste cita como causas de la hiperactividad a la comida sintética, conservadores químicos, salicilatos que contienen algunos alimentos y saborizantes artificiales. Notables cambios conductuales fueron reportados por muchos padres que implementaron el programa de Feingold. Se trabajó con 200 niños y 150 padres reportaron mejorías

Otros opinaron, que estas mejorías conductuales se atribuían a la atención extra que los niños recibieron, mientras sus dietas fueron modificadas

Defensores del programa disputaron esta idea, argumentando que de ser cierto, cualquier otra forma de intervención habría dado los mismos resultados

Los padres siguieron reportando el programa de Feingold, como un método efectivo para controlar la sintomatología del DATH.

Benjamín Feingold (1975), propuso un programa, en el cual se elimina el consumo de alimentos que contengan colores sintéticos, conservadores, sabores artificiales, salicilatos y dulcificantes artificiales; ya que reportó que ellos contribuyen en forma significativa al incremento de la sintomatología del DATH. Estos se describen a continuación

### **Colores Sintéticos.**

Los colores sintéticos se usan en un gran número de alimentos como las galletas, pastelillos, refrescos, helados, etc. Aunque el FDA certifica el uso de colores sintéticos, muchos no son aprobados adecuadamente; ya que éstos incrementan la hiperactividad

### **Conservadores.**

Similar a los colores sintéticos, los conservadores artificiales, pueden causar reacciones químicas al cerebro, impidiendo la producción de neurotransmisores, (dopamina), y esto provocará inatención, hiperactividad e impulsividad. Suelen encontrarse en cereales, productos enlatados, frutas secas, productos empaquetados, etc

### Sabores artificiales.

El niño debe evitar sabores artificiales, así como aditivos para realzar o acentuar el sabor de los alimentos. Existen investigaciones, que reportan la destrucción de las células nerviosas en los ratones (Feingold, 1975)

### Salicilatos.

Los salicilatos son componentes naturales que se usan en aspirinas y se encuentran en los siguientes alimentos

• Almendra	• Manzana, sidras	• Vinagre de sidra
• Cerezas	• Polvos de chile	• Pepinos
• Clavo de especia	• Bayas, granos	• Menta
• Grosellas de corinto	• Uvas	• Durazno
• Nectarino	• Naranjas	• Almueña
• Ciruelas	• Pimienta	• Mandarinas
• Té	• Pasas	• Vino
• Café	• Jitomate	
TABLA No. 4 Los salicilatos interfieren en la producción de neurotransmisores (Feingold, 1975).		

Se considera que los salicilatos causan problemas conductuales, al interferir con el cerebro en la producción de neurotransmisores. Una dieta rica en salicilatos y/o en sabores artificiales puede ocasionar que se produzca una sustancia llamada P-cresol que puede ser tóxica, para el sistema nervioso, según lo indican los experimentos en ratas (Jones, 2000)

No obstante, quizás un niño sea sensible a un salicilato incluido en algún alimento, mientras que no muestre estos signos de sensibilidad a otro. Se recomienda, eliminar en forma gradual y temporal productos en la dieta e ir añadiendo uno a uno, para confirmar algún cambio conductual.

### **Dulcificantes Artificiales.**

No es recomendable en la dieta de ningún niño utilizar dulcificantes artificiales, como la sacarina o productos nutrasweet, ya que como se mencionó anteriormente, los productos artificiales contienen conservadores que pueden causar reacciones químicas al cerebro, incrementando la sintomatología del menor.

### **Azúcar.**

Aún cuando se cree que el azúcar incrementa la hiperactividad, estudios controlados no proveen tales resultados. Sólo un pequeño porcentaje de niños han mostrado sensibilidad al azúcar, pero más bien en forma de alergia.

Muchos productos que contienen aditivos o sintéticos, tienen azúcar, quizás ésta es la razón por la que los padres piensan que ella es la responsable de incrementar la sintomatología; siendo que es la combinación de los ingredientes citados la que ocasiona el problema.

En resumen, el Programa de Feingold propone una dieta balanceada alta en proteínas, baja en azúcares y libre de colores, sabores artificiales y aditivos. Esta se propone como alternativa de medicamento, para mejorar la concentración y atención; así como decrementar la hiperactividad.

En este último apartado, se consideró oportuno y funcional abordar un tratamiento que se contrapone al psicofarmacológico; ya que toda información de estudios e investigaciones serias, debe ser considerada y analizada en forma objetiva, si se pretende, como en el actual estudio, proporcionar al profesionista estrategias y técnicas que beneficien el manejo del déficit de atención por trastornos de hiperactividad. Esta información puede capturar la atención, para futuros estudios experimentales.

### Neuro-Psicofarmacología.

Para un adecuado tratamiento no basta saber como actúan los fármacos, es preciso conocer la contraparte, o sea, las diferentes alteraciones que producen éstos dando origen a reacciones tales como la ansiedad.

La variabilidad de la respuesta de cada paciente está dada por la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción.

Para una correcta utilización de los fármacos es necesario el conocimiento de las bases teóricas en las que reposa la práctica médica.

La farmacología abarca todos los aspectos relacionados con las sustancias capaces de modificar la sustancia viva, si se hace un adecuado uso de ésta (con la asimilación de los principios generales de acción farmacológica), el médico aumentará las probabilidades de ayudar al paciente y disminuir la ocurrencia de complicaciones iatrogénicas (aquellas producidas por el médico mismo).

Dentro de la farmacología es importante estudiar dos grandes campos (Brailowsky, 1998):

1. Farmacocinética. Se refiere a todos los procesos derivados del traslado del fármaco dentro del organismo, incluyendo su metabolismo. Para que un fármaco actúe es necesario que llegue a su sitio de acción. Para ello, la sustancia tiene que absorberse. Excepto la piel y algunas mucosas, participa la sangre. Así, la distribución del fármaco dentro del cuerpo puede variar de acuerdo con el flujo sanguíneo o la vascularización regional de cada tejido u órgano.

Para que una sustancia atraviese las membranas celulares es esencial que se encuentre en forma libre (no unida a otras moléculas).

Los fármacos competirán con otras moléculas endógenas (que nacen del interior), contenidas en la sangre (por ejemplo; hormonas, vitaminas, etcétera).

La absorción (facilidad con que un fármaco se incorpora a sus sitios de acción), varía de acuerdo a la presentación del fármaco (tableta, cápsula, etcétera).

El tamaño del medicamento y su solubilidad son variables que interfieren en la transferencia (translocación) del medicamento.

En relación a la distribución del fármaco, es conveniente considerar su volumen de distribución (Vd) De este dependerá el potencial de toxicidad por acumulación.

La distribución de un medicamento, determinará la latencia, duración e intensidad de la actividad del fármaco.

En el caso del cerebro, muchas sustancias pasan de la sangre al líquido cefalorraquídeo de los ventrículos cerebrales.

La eliminación de un fármaco se efectúa por medio del metabolismo, el almacenamiento y la excreción (predominantemente la excreción renal).

El metabolismo (biotransformación) del fármaco se realiza, en gran parte, en el hígado.

El ritmo de absorción y eliminación de un fármaco, determina la frecuencia de la administración del medicamento.

## 2. Farmacodinamia. Se relaciona con los mecanismos de acción.

Los efectos farmacológicos se deben a la interacción entre el medicamento y los componentes específicos del organismo, llamados receptores. Estos se combinan con el fármaco para producir una reacción química.

La interacción fármaco-receptor es reversible por disociación de ambas partes, de acuerdo con la ley de acción de masas. La magnitud de una respuesta está determinada por el número de receptores.

Ahora bien, existen factores que modifican el efecto farmacológico. Entre ellos tenemos:

a). Errores de medicación y cooperación del paciente. El factor más importante que determina la cooperación del paciente, es la confianza que él tenga con su médico, esto aumentará la responsabilidad del doctor para proveer su ayuda profesional.

b). Efectos placebo. Se asocian con la toma de cualquier fármaco, y se manifiestan con alteraciones del estado de ánimo y cambios funcionales relacionados con el sistema nervioso.

- c). Edad. Es indispensable tomar precauciones especiales con los niños, al administrar fármacos que influyan en su crecimiento y desarrollo.
- d). Sexo. En ocasiones las mujeres son más susceptibles a los efectos de una dosis dada del fármaco, quizá por tener menor masa corporal.
- e). Horarios de administración. De acuerdo al horario, existen diferencias en la intensidad del efecto del medicamento.
- f). Tolerancia. Se refiere a la disminución del efecto después de la administración repetida de una misma dosis.
- g). Variables fisiológicas. Tales como la temperatura corporal, el equilibrio ácido-básico, etcétera, alteran el efecto farmacológico.
- h). Factores patológicos. La existencia de cualquier enfermedad, puede modificar la respuesta farmacológica.

Cada paciente es un ente único y la interacción entre las características individuales y el grado de avance de la enfermedad, da como resultado un proceso patológico particular.

La respuesta clínica es la mejor valoración del efecto terapéutico, pero en el caso de los niños, es difícil que logren verbalizar las alteraciones que les provoca un fármaco. Es por ello, que la mera entrevista no permite asegurar las modificaciones que el medicamento produce.

En ocasiones, se requiere una batería de pruebas psicológicas, neurológicas, pedagógicas y neuropsicológicas, con el fin de conocer los efectos terapéuticos y minimizar los colaterales (Uriarte, 1988).

La duración del tratamiento depende del diagnóstico y del estado del paciente.

### **Estimulantes:**

Los estimulantes son un grupo de medicamentos que aumentan el estado de alerta, decrementan la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo, incrementan la iniciativa, Capacidad de atención y concentración y las actividades motoras y verbales.

Después del efecto estimulante, puede presentarse fatiga, depresión, cefalea, agitación y angustia.

El empleo de estimulantes en psiquiatría se limita al tratamiento de niños hiperactivos con o sin daño cerebral, a cierto tipo de fatiga y a insomnio en ancianos.

Se ha visto que calman la agresividad y otras conductas sociopáticas en personalidades explosivas con antecedentes de trastornos de atención (Uriarte, 1988).

### **Modo de Empleo:**

Los estimulantes tienen distinta duración en su efecto terapéutico, por ello el médico debe guiarse principalmente por la respuesta clínica o por los efectos colaterales, para así administrar la sustancia con la frecuencia y la dosis que se necesite, tomando en consideración que la vida media de los estimulantes es diferente: pemolina>anfetaminas>metilfenidato.

La pemolina, generalmente se administra una vez al día. El metilfenidato, de dos y tres veces al día.

No se recomienda administrar los psicoestimulantes después de las 17:00 horas, porque pueden causar insomnio. El tratamiento debe iniciarse con dosis bajas e ir las aumentando gradualmente hasta obtener el efecto deseado.

El efecto terapéutico en niños hiperactivos tiende a presentarse después de dos o tres semanas de tratamiento. Puede suceder que en los primeros días, los síntomas se incrementen o se añadan otros, pero al cronificarse la dosificación, éstos desaparecen.

### **Efectos Colaterales:**

Irregularmente se presenta tensión psicósomática, nerviosismo, irritabilidad, sequedad de boca, palpitaciones, insomnio, agresividad, estados de pánico, alucinaciones, ideas delirantes de daño y perjuicio, diarrea, hipertensión arterial, palidez, cefalea, náusea, somnolencia, cambios en el ritmo cardíaco, decremento de peso, angina de pecho,

depresión (particularmente en niños sobredosificados), mareos, ideas obsesivas y conducta compulsiva (Brailowsky, 1988).

Su prescripción deberá realizarse bajo estrecha vigilancia médica.

Es importante llevar una gráfica del peso y la estatura en los niños que toman estas sustancias por tiempo prolongado

La mayoría de los efectos colaterales mencionados desaparecen cuando se cronifica su administración o se reduce la dosis.

Si se presentan tics, debe suspenderse el medicamento (puede instaurarse un síndrome de Gilles de la Tourette irreversible).

Los efectos colaterales más graves que se han presentado en niños hiperquinéticos son: alucinaciones visuales y agresividad física, movimientos coreiformes y síndrome de Gilles de la Tourette. La presencia de cualquiera de estos síntomas requiere el retiro inmediato de la medicación.

En algunos estudios se ha visto retraso en el crecimiento del niño (Hunter, 1995), sin embargo, no todos los autores coinciden, de todas maneras, en los niños que se les prescriban más de 20 mg/día, es prudente una valoración del peso y la estatura periódicamente y retirarla si se confirma este efecto.

La dosis única por las mañanas parece tener menor efecto terapéutico que la fraccionada en 2 o más tomas, pero se debe considerar la variabilidad individual.

Si el medicamento ha tenido un buen efecto terapéutico, se recomienda disminuir la cantidad hasta encontrar la dosis mínima efectiva; es conveniente realizar pruebas de supresión para percatarse si todavía el medicamento ayuda al paciente, ya que en una parte considerable de los niños el beneficio se limita a unos meses.

En el DATH, se han utilizado principalmente los estimulantes, los cuales producen en el niño estabilidad emocional y mejoría de la conducta (Velasco, 1976. Uriarte, 1988). Este medicamento de acción, no está del todo claro, pero se ha relacionado con un incremento en la dopamina cerebral. Por otro lado, se considera el efecto del estimulante como

paradójico, ya que cuanto más estimulante damos al niño, mayor efecto tranquilizante se produce.

Por otra parte, no se considera efecto paradójico, ya que al facilitar la atención, el niño se torna menos distraído e impulsivo.

Solamente los estimulantes mejoran la capacidad cognoscitiva, la carbamazepina (ejemplo tegretol-anticonvulsivos) tiene efectos colaterales que no favorecen la sintomatología del niño (trastornos de memoria y concentración). La tioridazina (ejemplo: melleril-neurolépticos), puede desencadenar irritabilidad, incrementar la hiperactividad y exacerbar problemas de aprendizaje.

No se recomienda ningún tranquilizante para el Trastorno de DATH (Brailowsky, 1988).

### **Carbamazepina:**

La carbamezepina estabiliza las membranas nerviosas hiperexcitadas e inhibe las descargas neuronales repetitivas. Forma parte del cuadro de los anticonvulsivos.

Algunos estudios han reportado efectos equívocos o negativos respecto a las capacidades cognoscitivas y psicomotoras, dependiendo también de las dosis utilizadas (Brailowsky, 1998). Esta es una de las principales razones por las que no se recomienda su uso en el caso del niño con DATH. Sin embargo, en otros estudios se han observado efectos benéficos sobre la atención y la capacidad cognoscitiva/memoria (Comité Científico, 2000).

La carbamezepina (entre los cuales está el tegretol), suele considerarse adecuado para el tratamiento asociado. Por lo que la combinación del metilfenidato (Ritalin) con la carbamazepina, puede tener resultados benéficos, en el tratamiento médico para combatir el DATH (Hernández, 2001).

No obstante, durante el tratamiento con la carbamazepina, tienen que realizarse evaluaciones basales y periódicas de la función hepática y vigilar el análisis urinario completo.

Por último cabe señalar que la prescripción tanto del metilfenidato como de la combinación de éste con la carbamazepina, no debe basarse solamente en la presencia de características aisladas de la conducta. Se tomará en cuenta la historia clínica y la evaluación completa del niño. La decisión de prescribir el medicamento, dependerá de lo que opine el médico acerca de la cronicidad y la gravedad de los síntomas del niño y de si su edad es apropiada. Aun cuando el Ritalin se considera el medicamento de mayor efectividad para el caso del DATH; el tratamiento no está indicado en todos los casos, por ejemplo cuando la sintomatología se acompaña de reacciones de estrés agudo (Comité Científico, 2000).

Brailowsky (1988) sugiere como mejor alternativa médica para controlar la sintomatología del DATH, al Metilfenidato-Ritalin, haciendo énfasis en las siguientes precauciones y contraindicaciones en el uso de estimulantes:

#### **Precauciones:**

La administración crónica de estimulantes en los adultos pueden desencadenar estados psicóticos (principalmente quienes tienen antecedentes de psicosis familiar o personal, en presencia de una lesión cerebral y en los ancianos).

Todos los estimulantes pueden bajar el umbral convulsivo y desencadenar crisis convulsivas en individuos con o sin antecedentes de epilepsia o anomalías en el EEG.

#### **Contraindicaciones:**

Agitación, ansiedad, depresión, Gilles de la Tourette, esquizofrenia, hipertensión arterial, anorexia, insomnio, disposición a la farmacodependencia, personalidad sociopática, antecedentes de homicidio, tendencias suicidas, embarazo, hipertiroidismo y manía.

#### **Metilfenidato Ritalin.**

10 mg. Caja con 30 comprimidos.

### Dosis

- a). para niños: 5-20 mg/día (vía oral).
- b). Para adultos: 10-70 mg/día (vía oral)

Por vía oral, se absorbe rápidamente. Su vida media (duración) es muy breve (aproximadamente 2.6 horas).

Se afirma que un incremento de la frecuencia cardiaca de aproximadamente 10 latidos por minuto asegura un buen efecto terapéutico.

El metilfenido tiene el efecto estimulante de las anfetaminas, pero con menor acción, como el aumento de la presión sanguínea, de la respiración y de la frecuencia cardiaca, por esas razones se emplea más que las anfetaminas. Sin embargo, a pesar de tener un menor efecto sobre la frecuencia cardiaca es necesario vigilarlo, ya que ocasionalmente puede haber taquicardia, además de que no hay tolerancia para este efecto colateral (Brailowsky, 1988; Nieto, 2001).

**CAPITULO 5**  
**CASOS DEL NIÑO CON DATH**

## CAPITULO 5

### CASOS DE NIÑOS CON DATH

#### 5.1. Casos Generales

Los casos que se describen a continuación, son verídicos de niños que padecen el Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad. Sus respectivos nombres han sido modificados, por ética profesional

#### CASO No. 1

Desde el inicio del ciclo escolar, las maestras de Alicia, se quejan de que a menudo pareciera como si estuviera soñando o fuera de la realidad, no completa sus trabajos, y es extremadamente inquieta.

Sus problemas se agudizaron en tercer grado. A pesar de sus aptitudes académicas, Alicia no logró una buena ejecución en el salón de clases

Ella tiene pocos amigos y no se reportan problemas significativos en su casa, en cuanto a conducta. No parecía ser hiperactiva, hasta que se le practicó una evaluación física, en la cual no logró permanecer sentada.

Un vecino, sugirió que los problemas que presentaba Alicia, eran quizás debidos a la falta de alguna vitamina.

Los padres, inmediatamente se interesaron para que la niña iniciara una terapia, basada en una vitamina, esto se hizo por varios meses, pero no hubo éxito.

Otra persona, señaló que sus deficiencias, se debían a su dieta alimenticia. La familia le cambió el régimen dietético. Al inicio hubo una leve mejoría, sin embargo; ésta duró poco tiempo. Meses después a pesar de gastos económicos y esfuerzos Alicia continuaba como al principio.

La familia observó un comercial en television, sugiriendo que los niños podían lograr el éxito académico, mediante unas técnicas ilustradas en un video. Nuevamente, se invirtió tiempo y dinero, no obteniéndose logros positivos.

Finalmente, los padres concluyeron que realmente no había nada malo con su hija, pensaron que así era su forma de ser, y nada podía hacerse; por lo cual no era necesario buscar tratamientos populares o profesionales.

### CASO No. 2

Se evaluó a un niño de tercer año. El niño sólo experimentaba problemas en la escuela.

No existía una historia de la sintomatología del Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad.

Sus problemas académicos se habían presentado en forma gradual, hace un año.

El niño presentaba coeficiente intelectual superior al término medio, pero presentaba problemas de memoria.

Hasta el tercer año, el niño había sido capaz de aprovechar y canalizar sus habilidades intelectuales, para compensar su problema de memoria, sin embargo; al incrementar las demandas y exigencias del programa educativo (en tercer grado), empezó a manifestar dificultades en la ejecución y aprendizaje. Ante la frustración que experimentó, al no comprender él por qué ahora no era capaz de satisfacer las exigencias del nuevo grado escolar, desarrolló una sintomatología de inquietud, aparente inatención e impulsividad; características recién desarrolladas.

Ante estas características, al ser llevado para una evaluación, se le diagnóstico prematura e inadecuadamente con el problema de Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad.

De esta manera, al recibir un erróneo diagnóstico, por lo tanto; también recibió un inapropiado manejo conductual, basándose en tratamientos no asertivos.

Los resultados, indudablemente, denotaron un fracaso total.

**CASO No. 3**

Alberto es un niño que puede ser considerado como "brillante", posee un buen nivel intelectual.

Cuando inició su instrucción escolar, logró canalizar satisfactoriamente sus aptitudes en las actividades académicas.

No obstante, sus profesores siempre se quejaron de que Alberto no podía permanecer sentado o de que se distraía con facilidad; también reportaron que al poner atención (breves momentos que tenía), sorprendía favorablemente ya que su contribución y trabajos eran buenos.

Empezó a presentar problemas en primer y segundo año, al no ser capaz de esperar en responder, hasta que el profesor finalizara la pregunta, además, sus trabajos tendían a ser inconclusos, no colocaba el material en el lugar adecuado. En un dictado, aún si ponía atención y sabía deletrear la palabra, a él le llevaba más tiempo que a los demás el escribir ésta.

Se muestra impulsivo, en situaciones donde debe elegir alguna alternativa. Tiende a escoger la que requiere o representa menor esfuerzo, y la cual le pareció más atractiva.

No se detiene a analizar una situación antes de responderla.

En el área social, presenta marcados problemas, ya que no tiene amigos, esto es debido básicamente, a su incapacidad de seguir y respetar una organización en los juegos.

No finaliza las tareas, en casa deben repetírsele varias veces una pregunta o una indicación.

Alberto, está conciente de sus problemas, comenta que él siente que no es listo como los demás y que no logra comportarse también como sus hermanos, aun cuando intenta hacer su mejor esfuerzo.

## 5.2. Análisis de un Caso.

Nombre J C

Edad: 12 años

Diagnóstico Inicial. Disfunción Cerebral mínima

Diagnóstico Actual Hiperactividad y Déficit de Atención.

### Historia Familiar.

J C. nació en el año de 1988, en el Distrito Federal de la Ciudad de México, en el Hospital de Petróleos Mexicanos.

Es el primogénito de una familia formada por los padres y tres hijos: J C. de 12 años, su hermano de 9 años y su hermana de 7 años.

El nivel socioeconómico de la familia es de clase media alta. Sus padres son profesionistas, ambos trabajan, compartiendo la economía familiar.

No se reportan antecedentes clínicos significativos o relacionados con la problemática del menor.

### Historia Prenatal y del Parto.

J. C. fue un hijo deseado. El embarazo fue completamente normal, no se presentó ninguna anomalía en éste, por el contrario, la madre lo reporta como el mejor de sus tres embarazos.

La única situación difícil por la que se atravesó en este tiempo, fue la enfermedad de la abuela materna de J.C. (embolia); quien falleció poco después de su nacimiento.

Contrariamente al embarazo, se presentaron muchos problemas durante el parto.

A los nueve meses de embarazo, la madre del menor acudió al hospital, una vez iniciadas las contracciones. Cabe mencionar que se trataba de un domingo, después de un puente

(por una conmemoración histórica). Por tal motivo, se tuvo que acudir al área de urgencias, encontrándose pocos doctores, entre ellos practicantes.

A pesar de las constantes e intensas contracciones, no se consideró necesaria una intervención quirúrgica, ya que la paciente no presentaba una adecuada dilatación, y se prefería un parto normal.

Después de unas horas, se practicó un ultrasonido, lo cual provocó un rápido cambio en la decisión del doctor, al percibir graves complicaciones.

J. C. nació por cesárea, practicándose a su madre la típica anestesia local. Inicialmente la salud de la madre se reportó delicada, pero después de varias horas se normalizó (nunca se especificó el problema que había presentado). No obstante, J.C. se consideró grave desde su nacimiento, permaneciendo veinte días en el hospital (terapia intensiva) y otros más en observación.

Lo único que recuerda la madre del menor, es que él no lloró cuando nació, y que fue rápidamente transportado a otro lugar. Durante su estancia en el hospital no pudo ver a su hijo (3 días), y tanto enfermeras como los doctores temían que el niño no se salvaría. Posteriormente, se le permitió a los padres verlo, ya que aún inconsciente el niño, se recomendó hablarle mucho y motivarlo.

Después de casi un mes, J.C. fue dado de alta. Los doctores consideraron que fue milagrosa su recuperación. Es importante citar, que si bien hubo ineficiencia durante el nacimiento de J.C; por otra parte, se contó con una adecuada intervención (médicos, aparatos, etc.), en el área de terapia intensiva).

Una vez dado de alta J.C., no se le diagnosticó ningún problema, sólo se advirtió de posibles problemas respiratorios que pudiera presentar con el tiempo. Curiosamente, nunca ha padecido ninguna situación al respecto.

No se recomendó ningún tipo de terapia psicológica (de estimulación temprana, por ejemplo). Solamente se le dio fisioterapia pulmonar.

### **Reporte Médico (de nacimiento).**

Se trata de un recién nacido, de sexo masculino, obtenido por cesárea, debido a baja reserva fetal, sin antecedentes prenatales de importancia. Al momento del nacimiento se obtiene producto flácido, sin llanto, calificado con Apgar de 2 y presentando líquido meconial, realizándose de maniobras, con aspiración de meconio de tráquea e intubación, dándole asistencia ventilatoria, vigilancia estrecha, se coloca sello de agua para mejorar su ventilación. Se manejó entre otras cosas con fenobarbital.

### **Desarrollo Psicobiológico.**

J. C. en términos generales tuvo una evolución y desarrollo psicobiológico normal. Sostuvo la cabeza a los 5-6 meses; dio sus primeros pasos en año un mes, controló esfínteres al año tres meses. El único problema en que presentó un lento desarrollo fue en el lenguaje, a los tres años su repertorio verbal era muy escaso, por lo cual tuvo que asistir a terapia de lenguaje.

Se distinguió por ser un bebé sonriente, juguetón y muy inquieto. Cuando empezó a gatear, recorría velozmente grandes distancias.

### **Historia del Problema Actual.**

Desde sus primeros años J.C. se manifestó como un niño muy inquieto, tomaba todo, no se mantenía quieto, iba de un lugar a otro, nunca fue agresivo, sin embargo, tenía problemas con otros bebés ya que tomaba sus juguetes y era tosco al jugar con ellos.

Difícilmente los padres podían asistir a visitas o fiestas de familiares y amigos, ya que tenían que estar detrás del niño todo el tiempo; lo mismo ocurría en iglesias o restaurantes.

El problema se agudizó cuando J.C., ingresó a los 3 años al colegio. Aún cuando se trataba de Kinder I, empezaron las constantes citas con los padres.

Las coordinadoras del colegio, pensaban que como era hijo único, el niño lo que requería era del establecimiento de límites dentro del hogar. Los padres pusieron especial atención a este aspecto, pero los resultados no fueron satisfactorios. En kinder 2 se intensificaron las quejas, ya que aparte de problemas de conducta (no permanecer sentado, tomar todo, no seguir reglas, etc.), se aunó su déficit de atención que repercutía en su rendimiento académico (trabajos sucios e incompletos). No obstante, aprendió sin dificultad, la lectura y escritura, así como la numeración.

Después de dos años de instrucción escolar (periodo en el cual tomó terapia de lenguaje), se decidió practicarle exámenes neurológicos (electroencefalograma), detectándose así ciertas irregularidades y diagnosticándolo a los cuatro años 6 meses de edad como "Disfunción cerebral mínima". El electroencefalograma reportó inmadurez en la actividad bioeléctrica cerebral. Sin paroxismos ni lesiones irritativas, con alfa inestable por theta y actividad theta de franco predominio izquierdo anterior (aunque difuso).

### **Reporte de Terapia de Lenguaje. (Centro Psicopedagógico C y R).**

Fecha de informe-Enero-1993

Edad cronológica al ingresar a terapia-3 años, 7 meses. Cociente lingüístico = 63 (un año de retraso).

Este informe tiene por objeto dar a conocer el proceso que ha tenido el menor desde su ingreso a la terapia hasta su alta.

J.C. ingresó a la terapia durante el mes de abril de 1992 a razón de 2 sesiones por semana de una hora respectivamente (suspendiéndose en agosto por vacaciones de la familia).

El tratamiento del menor se elaboró en base a las áreas de lenguaje y percepción, que se encontraban por debajo de lo esperado para la edad del niño. Los aspectos trabajados durante el período terapéutico fueron:

#### 1.1. Articulación.

##### 1.1.1 Fonemas iniciales.

1.1.2 Artículos de género y número, sustantivos y adjetivos.

1.1.3 Conectivos del lenguaje oral.

1.1.4 Palabras trisílabas y polisílabas.

1.1.5 Discriminación fonológica.

1.1.6 Corrección articulatoria.

1.1.7 Memoria auditiva.

1.1.8 Memoria secuencial auditiva.

1.1.9 Análisis y síntesis auditivo.

#### Expresión verbal e integración.

2.1 preguntas en un texto.

2.2 Descripciones.

2.3 Patrones del lenguaje.

2.4 Razonamiento verbal.

2.5 Clasificación.

2.6 Elaboración de juicios.

2.7 Atención-concentración.

#### Estimulación Perceptual.

1.1 Percepción figura-fondo.

1.2 Coordinación visomotora.

1.3 Constancia de forma.

1.4 Posición en el espacio.

1.5 Ejercitación pregráfica.

### 1.6 Análisis y Síntesis Visual.

Estos aspectos se trabajaron con diferentes materiales y actividades, se logró superar en un 100% el problema de lenguaje, por lo cual con esta fecha se da de alta.

### Sugerencias.

Consideramos necesario insistir en el manejo de reglas y límites en el ámbito familiar, para favorecer los procesos de atención y desarrollo psicosocial.

Lic. Laura P. Sánchez Vela

Lic. Cecilia González Ortiz.

Terapeuta.

Directora del Centro.

### Nota:

Los padres mencionan que se estableció una relación antagónica entre niño y terapeuta, ella se quejaba de su desobediencia (ya que no le prestaba atención al trabajar y no deseaba permanecer sentado).

Cabe mencionar que antes de pensar en una evaluación diagnóstica (con estudios neurológicos), se consultó con el pediatra particular del menor (Dr. Manuel Torres del Toro), quien envió el siguiente reporte a la escuela.

Julio-1992

El niño J.C. inquieto, inteligente, Normal, no es hiperquinético y no tiene síndrome de disfunción cerebral, no ocupa ningún tratamiento por psicoterapia y neuropediatra. Con el tiempo desaparecerá el exceso de actividad.

### Evaluación Diagnóstica.

Hospital Petróleos Mexicanos.

Servicio de Neurología/Marzo-1993.

Por medio de la presente se informa que el paciente J.C., con edad de 4 años ha sido evaluado por el servicio de Neurología, por presentar secuelas de daño perinatal fundamentalmente caracterizado por hipercinesia y retardo en la maduración de lenguaje, existiendo en la exploración neurológica torpeza motora, sin babinski ni sucedáneos, arco plantar baja y paladar ojival.

Electroencefalograma con inmadurez en la actividad bioeléctrica cerebral, sin paroxismos ni lesiones irritativas (presenta alfa inestable por theta y actividad theta de franco predominio izquierdo anterior, aunque éste es difuso

Requiere manejo neurofarmacológico (Ritalín y Depakene)

Entrenamiento psicopedagógico.

Actividad deportiva.

Mejora su socialización con actividad educativa.

(Kinder)

Dr. Francisco Nieto Garduño.

Servicio de Psicología/marzo-1993.

Paciente enviado a valoración psicológica por el médico neurólogo.

Paciente con hiperactividad, problemas de atención, cursó con fallas en articulación del lenguaje, en la actualidad superadas, después de terapia de lenguaje instituida en forma privada.

El niño tiene antecedentes de daño perinatal y disfunción cerebral como consecuencia.

En la valoración de capacidad intelectual, obtiene un coeficiente intelectual total de 94, considerado normal promedio con una edad mental de 4 años.

Requiere continuar en control neurológico, y continuar apoyo psicopedagógico, para mayor maduración perceptual.

Cuando el niño fue diagnosticado con Disfunción Cerebral Mínima”, y comenzó tratamiento médico con el estimulante “Ritalin” y Depakene, mostró una ligera mejoría en la escuela. Sin embargo, sus padres decidieron cambiarlo a una escuela más pequeña, con menor cantidad de niños por grupo (16 niños), a efecto de recibir una atención más personalizada.

### **Preprimaria.**

Preprimaria, la cursó satisfactoriamente con el gran apoyo de una maestra, que estuvo en contacto constante con los padres del niño. Recibió gustosa información escrita del problema del menor (literatura) y siguió animosa las recomendaciones. Sin embargo, la inatención y falta de concentración de J.C., siempre fue evidente, distinguiéndose por sus inconsistentes: un día trabajaba muy bien y otro muy mal. No finalizaba sus labores ni trabajos; parecía que el Ritalin solamente le beneficiaba en cuanto a su inquietud.

Los profesores siempre compartían el siguiente pensamiento (desde pre-kinder hasta la actualidad). “¡Es sorprendente! Parece absorto en sus pensamientos, pero en ciertos momentos le pregunto sobre lo que se trató y contesta maravillosamente”.

Otro problema que manifestó desde temprana edad, fue “torpeza motora”. Se le dificultaba la coordinación motora tanto gruesa como fina.

En forma conjunta con los padres y la maestra diseñaron una hoja diaria de evaluación.

## Evaluación Diaria de J.C.

1. J. C. puso la lonchera en su lugar.	
Carita Feliz	Carita Triste
2. J. C. se sentó en su silla al llegar al salón.	
Carita Feliz	Carita Triste
3. J.C. estuvo atento cuando se explicó el calendario.	
Carita Feliz	Carita Triste
4. J.C. participó en el tema del día _____	
Carita Feliz	Carita Triste
5. J C. terminó su trabajo de _____	
Carita Feliz	Carita Triste
6. J.C. comió su lunch-	
Carita Feliz	Carita Triste
7. J.C. jugó con sus compañeros.	
Carita Feliz	Carita Triste
8. J.C. se formó después del recreo.	
Carita Feliz	Carita Triste
9. J.C. terminó su trabajo de _____	
Carita Feliz	Carita Triste
10. J.C. se despidió de su Miss antes de irse a casa.	
Carita Feliz	Carita Triste
TABLA No 5 Evaluación que ayudó a la aplicación de un programa diario de reforzamiento positivo y negativo	

## Dirección General de Educación Especial

### Clínica de la Conducta-1994

Con el objeto de que J.C. recibiera apoyo psicopedagógico se le canalizó a la Clínica de la Conducta.

Se le practicó una evaluación psicológica, los padres jamás recibieron un informe sobre los resultados de ésta.

Se le integró a una "terapia de hiperactividad grupal", donde el niño fue el blanco de agresiones de otros niños.

Además tomó "terapia para coordinación motora", dándole pronto de baja la "terapeuta", ya que mencionó que no le hacía caso y no la obedecía (siendo que uno de sus problemas era la inatención).

Finalmente, las "psicólogas" a su cargo, mencionaron que no sabían como ayudarlo, y lo canalizaron al Instituto Nacional de Neurología.

En éste se le practicaron los exámenes de rutina, conduciéndolo a una cita mensual con el psiquiatra y neurólogo para el seguimiento del medicamento.

Como ya era tratado en el Hospital de PEMEX, y no observando mayores avances en esta Institución, los padres optaron por abandonar este servicio.

### Primaria

#### Primer Grado.

J.C., contó con el apoyo de dos profesionales maestras (Español e Inglés) que conocieron desde sus inicios el problema del niño (literatura que previamente, los padres les proporcionaron; así como guías y recomendaciones para comprender el desorden del menor).

Esto facilitó de alguna manera el manejo de la problemática del trastorno de J.C., aunque sus características peculiares (inconsistencia en los trabajos, inatención, problemas de sociabilización, etc.), siempre estuvieron presentes. Habían constantes citas entre

coordinadores-profesores y los padres, no para quejarse de la conducta del niño (ya que nunca se le consideró agresivo), sino más bien para replantear estrategias.

Las maestras sabían que una prueba escrita, no era la mejor alternativa para evaluarlo, por lo que recurrían a otros métodos (a veces verbales, conduciéndolo a un salón sin ruidos y estímulos para realizar la prueba, buscando el momento adecuado para evaluarlo, etc).

Los padres empezaron a preocuparse y alarmarse por ciertas conductas que desarrolló e incrementó el niño desde que tomó Ritalin.

Es cierto que mejoró en reducir su excesiva energía, pero como se mencionó, la inatención no se vio mejorada. Se reflejaron en él los efectos secundarios que tiene el medicamento: falta de apetito, dormía poco, ojeras, delgadez, no se apreciaba aumento de talla y estatura.

Pero en realidad, lo que realmente alarmó a los padres fue el marcado aislamiento que manifestó "se absorbía tanto en sus pensamientos", citan los padres que cada vez costaba más trabajo volverlo a la realidad.

No se trataba de una excesiva dosis de Ritalin lo que provocaba esta situación (ya que nunca se excedió de 2 tabletas al día, además se suspendía en fin de semana y vacaciones).

Empezó a desarrollar movimientos estereotipados con sus manos. Caminaba alrededor del patio agitando manos.

Se advirtió al neurólogo sobre esta situación, en varias ocasiones, pero él mencionaba que no debía dejar el Ritalin, pues estaba comprobado que era el mejor medicamento, y de lo contrario, tendría fuertes problemas en el colegio.

Ante tal situación, sus padres optaron por dirigirse a la Dirección del Hospital de PEMEX, y exigir una revaloración del caso, llevando un informe elaborado por la escuela del niño (que los padres habían solicitado).

**Informe del Colegio.****Octubre-1996.**

Por medio, de la presente se envía la información solicitada por los padres del alumno J.C , respecto a la conducta y rendimiento académico del menor, quien inicia segundo año de primaria.

Desde el inicio del año escolar el niño mostró una actitud de rechazo hacia el salón de clases por ser el mismo del año pasado. Asimismo se le observó desconcertado por la ausencia de su anterior maestra de español y con la dificultad para aceptar la nueva.

Su comportamiento durante las clases es inconsistente tanto en lo que se refiere a su nivel de atención como a su desempeño.

Casi no trabaja, se niega a participar en las diversas actividades de grupo, muestra dificultad para captar instrucciones y con frecuencia está "como ausente".

Por lo mismo su rendimiento académico es bajo, ya que nunca logra terminar sus trabajos, aunque lo que no hace en clase lo trabaja en casa y lo trae al día siguiente.

Cuando llega a realizar algo, su escritura es ilegible y desubicada en el espacio. En cuanto a su trabajo oral, habla bajo y como "arrastrando" las palabras, y últimamente cuando tiene que responder en voz alta, se muestra ansioso y busca alguna parte de su cuerpo para golpearse o pellizcarse.

Lo motiva mucho asistir a su clase de computación, en donde logra concentrarse por periodos más prolongados. Asimismo le agrada la clase de natación, aunque no siempre trabaja como se espera de él.

En las clases de música y educación física, no participa en lo más mínimo.

Socialmente el niño se encuentra aislado, no permite ni un roce físico, está en su "propio mundo". Por lo mismo, no se relaciona con sus compañeros, quienes lo respetan, pero muestran cierta extrañeza por su comportamiento.

Durante el recreo J.C. camina alrededor del patio, en ocasiones girando en círculos y moviendo sus manitas, sin comunicarse con los demás niños.

Desde mediados del año pasado a la fecha, los padres solicitaron que la maestra le dé al niño el medicamento (Ritalin), ya sea media o una tableta (según en la escuela se considere necesario, y no como lo decidían ellos antes); sin embargo, no se ha observado ninguna diferencia al variar la dosis

### Revaloración de Diagnóstico.

Hospital Petróleos Mexicanos

Servicio

Neurología.

Fecha

Octubre 1996

J. C. fue remitido al servicio de neurología , ahora siendo el médico responsable, la jefa del área citada

### Informe:

Trastorno de conducta en estudio. Fracaso escolar secundario, 8 años, un mes, enviado porque tiene problemas graves de sociabilización, en su rendimiento escolar, y en general en su interrelación con los demás.

Presenta movimientos estereotipados, repetitivos, actualmente habla poco, no se relaciona con los demás, no permite contacto físico, no ve a los extraños, va mal en la escuela, ha recibido Ritalin desde 1993, sin gran cambio. El depakene le fue retirado en 1995 (éste se inició junto con el Ritalin). Torpeza en movimientos finos y gruesos, lenguaje escaso, pobre no espontáneo, comprende, pero parece tener su realidad aparte.

### Signos Autísticos.

Aplicar resonancia magnética.

Dra Gloria Llamosa.

### Evaluación Psiquiátrica.

Dr Paidopsiquiatra

Raúl Antiga Tinoco

Jefe de Servicios Psiquiatría

Fecha:

Enero 1997

Se consideró el diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad, por lo que se le inició tratamiento psicoestimulante (metilfenidato), el cual dio buenos resultados en cuanto a conducta; sin embargo, se notó lentificación y mayor abandono del mundo externo, por lo que se le suspendió. Al suspenderlo se nota una mejoría en relación a su integración social.

Se le han realizado pruebas psicológicas, resonancia magnética nuclear, EEG , en general con resultados normales, se le ha tratado en forma individual (psicoterapia de juego), con lo que hemos podido entender que el niño tiene un mundo con características que él entiende, pero no puede explicarlas.

Ahora (sin medicamento), se observa con mejor comunicación, acepta mejor el contacto físico, se relaciona a un nivel más adecuado a su edad, pero generalmente el juego no tiene un objetivo adecuado.

### Diagnóstico:

Considero que el paciente presenta: Alteraciones en el desarrollo de la capacidad de interactuar con los demás, un déficit de atención que aumenta su dificultad para comprender el mundo que le circunda, y en consecuencia le es muy difícil internalizar las pautas disciplinarias y de manejo social que requiere, para una buena adaptación al medio escolar, familiar y social, pero que con paciencia y trabajo podrá lograr

Presenta ciertos rasgos autistas, ya que parece que ha creado un mundo interno con símbolos que sólo él reconoce.

Su lenguaje está bien estructurado y se comunica en forma adecuada.

### **Primaria. (Segundo de Primaria).**

En contraste con el curso anterior, se estableció una relación antagónica entre la nueva maestra y J.C. Se quejó inmediata y constantemente de la conducta del niño, etiquetándolo como rebelde y desobediente y sintiéndose incapacitada para su manejo

Aunado a la sintomatología propia que presenta J.C., los efectos de haber dejado el medicamento no se hicieron esperar, incrementándose notablemente la hiperactividad e impulsividad las primeras semanas.

Cabe mencionar, que fueron los padres quienes decidieron suspender el tratamiento del estimulante, aun cuando, los doctores no lo autorizaron. No obstante, en el último informe del paidopsiquiatra, puede observarse que terminó aceptándose como oportuno haber dejado dicho medicamento.

Ante la relación conflictiva establecida entre la maestra y J.C , los padres optaron por cambiarlo a mitad del ciclo escolar, a una nueva escuela.

### **Escuela Actual.**

Desde segundo grado (a mitad de este ciclo escolar), hasta sexto grado (que cursa actualmente), J.C., ha cursado su instrucción escolar en una escuela, donde hay grupos con muy reducido números de niños (seis por salón).

Esto ha permitido, una atención más individualizada hacia el menor. Sin embargo, su sintomatología ha estado presente durante todos estos año (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad y las características secundarias).

Desde el inicio de la adolescencia (12 años) ha decrementado su hiperactividad de la siguiente manera: puede permanecer en su asiento por largos períodos de tiempo, o bien inicia un trabajo y se molesta si no le permiten terminarlo (un escrito, por ejemplo).

Sin embargo, su ansiedad se manifiesta moviendo repetitivamente objetos que tiene en la mano, o con movimientos estereotipados de manos.

Su déficit de atención y memoria no han sufrido cambios, ni una mejoría notable.

No presenta problemas de conducta, pero su aislamiento social persiste, evitando relacionarse con los demás.

A pesar de habersele diagnosticado a los cinco años, y ser evaluado por diversas áreas, los padres recibieron en 1993 el diagnóstico de "Disfunción Cerebral Mínima", término que desapareció desde 1968.

Asimismo recibió tratamiento psicofarmacológico (Ritalin), que le provocó reacciones secundarias de gran impacto (ciertos rasgos de autismo).

En 1996, una especialista en el área de neurología, al ver al niño con los efectos del medicamento, hizo a los padres un nuevo diagnóstico enfocado al autismo.

Aún cuando los padres, buscaron ayuda en diferentes instituciones (La Clínica de la Conducta, en particular), no obtuvieron terapias asertivas enfocadas a la problemática del menor.

Los padres tuvieron que buscar literatura profesional relativa al caso del niño, no obtuvieron por parte de los profesionales una orientación hacia el manejo del menor.

Actualmente, se les plantea un mayor interrogante: ¿Debe considerarse nuevamente un tratamiento médico?, ¿Dónde puede recibir psicoterapia adecuada?, ¿Podrá cursar la secundaria, (donde las demandas son más complejas)? En México, el niño con DATH ¿Qué ayuda recibe?, ¿Qué futuro le espera a todos los niños, que como J.C., son atacados por el DATH?.

**Pensamiento de un Niño con DATH.**

*"COMO YO ME SIENTO".*

*Cuando estoy en clases, yo no respondo nada, a menos  
que repitan mi nombre varias veces.*

*Siento los días sin esperanza, no puedo recordar tantas cosas.*

*Me siento diferente a los demás, sé que me miran con extrañeza*

*Me siento tan tonto e inútil, me cuesta tanto hacer lo que otros hacen  
sin dificultad, intento hacer las cosas bien, pero todo me sale mal.*

*A veces me siento extraño en este mundo, tan fuera de todo.*

*Ojalá no exista la reencarnación, no quiero pasar por lo mismo.*

*Me siento como nada, me siento en el vacío,*

*Eso es lo que yo siento.*

Niño:

(J.C.. 2001)

**CAPITULO 6**  
**GUIAS Y ESTRATEGIAS**

## CAPITULO 6

### GUIAS Y ESTRATEGIAS

El objetivo de este capítulo es que tanto los padres como los profesores del niño con DATH, participen activa y constructivamente en la problemática del menor, a efecto de decrementar su sintomatología, por lo cual se sugieren las siguientes guías y estrategias

#### 6.1. Estrategias en la Casa y la Escuela

El niño con DATH simplemente intenta operar sobre la base de los datos incompletos e inconsistentes que percibe, empujado por impulsos incontrolables. Por esta razón, se requiere trabajar en forma conjunta, para ayudarlo a que aprenda a aceptarse a sí mismo y logre los controles internos necesarios para superar su problema. Para ello, los padres, profesores y gente interesada en el niño, deben adquirir sus propios mecanismos de control.

A continuación se describen algunas reglas generales útiles y prácticas que pueden aplicarse tanto en el hogar como en el salón de clases.

La rutina es indispensable para sentar las bases de un cambio favorable en la conducta del niño. Una vida de orden y organización es conveniente, se debe evitar alterar los horarios establecidos, para la hora de levantarse, las comidas, la tarea escolar, el juego, etc.

La consistencia es recomendable como medida positiva.

Se debe ser consistente en cuanto al apego a un orden previamente establecido, sin cambios de actitud por parte de los adultos, según sus estados de ánimo. Además, debe existir una consistencia congruente entre las disposiciones que establecen tanto el padre, la madre y el profesor.

Debe establecerse una jerarquización de las faltas a las reglas fijadas, ya que debido a la confusión provocada por la conducta impredecible del niño, a menudo se falla al calificar lo que es trivial e intrascendente y lo que es grave.

- Las órdenes e instrucciones deben darse una sola vez y en forma directa. Sin emplear un tono agresivo, ni una actitud dictatorial, al niño no le debe quedar más opción que la de obedecer la orden. Ejemplo:

¿Por qué no guardas tus útiles ahorita"?-incorrecto.

"Guarda tus útiles ahora"-correcto.

Se debe asegurarse de que el niño pone atención al dársele la instrucción (pedirle que repita la orden).

- Responsabilizar al niño de tareas sencillas es una forma de ayudarlo. Es decir, se le debe hacer encargos sobre acciones que él puede cumplir con éxito. El buen aprovechamiento escolar no es la norma en estos pequeños, por ello la sensación de fracaso los invade con suma frecuencia.

Un reemplazo de sus fallos académicos por éxitos estimulantes en otras áreas del comportamiento, puede significar el alcance de un sentimiento de la unión con los demás, y la certeza de que puede participar en tareas específicas, sobre todo si éstas se refieren a su participación responsable en acciones colectivas.

Se intercalarán órdenes de este tipo (previamente identificando las tareas que mejor realiza) con las que representan para el niño un éxito menos probable.

- A efecto de capturar su atención, se recomienda mencionar su nombre y hacer que haya contacto visual entre el niño y la persona que le habla.

- El castigo físico sólo engendra más agresividad, ansiedad y culpa, por lo cual es absolutamente contraindicado. La técnica más operante es la de tiempo fuera, la cual consiste en aislar al niño en un cuarto (no el baño, ni closet) hasta que haya recuperado su autocontrol. La "silla de pensar", puede dar buenos resultados. Se le pide que se siente a reflexionar sobre la conducta inapropiada; así como de sus consecuencias (no debe haber distractores).

Se deben evitar estímulos materiales (dinero) y reemplazar en su medida éstos por actitudes por parte de los adultos.

Identificar tanto las habilidades como las deficiencias (áreas de conflicto) del niño es básico. Se debe trabajar en ambos aspectos. Por un lado, estimularle constantemente sus aptitudes, y por otra parte, ayudarle a superar sus incapacidades.

## 6.2. Guía para Padres.

- Los padres deben darle al niño, diagnosticado con DATH, una simple pero correcta explicación de su problema, para hacerle comprender cómo el desorden le afecta.
- Se debe explicar a todos los miembros de la familia, el problema del niño, a efecto de lograr la comprensión, respeto y apoyo de ellos.
- Elaborar una lista de las reglas y revisarlas con toda la familia. Debe asegurarse que cada una de ellas es comprendida, y tener ésta en un lugar visible.
- Asignarle al niño tareas que él puede realizar con facilidad, y establecer un sistema de gratificación o premiación por completar cada tarea.
- Incrementar en forma gradual la dificultad de las tareas, esto le ayudará al niño a desarrollar su sentido de responsabilidad.
- Establecer metas personales, permitiendo que el niño participe en la determinación de éstas.
- Una vez establecidas las metas, elaborar un contrato entre padres e hijo. Primero, se debe discutir cada meta; posteriormente, escribir sobre ésta y firmarla. Por ejemplo, si la meta es limpiar su cuarto dos veces a la semana. El niño escribirá, "Yo limpiaré mi cuarto dos veces a la semana", luego él firmará. Después, el padre anotará "Yo le ayudaré a lograr su meta, recordandoselo el jueves y domingo. Si él limpia su cuarto como lo prometió, durante dos semanas consecutivas, iremos a ver una película al cine". Luego, firmará el padre o madre.
- Los padres deben asegurarse de que las expectativas que tienen del niño con DATH sean realistas, y que las consecuencias que reciban lo sean también. Las

expectativas deben ser acorde a lo que realmente el niño pueda lograr, de lo contrario solamente incrementará su frustración

- Ayudar al niño a encontrar una actividad, en la cual él puede desarrollarse a su máximo, y se sienta motivado. Se debe evitar actividades, en las cuales sea comparado y que no involucren la competencia.
- Las instrucciones para la realización de las tareas, deben darse una a una. Los niños con DATH, generalmente no pueden realizar órdenes múltiples, asimismo, muestran confusión si el lenguaje empleado es completo. Por consiguiente, se debe utilizar un lenguaje directo y sencillo, dando una a una las instrucciones, hasta que el niño sea capaz de ejecutar más de una petición dadas al mismo tiempo. La instrucción debe estar encabezada por el nombre del niño, por ejemplo: María, pon tu plato en el fregadero ahora.
- Cuando se le dan instrucciones orales al niño con este trastorno, se debe mantener constante contacto visual con él. Si no se está seguro de que el niño escuchó la petición, se le pedirá que repita ésta
- Dar al niño instrucciones directas es benéfico. En lugar de decir: ¿"Estás listo para ir a la cama"?, se le dirá: "Es hora de ir a la cama".
- Animarle a hacer nuevas listas de tareas que puede realizar, y a participar en la evaluación de éstas.
- Los niños con DATH necesitan rutinas. Se debe establecer horario, y respetar éstos.
- Evitar los gritos y castigos, emplear en su lugar técnicas como: Tiempo fuera, reforzamiento negativo.
- Es recomendable diseñar un lugar específico para la realización de tareas y trabajos, el cual le permita enfocar su atención solamente en estas actividades. Debe evitarse estímulos que le distraigan (ruido, juguetes, aparatos llamativos, etc.).

- Enseñar al niño el hábito de anotar pendientes, como una manera de recordar cosas
- Ignorar conductas tolerables (aún cuando no sean del total agrado de los padres), suele ser positivo. Cuando el niño deje de hacerlas se inicie conductas apropiadas, los padres volverán a ponerle atención.
- Los padres deben aprender a diferenciar dos términos, que se prestan a confusión al lidiar con el niño con este desorden, desobediencia e inaptitud para realizar ciertas conductas o actividades.
- El estado de ánimo y temperamento (impulsividad y frustración), de los padres interferirá desfavorablemente en el manejo del niño con DATH. Primero, deben aprender a manejar sus propios problemas.

### 6.3. Guía para Profesores.

- El niño con DATH tiende a distraerse fácilmente con estímulos, es por ello que no deberá sentarse cerca de puertas, baños, sacapuntas, ventiladores, ventanas, etc.
- El lugar idóneo en donde debe sentarse el niño, es cerca al profesor y al pizarrón. La posición de la silla deberá estar en dirección a ellos.
- La organización dentro de un salón de clases es muy importante y beneficia a todos los niños en general (y en específico a los que padecen el trastorno), mediante rutinas. Todos los niños requieren de sistemas de organización. Aquellos que tienen problemas en mantener limpio u ordenado su escritorio, son un perfecto ejemplo.
- El profesor debe hacer el aprendizaje divertido, romper con el molde tradicional empleando toda su creatividad e ingenio, mediante dinámicas que le permitan cumplir con el programa estipulado, pero en forma funcional y práctica
- El maestro debe tener la habilidad para diferenciar entre desobediencia e ineptitud. Esta aptitud la desarrollará al estudiar bibliografía relativa al DATH.

- Deberá alentar y animar al niño, usando incentivos para promover conductas apropiadas.
- Es básico que identifique lo positivo dentro de la problemática del niño
- En base a las áreas positivas que haya detectado, le pedirá actividades que puede realizar adecuadamente, y así; recibirá continuamente reforzamiento. Esto ayudará a mejorar su autoestima.
- No hablar negativamente sobre el niño delante de otros, ni ridiculizarlo ante sus compañeros.
- Negarle el acceso a actividades deportivas o al recreo, solamente incrementará su hiperactividad e impulsividad, presentándose otras reacciones secundarias; tales como: rebeldía, ansiedad, frustración, etc.
- Hacer que sus compañeros entiendan que todos los niños son diferentes en diversos aspectos. Esto puede propiciarse con cuentos, leyendas, etc. De tal manera que los demás niños acepten, apoyen y respeten al niño con DATH.
- Jamás etiquetarlo y respetar su privacidad.
- Ser claro y directo en las instrucciones. Verificar que él las entendió (haciendo que las repita); en caso contrario, repetirlas sin mostrar molestia.
- Evaluar sus trabajos por partes. Es decir, revisar y reforzar verbalmente la ejecución parcial del trabajo.
- Tener un acercamiento afectivo con el niño. Hacer un compromiso de mutua cooperación.
- Presentar las lecciones en forma variada (lecturas breves, participación activa, trabajo en equipo).
- Mantenerlo en constante actividad. Por ejemplo, si finalizó un trabajo y el maestro se encuentra calificando el de los demás, puede solicitar su colaboración recogiendo trabajos, borrando el pizarrón, etc.

- Encomendarle sencillas responsabilidades, se sentirá tomado en cuenta y le mantendrá en constante actividad, canalizando asertivamente su energía.
- Definir y descubrir reglas, anotándolas en un lugar visible. Deberán leerse todos los días, al llegar al salón de clases.
- Nunca compararlo con los otros, y evitar situaciones de competencia.
- Combinar flexibilidad con manejo conductual.
- Hacer un "inventario de intereses", al inicio del ciclo escolar, de cada estudiante; así conocerá las necesidades individuales de ellos e identificará los intereses o actividades que les son gratificantes.
- Con el inventario de intereses, se seleccionará dentro de las materias aspectos que le son motivantes al niño. Por ejemplo, si al niño le apasiona el mundo animal, en la clase de Ciencias Naturales, se tratará en forma amena este tema, o bien: problemas matemáticos se pueden ejemplificar usando los ítems de animales. Esto capturaré la atención del niño, aún en las materias o temas que le sean más aburridos. A menudo los maestros comentan que el niño con DATH, "deja su caparazón", cuando la clase está relacionada con eventos que disfruta o le causan curiosidad.
- De ser posible, hacer que tenga acceso a la computadora para la realización de trabajos. Muchos padres con niños con el trastorno, reportan incrementos en el aprendizaje e interés por las actividades académicas, después de laborar con la computadora.
- El niño con el desorden, suele mostrar dificultad en resolver exámenes escritos, debido a su sintomatología. En estos requiere la constante supervisión y apoyo del profesor, corroborando que entendió las instrucciones y las preguntas. En muchas instancias, es más funcional la evaluación oral. En ambos casos, el niño requiere de un lugar sin estímulos que le distraigan. Es conveniente aislarlo de ruidos, en un salón adecuado.

- Para finalizar trabajos que requieren de mayor atención y concentración, se recomienda enviarlo a un aula, donde pueda laborar en forma tranquila; cuidando que no sienta esta situación como discriminativa o aversiva
- Hablar con el profesor de Educación Física, e informarle de su sintomatología es de suma importancia. Generalmente, el niño con DATH presenta torpeza motora, por lo que deberá apoyársele en esta área.
- El profesor debe establecer una diaria comunicación con los padres del niño, puede ser a través de notas (agenda de la tarea) y con citas mensuales, a efecto de trabajar en forma conjunta.
- Revisar si el niño lleva el material necesario para su tarea y si anotó ésta en su agenda correspondiente.
- No crear una situación antagónica entre él y el niño. Recordar siempre, que estos niños no son responsables de su sintomatología.

#### **6.4. Modelo de Habilidades Sociales.**

##### Paso A

##### **Definición del Problema.**

Generalmente los niños que presentan DATH no se dan cuenta del impacto que causa su conducta ante los demás, esto se debe a su inatención e impulsividad. El no está consciente de que su comportamiento tiende a molestar a las personas y a causarle problemas sociales. El niño debe ser capaz de reconocer y entender su conducta, éste es un inicio básico en la solución de problemas sociales.

Se debe trabajar pacientemente con el niño, para llegar a un acuerdo en cuanto a la definición del conflicto. Se puede ejemplificar sus respuestas sociales con el juego (por ejemplo con muñecos, en donde uno no respeta las reglas del juego)

Identificación de una variedad de posibles soluciones.

No debe esperarse que desde el inicio el niño genere una gran lista de posible soluciones, ya que él no puede analizar más de una, debido a su dificultad en dividir la atención. Por lo que se le debe guiar y ayudar a la elaboración de la lista.

Ejemplo: Conflicto. Dos niños discuten porque ambos quieren ser los jefes en el juego que iniciarán.

Lista de posibles soluciones:

- Agredirse físicamente y el que gane será el jefe.
- Hacer un volado y respetar éste.
- Turnarse, iniciará el que se le ocurrió el juego.
- Suspender el juego,
- Etcétera.

### **Elección de la mejor solución.**

En forma conjunta debe seleccionarse la mejor alternativa para solucionar el problema.

Si el niño insiste en elegir una respuesta que no es adecuada, sin llegar a debate, hay que señalarle los inconvenientes; si aún así, persiste en su decisión, se pasará al siguiente punto.

Ejemplo. El niño elige: Agresión física. Se le dirá que esto provocará que se acabe el juego, se lastimarán, dejarán de ser amigos, etc.

### **Análisis de Consecuencias (Causa-Efecto).**

La comprensión de la causa y efecto es una habilidad para el éxito social. El niño desarrollará la aptitud para definir problemas e implementar soluciones y evaluar los resultados.

Se le ayudará a hacer un análisis exhaustivo de lo causó un problema y las consecuencias que esto puede tener.

Problema.

Por ejemplo La agresión física.

Definición del problema: Lastimar a alguien con golpes, arañños, rasguños, patadas u objetos

Causa:

- a) Inconformidad en el juego (ambos deseaban ser jefes).
- b) Mala elección en la alternativa para la solución del problema,
- c) Ansiedad, enojo, pérdida de control.
- d) Falta de diálogo

Consecuencias:

- a). Lastimarse.
- b). Enojarse.
- c). Suspender el juego.
- d). Posibles castigos (por parte de los padres, maestros, etc.)
- e). Perder a un amigo.
- f). Fracaso social.

Paso B.

Comprensión, definición y ayuda en el Déficit de habilidades Sociales.

La mayoría de los problemas sociales que los niños con DATH exhiben son el resultado de su incompetencia y no necesariamente de su afán en no complacer a los demás.

El castigo sólo crea más frustración y desmotivación.

Investigadores han identificado un importante número de habilidades sociales necesarias para poder establecer relaciones amistosas. En base a éstas, se debe detectar en cuáles el niño presenta conflicto y trabajar en ellas.

A continuación se presenta un cuestionario que facilitará dicha detección:

(Este cuestionario será realizado por el terapeuta con la ayuda de los padres y profesores).

**Cuestionario de Habilidades Sociales.  
Centro de Aprendizaje y de Conducta).**

	El niño.		
	Presenta problemas	Es tan hábil como lo demás.	Tiene más habilidad que otros.
Entablar nuevas relaciones.			
Iniciar una conversación.			
Escuchar durante una conversación.			
Finalizar una conversación.			
Realizar actividades grupales.			
Hacer preguntas y peticiones adecuadas			
Pedir un favor apropiadamente.			
Solicitar ayuda en forma cortés			
Compartir.			
Interpretar el lenguaje corporal.			
Participar en un juego, con éxito.			
Sugerir una actividad.			
Trabajar en forma cooperativa			
Ofrecer ayuda a los demás.			
Agradecer (decir Gracias).			
Elogiar a los demás.			
Aceptar un cumplido.			
Disculparse.			
Entender el impacto que su conducta causa a los demás.			
Auto-reforzamiento.			
Seguir instrucciones.			

TABLA No 6 Goldstein y E. Pollock en 1988 (citado en Goldstein y Goldstein, 1992) elaboraron un cuestionario de habilidades sociales.

Descripción de las habilidades sociales básicas para relacionarse asertivamente.

A. Escuchar a los demás.

Para desarrollar esta habilidad, el niño debe:

1. Establecer contacto visual directo con la persona con quien interactúe.
2. No hablar cuando otros lo hacen.
3. Pensar sobre lo que se está diciendo.
4. Esperar turnos para hablar.

B). Conocer nueva gente.

Las primeras impresiones son importantes. Para interactuar adecuadamente, el niño debe.

1. Decidir si quiere conocer a esa persona.
2. Elegir un tiempo apropiado para la presentación.
3. Caminar hacia la persona.
4. Mirarlo.
5. Decir su nombre y preguntar el de la persona.
6. esperar a que responda.
7. Mencionar algo sobre él o lo que le gustaría hacer.

C). Finalizar una conversación.

El niño con DATH tiende a dejar incompletas las conversaciones, por lo que tiene que aprender:

1. Decidir por qué la conversación será finalizada.
2. Decidir cuando la conversación será concluida.
3. Permitir que termine de hablar la otra persona.
4. Ser amable al despedirse.

## D). Auto-reforzarse

Para que el niño se autopremie por su conducta necesita

1. Decidir si el premio es merecido.
2. Decirle que hizo un buen trabajo.
3. Seleccionar la mejor forma de auto-reforzarse

## E). Hacer preguntas y peticiones.

1. Decidir que preguntar.
2. Decidir a quien preguntar.
3. Planear cómo preguntar en un momento adecuado
4. Conseguir la atención de la persona.
5. Expresar lo que quiere en forma amistosa.
6. Decir gracias.

## F). Seguimiento de Instrucciones.

1. Escuchar lo que se dice.
2. Hacer preguntas, hasta que quede claro lo solicitado.
3. Repetirse las instrucciones (asimismo).
4. Realizar las peticiones, una por una, en el orden dado.

## G). Compartir.

1. Reconocer que compartir es importante para hacer amigos.
2. Decidir si él tiene algo para compartir.
3. Decidir con quién quiere compartir.
4. Elegir un buen tiempo para compartir.

## H). Comprensión del Lenguaje Corporal.

1. Mirar a la persona y observarla.

2. Observar la cara de la persona.
3. Intentar identificar como la persona se siente, mediante el análisis y observación de sus expresiones faciales
4. Observar el cuerpo y postura.
5. Si hay dificultad en identificar a la persona, preguntarle cómo se siente.

I). Participación en juego.

1. Entender todas las reglas del juego.
2. Revisar reglas antes de iniciar el juego.
3. Decidir en qué orden se iniciará éste.
4. Esperar turnos para participar.
5. Al finalizar el juego, decir algo positivo a los integrantes de éste.

J). Sugerir una actividad.

1. Decidir una actividad que él quiera hacer.
2. Decidir con quién desea realizar esa actividad.
3. Esperar el momento adecuado para proponer un juego o actividad (no interrumpir un juego a medias).
4. Solicitar en forma amigable (sin imponer).
5. Aceptar si el resto de los miembros del juego no desean esa actividad.

K). Cooperación.

1. Decidir en qué puede cooperar.
2. Decidir cómo puede colaborar.
3. Realizar con agrado y responsabilidad la parte del trabajo que le corresponda.
4. Escuchar a los demás y observar su participación.

5. Mostrar respeto por el trabajo de los demás.

L). Proporcionar ayuda.

1. Decidir si alguien necesita ayuda.
2. Decidir si la persona desea que se le ayude
3. Pensar en qué forma podría auxiliar.
4. Pensar cómo preguntar, si se desea ayuda.
5. Escoger un momento apropiado para ofrecer ayuda.
6. Aceptar si la persona no necesita de su colaboración o ayuda.

M) Decir "Gracias"

1. Decidir cuando y en qué momento requiere dar las gracias.
2. Pensar en formas para agradecer.
3. Elegir la manera más apropiada para agradecer.
4. Ser amistoso al decir "gracias".
5. Mencionar a la persona el por qué agradece algo (en caso de requerirlo).

N). Ofrecer cumplidos.

1. Decidir qué le gustaría decir a alguien (un cumplido).
2. Elegir la forma más apropiada, el lugar y el momento.
3. Ser respetuoso al hacer el elogio.

O). Aceptar cumplidos.

1. Reconocer un cumplido.
2. Mostrar respeto y aceptación por el cumplido.
3. Decir "gracias".

P). Disculparse.

1. Decidir si su conducta requiere de una disculpa.

2. Reconocer si se ofendió a alguien.
  3. Elegir la adecuada manera, tiempo y situación para disculparse.
  4. Ser honesto al disculparse.
- Q. Entender cómo su conducta afecta a otros.
1. Reconocer e identificar qué conductas de él afectan a los demás.
  2. Observar cómo estas conductas afectan.
  3. Observar la expresión corporal de las personas, cuando hace éstas conductas.
  4. Escuchar la respuesta verbal de los demás, cuando se comporta inadecuadamente.
  5. Analizar las causas y efectos al realizar ciertas conductas.
  6. Aceptar que sus conductas no son aceptadas por las personas.
- R). Reconocer los sentimientos de los demás.
1. Escuchar a los demás
  2. Reconocer el estado anímico de las personas (expresión facial, tono de voz, etc).
  3. Considerar las razones por las que una persona muestra diferentes estados de ánimo.
  4. Decidir cómo puede hacer él para que la otra persona se sienta mejor (qué puede decirle).

Muchas de estas habilidades sociales pueden ser desarrolladas a través del juego, intercalando diferentes roles. Empleando primero conductas inapropiadas y en otra situación, las pautas conductuales adecuadas.

El niño con DATH; requiere practicar estas habilidades más de una o dos veces.

Esta labor es propia de un profesional que maneje grupos de entrenamiento de habilidades sociales, dando así oportunidades para la intervención e interacción.

### Paso C.

#### Oportunidades

El niño que presenta dificultad para hacer y conservar amistades, necesita de la ayuda de padres, hermanos, maestros, etc., para ampliar su rango de oportunidades y así practicar las habilidades sociales que le han sido enseñadas y actuadas durante su entrenamiento

#### **6.5. Guía para Padres con Hijos Adolescentes, con DATH.**

El Psicólogo Dr. Arthur Robin en 1990, sugirió ocho pasos para mejorar la comunicación y el manejo conductual de los padres con sus hijos adolescentes (citado en Barkley, 1995).

1. Los padres deben tener conocimiento acerca de cómo la sintomatología del DATH, interfiere en el proceso de la adolescencia. El castigo y situaciones aversivas para controlar su comportamiento, sólo provocarán más agresividad, resistencia y sarcasmos en sus hijos.
2. Los padres deben aprender a ofrecer consejo y ayuda a sus hijos, sin ejercer presión ni autoritarismo arbitrario. Se recomienda manejar la negociación para resolver conflictos y tener una efectiva comunicación.
3. Los padres deben ser cuidadosos al elegir prioridades. Es decir, la negociación de conflictos requiere dirigirse básicamente a aspectos importantes en el desarrollo del adolescente, por ejemplo; es más importante cuestiones como tareas, calificaciones, el respeto a las figuras de autoridad, que la limpieza de su cuarto.
4. Los adolescentes deben recibir el entrenamiento de habilidades sociales, descrito anteriormente.
5. Los padres necesitan tener mucha comunicación con sus hijos, plantearles en forma armoniosa el problema que padecen, su sintomatología y todas las técnicas disponibles para su mejoría.
6. Aún contando con la información necesaria para entender su conflicto, el adolescente seguirá requiriendo la cooperación y apoyo de sus maestros.

7. El adolescente necesita profesionales que le auxilien para el desarrollo e incremento de habilidades que le permitirán minimizar sus conflictos. Además, requiere de asesorías académicas y técnicas para la organización y planeación.

8 Finalmente, el Dr. Robin (citado en Barkley, 1998), sugiere que unos días al año, los padres tomen vacaciones solos, y busquen situaciones relajantes.

Por último, cabe mencionar las siguientes sugerencias:

Los padres deben tener en mente trabajar en:

- Mejorar la actitud de su hijo (la cual es el reflejo de su frustración).
- Elevar su auto-estima (reforzándoles verbalmente sus actitudes positivas).
- Cuidar el mensaje verbal que se le envía:

Inadecuado- "Oh que maravilloso acomodaste tu ropa, ya era tiempo".

Adecuado- "Aprecio que hallas acomodado tu ropa, buen trabajo".

Infundir confianza (enseñarle a creer en él, reconociendo sus aptitudes):

Alentar (valorar sus esfuerzos).

Motivar (dividir un trabajo en actividades incrementará sus oportunidades de éxito, especialmente cuando se le presentan en forma interesante).

Expresar orgullo (esto ayuda a edificar una autoconfianza laboral y tener determinación).

Dar independencia (permitirle hacer elecciones y sugerencias para alcanzar su identidad e individualidad).

Interdependencia (animarle a participar en una actividad le ayudará a ser interdependiente y evaluar sus esfuerzos dentro de un grupo).

Ser escuchados (se sentirá valioso si es escuchado y comprendido).

Brindar apoyo (debe saber que cuenta con el apoyo y cariño de su familia, buscar asesoría profesional).

Respetar sus sentimientos y emociones (permitirle expresarse sin comentarios que le avergüencen, no debe reprimir sus emociones)

Ser paciente (los padres deben ser sus modelo y le transmitirán esta enseñanza, con lo cual controlará su impulsividad)

Controlar emociones (diferenciar rebeldía y desobediencia con incapacidad o emociones incontrolables, evitar que se torne una relación antagónica, entre ellos)

Proveer intereses (buscar e identificar sus habilidades y permitirle desarrollarlas).

Brindar afecto (necesita sentirse querido, el reporte verbal debe ser congruente con las acciones)

## 6.6. Estrategias Conductuales

A continuación se describirán las estrategias conductuales que Barkley (1995), recomienda para aplicar en la modificación de conductas inadecuadas

### Tiempo fuera.

El tiempo fuera se recomienda para los niños que fluctúan entre los 4 y 12 años de edad.

Esta estrategia se maneja como "castigo", retirando al niño de la situación (en la cual se comportó inadecuadamente) a un lugar en donde se encuentre solo (su cuarto, por ejemplo Nunca closet o lugares aversivos). Debe vigilarse que no juegue, vea televisión, etcétera; de tal manera que funcione como una consecuencia de su mal comportamiento. Previamente se le explicará brevemente el por qué de esta decisión y lo que no le es permitido hacer.

El propósito del tiempo fuera es que el niño analice o comprenda que hizo algo que sale de las reglas establecidas, después de esto, él decidirá retomar a la situación donde se creó el conflicto, mostrando una actitud diferente

Una vez iniciada esta técnica conductual, deberá el niño permanecer solo, sin hacer caso a chantajes como gritos o llanto.

### **Silla de Pensar.**

Es muy efectiva, ya que sin violencia física o verbal, el niño aprende a hacer una reflexión de su conducta y del impacto que ésta tiene sobre los demás. Esta técnica puede usarse en casa como en la escuela. La silla debe colocarse en una esquina, sin que el niño pueda patear la pared; sin objetos que le distraigan.

Es importante considerar la siguiente observación: El tiempo fuera y la silla de pensar, deben emplearse únicamente como técnicas para "castigar" constructivamente los malos comportamientos, y no para incrementar o desarrollar habilidades o capacidades. Por ejemplo, si un niño no logra o no puede leer correctamente, el uso de estas estrategias no mejorará su habilidad de lectura o aprendizaje

### **Castigo Físico.**

Como ya se mencionó anteriormente, el castigo físico no es recomendable. Este únicamente generará problemas secundarios como: sentimientos de frustración, enojo, ansiedad, rebeldía, etc.

### **Reforzamiento Positivo.**

Esta técnica es muy valiosa para incrementar conductas apropiadas en el niño. Principalmente, si se considera que el niño con DATH tiende a tener mayor historia de fracasos que la normalidad de los menores. Además, su misma impulsividad hace que requiera de estimulación rápida y constante.

Se recomienda establecer junto con el niño un programa de reforzamiento, para que éste sea realmente motivante para el niño. Hay que sentarse con el niño y explicarle que se desea darle una gran premiación merecida por las cosas buenas que hace y mostrarle el programa. Por ejemplo:

desea darle una gran premiación merecida por las cosas buenas que hace y mostrarle el programa. Por ejemplo

CASA			
Actividad	Puntuación	Premiación	Costo
Vestirse solo	5	Ver televisión (30 min).	4
Lavarse manos/cara.	2	Nintendo (30 min).	5
Cepillarse los dientes.	2	Jugar en el patio.	2
Hacer la cama.	3	Usar un juguete especial	4
Recoger juguetes.	3	Comer en la calle. (Burger Boy, Mc.Donalds, etc).	15
Etcétera			

TABLA No. 7 Si por ejemplo el niño durante el día obtuvo 9 puntos (vestirse solo, lavarse manos/cara y cepillarse los dientes) Por lo tanto puede elegir como premiación ver televisión y nintendo 9 puntos. (Steinberg y Umansky, 1994)

ESCUELA			
Actividad	Puntuación	Premiación	Costo
Permanecer sentado	3	Jugar con plastilina	3
No interrumpir	3	Llevar a casa el juguete especial	10
Finalizar un trabajo	5	Ser jefe de grupo por un día	15
Etcétera.			

TABLA No. 8 Este programa se puede generalizar en paseos, tiendas, restaurantes, iglesias, visitas, etc. Las actividades y premiación deben ser congruentes con la edad y gustos del niño (Steinberg y Umansky, 1994)

### Reforzamiento Negativo.

Esta técnica debe usarse sólo de manera constructiva y ser empleada simultáneamente con el reforzamiento positivo. Por ejemplo, si se le pide al niño completar una tarea que se negó a hacer (o no pudo), el profesor o los padres continuamente irán con él a checar si lo está haciendo (durante periodos breves de tiempo). Esto ayudará a brindarle

### Auto-monitoreo

Esta técnica le envía al niño con DATH, una señal para "recordarle" lo que debe hacer. Se emplea mucho en las actividades rutinarias en el hogar. Por ejemplo, los padres y el niño pueden cooperar estructurando un programa de actividades rutinarias requeridas. Después grabar con la voz del niño una cinta que le recuerde que debe hacer en ese momento. El cassette puede incluir su canción favorita entre cada instrucción.

### 6.7. Recomendaciones de Rutinas o Programas Diarios.

En la mañana

- Al despertar el niño, ayudarle con un recordatorio de lo que tiene que hacer cada mañana.
- Pegar en su recámara una lista de las actividades que tendrá que hacer durante la mañana, tarde y noche, (anotando horarios)
- Colocar una alarma que le indique el tiempo que deberá invertir para llegar a tiempo al colegio.
- Si el niño despierta malhumorado, ser positivos y animarle
- Darle un desayuno nutritivo.
- Tener el suficiente tiempo para que pueda completar sus actividades matutinas.

En la tarde:

- Escribir un listado breve y sencillo de actividades que hará el niño al llegar del colegio. El deberá ir marcándolas conforme las realice
- Reservar un tiempo para auxiliar al niño en su tarea.
- Programar un tiempo específico para juegos o alguna actividad recreativa (deporte, por ejemplo)

En la noche:

- Que el niño ordene su uniforme para el día siguiente
- Revisar que guarde libros, cuadernos, etcétera, en su mochila
- Permitirle participar en la preparación de la cena

Al dormir:

- Asegurarse de que se lave dientes, ordene juguetes o ropa
- Reservar tiempo para hablar con él antes de que se duerma, propiciar conductas de complacencia, tales como:
  - “Me agrada cuando me escuchas” “Es tan agradable cuando haces lo que te pido”

En fines de Semana

- Ser constante con la rutina de la semana
- Seleccionar junto con el niño, actividades recreativas
- Realizar tanto actividades individuales como familiares

En cada fase se debe recurrir al programa de reforzamiento y a las estrategias citadas

Finalmente:

Recordar que son los retos los que enriquecen nuestro conocimiento y experiencias. Ayudar a un niño con DATH puede ser un proceso gratificante, que permita a la persona crecer como ser humano a base de paciencia, sabiduría y perseverancia. La frustración debe tornarse en una acción positiva.

### **Ventajas del Niño con DATH.**

No sólo se debe pensar en los problemas que representan las actitudes de un niño con el trastorno, existen además, aspectos positivos, así como beneficios

Un alto porcentaje de ellos son creativos, inteligentes, dinámicos, prometedores, sensitivos y bondadosos. Su impulsividad y constante inquietud les permite notar y apreciar muchas cosas que el resto de la gente no hace.

Al ser adultos, muchos llegan a convertirse en ejecutivos importantes de sus propias compañías (estudios muestran que por lo menos el 50% de los empresarios fueron niños con DATH, (Hunter 1995). Muchos son extremadamente inventivos. Su interminable energía, espontaneidad y creatividad puede ser canalizada adecuadamente.

Un gran número de niños con este desorden no son comprendidos. Ellos necesitan dirección e incentivos, especialmente cuando se sienten frustrados. Si necesitan mejorar su auto-estima. Solamente así tendrán las herramientas necesarias para desarrollar su talento y potencial.

#### Hiperactivos de la Historia

- Albert Einstein
- Benjamín Franklin
- William Clinton.
- Niccoló Paganini
- Bethoven.

**CAPITULO 7**  
**DÉFICIT DE REGULACION**  
**VOLUNTARIA**

## CAPITULO 7

### DEFICIT DE REGULACIÓN VOLUNTARIA

#### 7.1. El DATH como Déficit de regulación Voluntaria.

Para ayudar a los niños que padecen el Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad, los psiquiatras, psicólogos y demás especialistas e investigadores, deben conocer mejor las causas del desorden.

Desafortunadamente, se desconocen las causas directas e inmediatas de las dificultades que experimentan los niños afectados con este trastorno.

Como se citó en el capítulo 2, entre los factores no genéticos vinculados al DATH, se han venido señalando el nacimiento prematuro, el consumo materno de alcohol y tabaco, la exposición a altos niveles de plomo y lesiones cerebrales (corteza prefrontal)

Sin embargo, recientes investigaciones vislumbran la idea de que podría haber un origen genético. Es decir, que el desorden en cuestión es un trastorno poligénico —donde participa más de un gen — (ver Herencia-Capítulo 2)

El presente capítulo tiene por finalidad, sugerir a futuras investigaciones, estudios dirigidos al análisis más exhaustivo a nivel neurológico, para demostrar que el DATH es un fallo en la inhibición conductual que retarda la adquisición de la capacidad para interiorizar y efectuar las cuatro funciones cognitivas ejecutivas, básicas para un normal desarrollo.

Recordemos, como se señaló en la introducción, que desde los años cuarenta, los especialistas han diagnosticado de diversos modos a los niños que son excesivamente hiperactivos, dispersos e impulsivos. Los cambios de denominación frecuentes reflejan la inseguridad de los investigadores, ante las causas subyacentes e incluso ante los criterios precisos para diagnosticar el trastorno (Barkley, 1998).

A continuación, se dará una explicación neurológica del Déficit de Atención, siendo éste uno de los síntomas más alarmantes del trastorno.

Cuando una célula del cerebro es estimulada, ésta libera un neurotransmisor, que lleva el mensaje a la siguiente célula. El neurotransmisor se conecta a la célula, provocando su estimulación. Esta operación se repite simultáneamente y en cuestión de segundos, lo que permite que el mensaje viaje rápidamente de una a otra célula. En ocasiones, para lograr "captar" un mensaje, debemos redoblar los esfuerzos para concentrarnos, ya que otros estímulos como el ruido, objetos novedosos, voces, etcétera, interfieren en nuestra atención (atender este escrito, por ejemplo). En ese momento, nuestro cerebro libera un exceso de neurotransmisores, lo cual provoca que el mensaje viaje un poco más rápido y logre enfocar nuestra atención hacia el estímulo indicado. Esto representa que los neurotransmisores, juegan un gran papel en lo que a la conducta y aprendizaje se refiere, y por ende; su carencia o mal funcionamiento serán responsables del Déficit de Atención. Las personas que padecen problemas de atención no parecen fabricar un exceso de neurotransmisores (Luria y Pribam, 1973).

Un pequeño porcentaje de casos de desatención son causados por daño cerebral. Sin embargo, la mayoría de las personas con DATH no presentan anomalías en el cerebro y poseen un adecuado coeficiente intelectual.

¿Por qué éste déficit afecta sólo el lóbulo frontal?

Recientes investigaciones han indicado que otras áreas del cerebro pueden estar involucradas. Se ha encontrado que podría darse un mal funcionamiento de ciertas regiones cerebrales, como son: la corteza prefrontal, una parte del cerebelo y los ganglios basales.

En un estudio realizado por Castellanos, Rapoport y colegas en 1996 del Instituto Nacional de la Salud Mental, se comprobó que la corteza prefrontal derecha y dos ganglios basales (núcleo caudado y globo pálido), eran notoriamente menores de lo normal en los niños con el desorden.

Barkley en 1998, se encontró que la región vermis del cerebelo es también más pequeña. Estas áreas del cerebro, que en el desorden se encuentran reducidas, son precisamente las mismas que regulan la atención.

No se sabe a qué se debe el que estas estructuras se encojan en los cerebros de quienes padecen el trastorno. Ciertos trabajos sugieren que podrían tener relación con ello las mutaciones de varios genes que, en condiciones de normalidad, son muy activos en la corteza prefrontal y en los ganglios basales.

## 7.2. Psicofisiología del Lóbulo Frontal.

El sistema nervioso se ocupa de todas las tareas voluntarias y conscientes que realiza el ser humano; así como de todas las funciones que se ejercen de un modo inconsciente y automático.

Se divide en dos regiones El sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico.

El sistema nervioso central está formado por el encéfalo y la médula espinal, siendo responsable de dirigir, coordinar y controlar todas las actividades del organismo.

El encéfalo se compone del cerebro, cerebelo, protuberancia anular y el bulbo raquídeo

El cerebro es la región más prominente de la masa encefálica, es la porción más grande y esencial del sistema nervioso Es el asiento de la estructuración del pensamiento, de la inteligencia, memoria, atención, de todas las funciones principales de los individuos. Se divide en dos hemisferios cerebrales. Cada hemisferio presenta un lóbulo frontal, uno parietal, uno temporal y uno occipital.

Los hemisferios cerebrales están constituidos por los ganglios basales, los cuales controlan determinados movimientos.

En el lóbulo frontal se sitúan los centros de los que dependen los impulsos motores y del lenguaje; en la corteza occipital se localizan los centros visuales, y en la corteza temporal, los auditivos.

Los lóbulos frontales juegan un papel importante en el nivel de actividad cerebral del ser humano (en la regulación de actividad cerebral). Es decir, los lóbulos frontales controlan el nivel activo de la corteza cerebral, lo cual permite, el logro y ejecución de tareas complejas, implicando la organización de estrategias para lograr dicha finalidad.

Cuando el lóbulo frontal no es funcional (existe una lesión o un síndrome en éste), el nivel de actividad cerebral declina. Esto significa que una vez dada una instrucción verbal, no se dará una respuesta adecuada puesto que no existe una estabilización de los niveles de actividad cerebral (no se conserva su estado constante de activación).

La parte media y polar (y quizá también mediobasal) de los lóbulos frontales, participan en la regulación del nivel de activación para la realización de una tarea o respuesta requerida.

La parte convexa de los lóbulos frontales (especialmente la post frontal de la corteza cerebral), mantiene una estrecha, conexión con las partes corticales de la corteza motora, para los movimientos secuenciales, por lo que una lesión en esa área provocará un desorden en la conciencia, interfiriendo en la organización de tareas complejas (Luria, 1973).

Para la comprensión del papel desempeñado por los lóbulos frontales en la actividad intelectual normal, Luria y Tsvetkova (1981), estudiaron el caso de un paciente que presentaba un tumor de crecimiento lento, situado al principio, en las profundidades del lóbulo frontal derecho y que después se extendió al lóbulo frontal izquierdo.

Se encontró, que al inicio de la enfermedad no se observaron cambios, pero al crecimiento del tumor, decreció la actividad cerebral. Finalmente, con la evolución acelerada del tumor, afectando también al lóbulo izquierdo, se dio una desintegración de los procesos intelectuales.

En los casos en que la afección de los lóbulos frontales, sólo implica un síndrome frontal muy leve, puede observarse trastornos en la actividad intelectual.

Constituyen un signo típico central del síndrome, los trastornos que implican la tarea de análisis y síntesis, a partir del enunciado, y la substitución de la solución correcta por operaciones fragmentarias, que aparecen independientemente del sentido general del problema.

Las lesiones cerebrales producen profundas alteraciones de la dinámica de los procesos nerviosos característicos del funcionamiento normal del cerebro. Lo que se refleja en la

dinámica de numerosas funciones corticales superiores, y por tanto, en la actividad del lenguaje (Luria y Yudovich, 1987)

Luria y Yudovich, (1987), señalaron que en los casos de retraso del desarrollo verbal en gemelos criados juntos, se observó que se daba cierta tendencia al retraso del lenguaje cuando ellos se crían juntos. Al estar sus vidas íntimamente unidas y comprenderse en su actividad práctica conjunta, no se enfrentan con una necesidad objetiva de pasar a la comunicación verbal, con tanta frecuencia, como sucede con otros niños.

Estos datos se obtuvieron de un experimento con dos gemelos de cinco años de edad, los cuales presentaban déficit en el habla, debido a un retraso en el desarrollo del lenguaje

Se les separó durante tres meses y se aplicó a uno de ellos ejercicios sistemáticos para hablar (conversaciones o diálogos, análisis verbal de imágenes y relato de historias). Al ser reeducado se observaron cambios realmente positivos.

Posteriormente, al trabajar con ambos niños, se pudo apreciar una reorganización del pensamiento infantil, elicitada por el habla. Una vez adquirido un sistema lingüístico objetivo, los menores pudieron formular verbalmente los objetivos de las actividades, así como una serie de organizaciones intelectuales, que les permitían realizar actividades creativas y productivas.

### **7.3. El Lenguaje como Medio de Regulación de la Conducta Humana.**

Para poder comprender el déficit de regulación de la conducta que presenta el niño con DATH, así como el desarrollo de procesos del pensamiento afectados (memoria, atención, etcétera), debe considerarse el gran papel que juega el lenguaje en la formación de estos procesos. Es prioritario investigar los procesos complejos, a través de los cuales, las relaciones que el niño realiza por medio del lenguaje, conducen a la formación de normas conductuales.

El lenguaje interviene en el desarrollo del niño desde los primeros meses de vida; puesto que el adulto influye en él con la transmisión del saber y la formación de conceptos.

La adquisición de un sistema lingüístico supone la reorganización de todos los procesos del pensamiento del menor. La palabra crea nuevas formas de atención, de memoria, de imaginación, de pensamiento y de acción.

La palabra además de indicar el objeto correspondiente del mundo externo, también abstrae y aísla la señal necesaria, generaliza los mensajes percibidos y los relaciona con determinadas categorías (abstracción-generalización). Es decir, la palabra conectada con la percepción directa del objeto, aísla sus rasgos y propiedades esenciales e inhibe las menos importantes.

La palabra del adulto, se convierte en un regulador de la conducta del niño. Esto es, el infante al subordinarse a las órdenes verbales del adulto, adquiere un sistema de instrucciones verbales y comienza a utilizarlas gradualmente para la regulación de su propia conducta.

El niño a través del lenguaje adquiere nuevos modos de conducta y luego nuevos medios de organizar su pensamiento. Aprende a formular sus propios deseos e intenciones en forma independiente, primero por medio del lenguaje exterior y luego del interior. Esta es la ley básica del desarrollo del niño.

Por lo tanto, el lenguaje es un poderoso medio de la regulación de la conducta humana.

La realización de una tarea simple seguida de una instrucción verbal, puede ser considerada como el eje de la conducta voluntaria regulada por el lenguaje.

Para comprender cómo se forma la función reguladora del lenguaje, se requiere analizar las etapas a través de las cuales pasa el lenguaje antes de convertirse en el mecanismo fundamental de la conducta voluntaria.

Son tres las etapas o funciones del lenguaje, y éstas son:

1. **Iniciación del Lenguaje.** Esta fase está insuficientemente desarrollada, se inicia en los primeros meses hasta la edad de dos años.
2. **Función Inhibitoria.** A través de instrucciones verbales dadas por el adulto, el niño empieza a ser capaz de inhibir una acción ya comenzada; sin embargo, persiste

## 7.4. Modelo Psicológico del DATH.

Barkley (Investigación y Ciencia, noviembre 1998).		
Funciones Ejecutivas (Funciones Menoscabadas)	Consecuencia	Ejemplo
1 Memoria operativa no verbal (tener en el pensamiento la información, mientras se trabaja en una tarea, aun cuando ya no exista el estímulo que dio origen a esa información)	Disminución del sentido del tiempo Incapacidad de recordar sucesos Deficiente percepción retrospectiva Deficiente capacidad de previsión.	Jorgito, de 9 años, suele olvidar asuntos importantes (ejemplo la entrega de un trabajo)
2. Interiorización del autohablarse. A los 10 años el niño es capaz de pensar para sí, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de un problema y construir "meta-reglas".	Deficiente regulación del comportamiento Escaso autocontrol	Adelita de 10 años, parlotea demasiado, no escucha instrucciones para ejecutar una tarea
3. Control de emociones, la motivación, y el estar alerta (control básico para lograr metas).	Manifestación de todas las emociones en público, sin controlarlas. Impulsividad. Desmotivación	Abel de 8 años, no puede mantener el esfuerzo para leer un cuento, se frustra y enfurece.

4 Reconstitución (capacidad de dividir en partes componentes las conductas observadas y recombinar esas partes en forma de nuevas conductas para conseguir un fin)	Limitada capacidad de analizar conductas y sintetizar otras nuevas. Incapacidad de resolver problemas.	Luisito, de 14 años, decide no hacer la tarea ya que no la anotó bien, no piensa en la solución de llamar a un compañero
--	--	--

TABLA No 10 Una pérdida de inhibición conductual y de autocontrol, lleva a los siguientes trastornos del funcionamiento del cerebro (Barkley, 1988)

El entender el problema del DATH como una pérdida de inhibición conductual y autocontrol, ayudará a comprender que el niño no es responsable de su comportamiento, ya que él no logró la adquisición de las cuatro funciones de pensamiento ejecutivas que le permitirían regular en forma voluntaria su ejecución

### 7.5. La Resolución de Problemas.

La actividad intelectual es la resolución de problemas de modo organizado, resolución que se apoya en un programa lógico de operaciones relacionadas entre sí.

Las afectaciones en las regiones posteriores de la corteza, pueden perturbar en gran medida operaciones, tales como la síntesis de informaciones sucesivas en esquemas simultáneos. Su actividad intelectual conserva un carácter selectivo dirigido; se confrontan siempre los resultados de las operaciones con los datos iniciales. Es decir, los pacientes están conscientes de los errores cometidos y se esfuerzan por corregirlos.

En cambio, en las alteraciones de la actividad intelectual, que proceden de afecciones de los lóbulos frontales, la ejecución de operación bien adquirida, permanece conservada. En el caso de los niños con DATH, se dispone generalmente de un lenguaje con sus códigos, léxicos, semánticos y gramaticales. Realiza bien las operaciones de análisis y síntesis espaciales de la información que le llega, pero no se analizan los datos del problema planteado. El niño no llega a poner de manifiesto los elementos esenciales de la

información que ha recibido, ni a confrontar entre sí los diferentes datos. No establece un esquema o un programa general de la resolución del problema, a partir del análisis preliminar de datos, por lo que tiende a dar respuestas impulsivas. No compara los resultados obtenidos con los datos iniciales del problema (Luria y Tsvetkova, 1981)

#### Diseño de un programa de reaprendizaje

En el diseño de un programa de reaprendizaje de personas que presentan una afección en el lóbulo frontal, como los niños con DATH; se requiere fijar como meta la programación de su comportamiento. Esta debe facilitar al niño el análisis preliminar del enunciado, inhibir las respuestas incontrolables y permitirle controlar el desarrollo de su propia actividad intelectual. El objetivo de este programa es concentrar la atención sobre la necesidad de analizar el enunciado y, por ende, detener las respuestas inadecuadas que aparecen de manera incontrolada.

Luria y Tsvetkova, (1981), inicialmente propusieron el siguiente programa.

Problema: Un padre tiene 45 años de edad, tiene 19 años más que su hijo. ¿Cuántos años tienen entre los dos?

Instrucciones Verbales (adulto).	Ejecución del Niño.
1. Leer atentamente el enunciado, concentrando su atención	Un padre tiene 45 años, tiene 19 años más que su hijo. ¿Cuántos años tienen entre los dos?.
2. Leer el problema por partes (a continuación del experimentador). El padre tiene 45 años. Tiene 19 años más que su hijo	El padre tiene 45 años Tiene 19 años más que su hijo
3. Insistir varias veces acerca de la pregunta final del problema. ¿Cuántos años tienen entre los dos?.	¿Cuántos años tienen entre los dos
4 Exponer oralmente el plan general de resolución	
¿Qué edad tiene el padre?	45 años
¿Qué más se sabe respecto a esto?.	Tiene 19 años más que su hijo.
¿Qué hay que calcular en el problema?.	¿Cuántos años tienen entre los dos?.
¿Cómo va a hacerlo? 45-19 = 24, por lo tanto; el padre tiene 45 años, el hijo no se sabe, pero ahora esto suma 45+24 = 69 entre los dos.	No sé.

TABLA No 11 Programa que facilita al niño el análisis preliminar del problema. (Luria Tsvetkova, 1981)

Se debe crear la base necesaria del problema, para un análisis reflexivo del mismo

Los resultados al aplicar este programa inicial, revelaron que al analizar metódicamente el enunciado, así como regular el comportamiento del niño durante la resolución, se tiene éxito. Sin embargo, al resolver otro problema, se responde de una manera impulsiva, sin recordar el anterior análisis metódico.

Por tal razón, Luria y Tsvetkova, (1981), diseñaron el siguiente programa, reemplazando al anterior, en cuanto a las instrucciones verbales que se daban.

Programa Operativo Fijo:

Este programa está basado en indicaciones fijadas por escrito, relativas a la sucesión de operaciones a efectuar.

1. Lee atenta y lentamente el problema
2. Divide el texto en sus diferentes partes según el significado y subráyalo.
3. Repite la pregunta del problema.
4. Anota por escrito el enunciado o el plan.
5. Da oralmente el plan de resolución, y al hacerlo, considera el enunciado con atención.
6. Resuelve el problema.
7. Dí la respuesta.
8. Lee el programa, trabaja con atención, sin detenerte. Dí en voz alta todo lo que hagas.

En este programa se obtuvo un efecto relativamente estable, lo cual confirma la efectividad del programa; si éste se lleva a cabo en forma sistemática.

## **CAPITULO 8**

**PROPUESTA: EJERCICIOS PARA EL  
DESARROLLO DE LOS PROCESOS  
COGNOSCITIVOS. TÉCNICAS  
EDUCATIVAS PARA DIFICULTADES  
VISOMOTORAS**

## CAPITULO 8

### PROPUESTA: EJERCICIOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS. TÉCNICAS EDUCATIVAS PARA DIFICULTADES VISOMOTORAS

Como aportación al tema de Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad, la presente tesis propone una serie de ejercicios que apoyarán el desarrollo de los procesos cognoscitivos; así como técnicas educativas para los problemas visomotores que presentan los niños con este desorden conductual. Además, se presentará un programa dirigido a elevar el autoestima del niño y controlar sus movimientos corporales, mediante ejercicios enfocados a la imagen corporal.

#### **8.1 Ejercicios para el Desarrollo de los Procesos Cognoscitivos. (Hernández, 1996).**

A). Juegos con Bloques de Madera (de diversos tamaños, colores y formas geométricas).  
Enfatizan el concepto de las partes y el todo.

Fase 1.: Encimar bloques.

Fase 2: Construir un puente con tres bloques. Esto permite que el niño tome conciencia de la manipulación de los bloques con las manos y los dedos.

Fase 3: Hallar semejanzas con bloques. Hay dos variantes que van de lo simple a lo complejo. Se pretende, en la primera variante que el niño realice una discriminación visual. El instructor selecciona un bloque y lo sostiene en alto para que el niño lo vea.

El niño deberá seleccionar un bloque que sea de igual forma al presentado por el instructor.

En la segunda variante, el instructor construye diseños con bloques y el niño tiene que construir diseños iguales. Para comenzar se utilizan dos o tres bloques, éstos irán aumentando gradualmente, en base a la habilidad que va tomando el niño.

Fase 4: Quitar y agregar. Se colocan sobre la mesa dos arreglos de bloques (el modelo del instructor y la copia de la persona). El instructor cubre éstos para que el niño no pueda

Fase 4: Quitar y agregar. Se colocan sobre la mesa dos arreglos de bloques (el modelo del instructor y la copia de la persona). El instructor cubre éstos para que el niño no pueda verlos, mientras él agrega o quita un bloque de cualquiera de los dos diseños. El niño tendrá que determinar qué cambio ocurrió y además, deberá manipular el diseño que no fue modificado, a efecto de que quede igual que el diseño alterado.

Fase 5: Encontrar semejanzas con dibujos. Se le muestra al niño una lámina de un diseño construido con bloques de madera. Deberá igualar el dibujo, utilizando sus bloques (éstos tendrán que ser del mismo color, forma y tamaño que los que aparecen en la lámina). Inicialmente, la construcción se hará encima de la lámina y posteriormente, sobre la mesa, al lado del dibujo.

Fase 6: Memoria: El niño observa un diseño de bloques durante un corto tiempo. Luego se cubre el diseño, el niño deberá recordarlo y reconstruirlo.

Fase 7: Inversión: El niño crea diseños con bloques, invirtiendo la posición de los que aparecen en el modelo. Estas inversiones se producen sobre varios ejes espaciales que corresponden a los ejes corporales (eje horizontal, vertical, transversal y diagonal). Las inversiones se realizan con construcciones de tres bloques en los casos más simples y de cinco o seis en los más complejos.

Fase 8: Copias con bloques del pizarrón. Se dibuja en el pizarrón un diseño con bloques, el niño deberá reconstruirlo sobre la mesa. El objetivo de este juego, es la transferencia exitosa de las actividades realizadas en el pizarrón en un plano vertical, a las efectuadas sobre una mesa en el plano horizontal.

Fase 9: Percepción Visual. El niño se sienta al lado de una mesa, en el centro de la cual se ha colocado una figura hecha con dos bloques (cuadrado o triángulo). El niño deberá determinar cómo aparecería el diseño ante otra persona, sentada en algún otro lugar de la mesa. Deberá construir la figura en la forma en que la otra persona la vería.

Fase 10: La comunicación: El niño podrá comunicarse a través de: gestos, signos gráficos, habla y escritura. Una vez que ha construido un diseño, lo ocultará. Deberá descubrir éste a efecto de que otros puedan construirlo. Se rolará el papel de comunicador-oyente.

## B) Juegos con Clavijas.

Se requiere un tablero cuadrado de madera de 13 centímetros de lado, con diez filas de diez agujeros en cada lado. Se utilizan clavijas de colores con cabeza. Estos ejercicios enfatizan el concepto de figura fondo

**Ejercicio 1: Semejanzas con clavijas.** Se colocan las clavijas del mismo color en una hilera del tablero, una después de otra. El niño tendrá que repetir el modelo, pero de izquierda a derecha. Posteriormente, se utilizan clavijas de diferentes colores. Un diseño más complicado ocupa tres filas.

**Ejercicio 2: Semejanzas con clavijas en el pizarrón.** Las clavijas para este ejercicio son "Tees" de golf (soportes de plástico o madera para colocar sobre ellas la pelota de golf). El clavijero es una hoja de madera perforada con muchas filas de agujeros. Se dobla un pedazo de papel de unos 20 centímetros por 28 centímetros, de tal manera, que los dobleces dividan a la hoja en cuatro rectángulos iguales. Luego se colóca el papel sobre el tablero y se le sujeta con clavijas en cada una de las esquinas. Se dibuja en el pizarrón un rectángulo y se le divide por medio de una línea horizontal y otra vertical, que representan los pliegues del papel del tablero. El instructor dibuja en el pizarrón un diseño que puede estar dentro de uno o más cuadrantes. El niño debe repetir el diseño perforando agujeros en el papel adherido al clavijero.

**Ejercicio 3: Figuras de alambre.** Se utiliza la tabla de madera perforada con muchas filas de agujeros cubierta con una hoja de papel. Unos ganchos o trozos de alambre se doblan formando cuadrados, triángulos, etcétera, que se muestran al niño uno por uno, y sobre uno de sus ángulos. El tendrá que determinar cómo sería la forma y el tamaño de las figuras de alambre si pudiera verlas en su posición total. Luego perforará sobre el tablero la forma y tamaño que imaginó. Finalmente, lo corroborará colocado la figura de alambre sobre el papel perforado.

**Ejercicio 4: Comunicación en el clavijero.** El instructor dará instrucciones verbales al niño, la complejidad dependerá de su grado de comprensión. Ejemplo "coloca una clavija azul en el primer agujero de la primera hilera de la derecha".

### C). Juegos con Proyección en Pantalla.

Estos ejercicios enfatizan en el procedimiento visual, así como en la atención.

**Ejercicio 1: Números o Letras.** Este ejercicio ayuda al niño a desarrollar los conceptos de duración y combinación, así como de memoria a corto y largo plazo.

Se proyectan sobre la pantalla números o letras, o una combinación de ambos. El niño debe copiarlos, leerlos en voz alta o arreglarlos en el orden numérico o alfabético adecuado.

**Ejercicio 2: Describe la imagen.** Se proyectan imágenes y el niño debe describir lo que ve o contestar preguntas como: "¿Cuántas patas tenía el perro?" Se puede agregar a los dibujos letras ocultas, para hacer el ejercicio más atractivo.

**Ejercicio 3: Formas y Figuras.** Se proyectan en la pantalla figuras completas e incompletas. El niño tiene que dibujar una reproducción exacta de ellas, en la misma secuencia y posición en que fueron proyectadas. Como variantes, el niño puede sólo dibujar las partes faltantes de la figura, o bien, dibujos completos de las figuras incompletas.

**Ejercicio 4: Imagen sobre el pizarrón.** Se proyecta una imagen sobre el pizarrón, luego se apaga la proyección. El niño debe dibujar la misma figura, en el lugar exacto donde fue proyectada, del mismo tamaño y posición. Esta actividad mejora la ubicación visoespacial y la respuesta gráfica.

**Ejercicio 5: Las flechas.** Tiene tres etapas:

- a). Se proyectan en la pantalla diseños de flechas con punta, pero sin colita;
- b). Se le agregan colitas a las flechas;
- c). Las colitas y puntas están en varios sentidos. El ejercicio se puede realizar dándole al niño un conjunto de dibujos, donde tendrá que seleccionar el idéntico al proyectado; o bien, el niño debe de dibujar el diseño del dibujo proyectado.

Ejercicio 6: Diseños geométricos con puntos. Se proyecta un diseño con puntos, algunos de los cuales están unidos por líneas. Se le da al niño papeles impresos con el mismo diseño de punto, pero sin las líneas que los unen, debe dibujar éstas líneas.

D). Otros Juegos de Discriminación Visual.

Estos ejercicios ayudan a desarrollar la percepción visual discriminativa, la atención y memoria.

Ejercicio 1: Construir líneas cerradas. Se requiere de un clavijero de madera de unos 10 centímetros de lado y uno y medio de espesor, con cuatro hileras de cuatro agujeros cada una, dieciséis clavos de cabeza chata (de unos 7 centímetros de largo, con puntas redondeadas) y hojas de plástico transparente y flexible (cortadas en cuadrados de 10 centímetros de lado). Sobre un trozo de plástico transparente, el instructor marca 4 X (equis). Luego perfora agujeros en algunos de los lugares marcados. El niño debe colocar en el clavijero los clavos correspondientes a los agujeros que perforó en el plástico. Posteriormente, el instructor traza líneas en la hoja de plástico para unir los espacios que hay entre los agujeros. El niño debe repetir el diseño colocando ligas alrededor de los clavos que hay en el tablero. Para verificar su ejecución, el niño coloca la hoja plástica sobre el tablero. Las ligas pueden ser reemplazadas por cable delgado forrado de plástico de varios colores.

Ejercicio 2: Diseños con puntos. Sobre una hoja larga de cartulina, se hacen dos diseños de puntos en forma de cuadrado de unos 10 centímetros de lado. Se coloca sobre el diseño una hoja plástica transparente. El niño debe copiar el diseño a través de esta hoja. En grado de mayor complejidad, puede pedírsele que repita de memoria un diseño que se le mostró; o bien, invertir el diseño sobre diferentes ejes.

Ejercicio 3: Enmascaramiento. Este ejercicio ayuda a desarrollar la percepción visual discriminativa. El instructor dibuja en 5 hojas plásticas, combinaciones de líneas en zig-zag y líneas que se cortan formando ángulos. En trozos de papel más pequeños se dibuja diseños simples con rayas, letras o formas. Se colocan las cubiertas plásticas sobre uno de los diseños para enmascararlo. El niño debe identificar el diseño oculto.

Ejercicio 4: Lotería de la percepción. Ejercicio para desarrollar la discriminación visual de la forma y el diseño, realizando comparaciones con la vista únicamente

Se hacen tarjetas del tamaño de la lotería, dividiéndolas en seis cuadrantes, y se hace un diseño en cada uno. Estos mismos diseños se dibujan por separado en tarjetas pequeñas. Durante el juego se van sacando éstas de una a una, el niño debe colocar una marca en caso de que en el cartón del niño, haya un cuadrante con el mismo diseño. El objetivo es ver quién puede llenar su cartón primero.

Ejercicio 5: Memorización de cruces o de equis. Este ejercicio desarrolla el conocimiento de las relaciones espacio-temporales. Se le da al niño una hoja de papel con un diseño impreso con cruces colocadas como los cinco puntos de un dominó.

Sobre el pizarrón se dibujan las cruces siguiendo el mismo diseño, pero de acuerdo con una secuencia de orden específica. El niño debe trazar líneas uniendo las cruces que tiene en su papel, siguiendo la misma secuencia temporal con que fueron trazadas en el pizarrón.

Ejercicio 6: Rompecabezas. Se le da al niño el bosquejo de un dibujo hecho en una tarjeta, debe descubrir qué trocitos se utilizaron para realizarlo.

Ejercicio 7. Superposiciones. Acentúa la importancia del orden temporal. Se dibuja en una hoja una serie de figuras geométricas traslapadas. Cada figura lleva un número indicando el orden en que se ha dibujado. Se le da al niño figuras similares recortadas en cartón o plástico y él, al seguir las instrucciones del modelo, descubre que las piezas pueden disponerse variando el orden de la superposición, para crear diseños totalmente diferentes, aun cuando se mantiene el contorno original.

Ejercicio 8: Acertijos. Se requiere una serie de cuadrados de unos 4 centímetros de lado, se les subdivide en trozos de formas variadas y se colocan en una caja. El niño debe determinar cómo reponer la figura original de los cuadrados y acomodar éstos en varias cajas (por ejemplo puede colocar cuatro cuadrados; en la primera caja, dos triángulos; en la segunda y dos rectángulos; en otra).

E). Actividades con las manos.

Desarrollo del sentido del tacto, reconocimiento de figura fondo y relaciones espaciales

Ejercicio 1: ¿Qué es y donde ésta? Contribuye al reconocimiento de las figuras y de las relaciones espaciales. Se extiende una capa de yeso plástico sobre un cuadrado de cartón portátil. Se presionan sobre el yeso de 1 a 5 bloques de madera en diferentes posiciones. La caja tendrá una cortina, en ésta el niño mete la mano y debe determinar la forma de cada bloque, su posición dentro de la caja, su ubicación con respecto a otros bloques y el espacio que los separa. Posteriormente, debe reproducir encima de la caja, el diseño que encontró dentro de ella. Levanta la cortina y evalúa su reproducción mediante la comparación visual. Otra variante sería que el niño reproduzca una lámina de un diseño con bloques se coloca el dibujo encima de la caja, y debe construir éste dentro de la caja.

Ejercicio 2: Tacto de fichas del dominó. Desarrolla el concepto de número e incrementa su conocimiento de la discriminación de figura y fondo. Se insertan fichas de dominó, en la caja anterior, el niño debe describir a través del tacto, el número de puntos hay en cada ficha.

Ejercicio 3: Tocar y encontrar cuentas. Se trabaja con grandes cuentas de madera, el niño tiene que enhebrar éstas dentro de la caja, siguiendo un modelo colocado sobre ésta. En la otra variante, enhebra estas cuentas y debe reproducir lo que hizo fuera de la caja.

Ejercicio 4: Tablero para figuras. Se utiliza un tablero con un círculo, un cuadrado y un triángulo (recortados de tal manera que puedan insertarse y quitarse. El tablero se hará de tal manera que las figuras puedan dividirse para formar varias piezas en total. Manteniendo las manos dentro de la caja, el niño coloca las figuras recortadas en los agujeros correspondientes.

Ejercicio 5: Serie y comparación. Se coloca dentro de la caja trocitos cuadrados de papel de lija de distinto espesor de grano. El niño recibirá instrucciones para seguir diferentes series, que enfatizan sobre la textura (más áspero, menos áspero). O bien, pueden utilizarse trocitos cuadrados y triangulares, para seleccionarse de acuerdo a forma y textura.

Ejercicio 6: Objetos similares. Se utilizan pares de objetos familiares (llaves, fichas, destapadores, etc). Uno de los elementos del par, se coloca encima de la caja, el niño debe encontrar su par, a través del tacto, dentro de la caja.

Ejercicio 7: Dibujar a ciegas. Se coloca dentro de la caja una plantilla de yeso pulido, donde se ha grabado un dibujo tratará de identificar éste, a través del tacto sobre sus contornos.

### **Ejercicios para el Pensamiento Abstracto.**

Las actividades que a continuación se describen, se llevan a cabo para que los niños aprendan un determinado tema o reglas para poder resolver problemas. El niño debe tener una comprensión de lo que está haciendo. Estos ejercicios ayudan a que el niño adquiera el uso de criterio interno que el sistema de pensamiento provee, para que pueda utilizarlo en situaciones o problemas específicos.

#### **Selección por Atributos.**

- **Propiedades iguales.** Se le da al niño objetos que se diferencian entre sí en dos o más rasgos. Por ejemplo un recipiente azul y otro rojo. En el azul, debe colocar objetos azules y en el rojo, objetos de color rojo.
- **Selección por clase.** Ahora el niño deberá hacer selecciones de objetos, donde las propiedades no son tan obvias, mencionando que característica encontró para seleccionarlos (por ejemplo que se mueven).

#### **Cambiar de Clase.**

El niño tendrá que seleccionar de acuerdo a dos o más características (por ejemplo, forma, tamaño y textura).

- **Descubrimiento de una clase (dos atributos).** Se le da al niño nueve figuras geométricas recortables: Tres triángulos, tres círculos y tres cuadrados; de tres

colores: azul, amarillo y rojo. El niño primero los debe agrupar como quiera. Generalmente lo hace por color. Ahora debe agruparlos de otra manera que elijan.

- Descubrimiento de una clase (tres atributos). Similar al anterior, pero agregando otra variable (tamaño, color y forma).

### **Atributos Superpuestos.**

Intersección de circunferencias. Dentro de dos circunferencias, se le pedirá al niño que meta en una los objetos de color azul, y en la otra los amarillos. Alrededor de éstas, pondrá los objetos de otros colores. Posteriormente, introducirá los pequeños dentro de la circunferencia que contiene los azules, y los objetos más grandes en la de los objetos amarillos. Los objetos amarillos pequeños y los objetos azules grandes, serán los superpuestos (introducción a la intersección de circunferencias).

### **Ordenar y Seriar.**

En este tipo de ejercicios el pensamiento matemático y el pensamiento lógico, están íntimamente relacionados.

- Configuraciones. Las configuraciones visuales se relacionan tanto con el pensamiento lógico como con la percepción. Por ejemplo la configuración verde-azul-verde-azul...Se variará el nivel de complejidad con órdenes ascendentes, descendentes, etcétera.
- Formar fila: Similar al anterior, pero se aplica a personas y a objetos comunes. Por ejemplo, ordenar por estaturas a varias personas, o por orden alfabético los nombres.

### **Permutaciones.**

El objetivo es que el niño aprenda por sí mismo un método sistemático para lograr un juego completo de combinaciones posibles.

- **Combinaciones.** Varias personas se sientan alrededor de una mesa (4 por ejemplo), deben analizar de cuántas maneras distintas pueden sentarse a la mesa. Para poder registrar y comparar los resultados, se marca cada uno de los lados de la mesa con un color diferente, escribiendo los nombres o iniciales junto al color sobre una hoja de papel. Al moverse alrededor de la mesa, las personas están haciendo con sus cuerpos las permutaciones que hacen con otros objetos concretos.
- **Permutaciones gráficas.** Se realiza en el pizarrón, se coloca una secuencia corta de elementos, luego se traza una línea debajo de ella y se deja que el niño realice las permutaciones.

### **Clasificación Cruzada.**

Requiere que todos los elementos se clasifiquen de acuerdo con dos o más variables al mismo tiempo.

**Matrices.** Se utiliza un tablero dividido en cuatro partes. El primer paso es completar una matriz haciendo una elección libre: un triángulo verde en el espacio 1, uno azul en el espacio 2 y un círculo azul en el espacio 4; por ejemplo. La elección lógica del niño es poner un círculo verde en el espacio 3. Los espacios se pueden llenar en diagonal, horizontal y/o vertical. Una variante más difícil es llevar la matriz con 2 elementos que difieren en atributos (por ejemplo determinar que la variable de las columnas sean transportes, y la de las filas sean tamaños).

**Matrices Gráficas.** El ejercicio se realiza en el pizarrón.

**Matriz Natural.** Las personas coleccionan objetos que se presentan a una clasificación cruzada (hojas, botones, semillas, etcétera).

### **Dibujo Lógico Simbólico.**

Además de la clasificación, se maneja la relación entre objeto y símbolo.

Los ejercicios de simbolización combinan varias actividades de otros ejercicios y brindan una excelente oportunidad para observar si el niño está preparado o no para el aprendizaje formal, es decir, para tratar con un sistema artificial de símbolos para las relaciones lógicas.

El niño debe completar en el pizarrón problemas lógicos, dentro del sistema que el instructor le proporciona. Como símbolos pueden utilizarse las iniciales de la palabra (ejemplo avión-A), o bien otras letras o símbolos gráficos. Ejemplo H significa: "dame un ejemplo donde se verifica la ausencia del hombre", por lo tanto, el niño debe realizar cualquier dibujo, exceptuando un hombre. O bien, se le indicará que AE significa: "la presencia de avión y estrella", y EA significa: "la ausencia de avión y estrella". Así se habrá introducido la relación lógica de conjunción (y). De igual manera, el niño deberá hacer dibujos que correspondan a cada simbología. También puede introducirse la variable de la conjunción O, así como incrementarse la complejidad de los ejercicios de simbolización.

### **Probabilidad.**

El objetivo de estos ejercicios es desarrollar una comprensión más natural de la probabilidad.

Probabilidad con canicas. El niño debe predecir el color de una canica, que extrae de un recipiente con varias canicas de dos colores. Si hay 8 amarillas y 4 azules, existe una probabilidad para el color amarillo de  $8/12$ , y para el color azul de  $4/12$ .

Sectores de color en círculos que giran. Se utilizan círculos divididos en sectores de distintos colores y tamaños. Un círculo giratorio se adhiere a una hoja plástica transparente de unos 6 mm. de espesor, del mismo tamaño que el círculo multicolor y se hace girar. Las personas tienen que predecir sobre qué color se detendrá el círculo giratorio.

### **Perspectiva Visual.**

**Perspectiva de los objetos.** Cuatro personas (A,B,C,D), se sientan alrededor de una mesa cuadrada, en la cual se coloca una casa de muñecas con varias habitaciones o muebles. Cada persona tiene una caja de cartón con la réplica de dichos muebles. La persona A debe ubicar sobre su caja, los muebles de una habitación, de la manera como B lo vería; B debe disponer los muebles de otra habitación como C los vería, etcétera. Después llevan su caja al lugar de la persona respectiva y evalúan su construcción.

**Perspectiva de una maqueta.** Se ejercitan los principios de inversión de derecha-izquierda y adelante-atrás. Se presenta una maqueta simple. Las personas que observan ésta de frente, deben elegir uno de cuatro dibujos sistemáticos que muestren la misma desde la perspectiva opuesta. De cada elección el niño compara dibujos con la vista real desde el lado opuesto. Se pueden añadir superposiciones parciales o totales, por ejemplo un árbol ubicado delante de un edificio, que sólo puede verse cuando se mira el edificio desde atrás.

### **8.2 Actividades de Coordinación Visomotriz. (Getman, 1962).**

a). **Práctica de la coordinación general.** Se intenta mejorar la calidad de los movimientos del tronco, la cabeza y los cuatro miembros. Un ejemplo de los ejercicios que se hacen es el siguiente: estando el niño en decúbito dorsal, se le pide que se tome sus manos por encima de la cabeza y, separa las piernas sincronizadamente, en un segundo movimiento, también sincronizado, vuelve su posición original. Entre tanto, el niño mantiene fija la vista en un punto del techo.

b). **Práctica del balanceo y el equilibrio.** Se usa la clásica barra para caminar sobre ella en diferentes ejercicios y posiciones.

c). **Práctica de la coordinación ojo-mano.** Se trata de que el niño desarrolle la integración de los sistemas tacto-visuales, ya que de acuerdo a lo que dice Getman, son básicos para las manipulaciones y las interpretaciones simbólicas. Mediante ejercicios de trazados en el

pizarrón, el niño experimenta y aprende los conceptos de círculo, horizontal, diagonal, etcétera

d). Práctica de movimientos oculares. Se busca que el niño logre un buen grado de exactitud en los movimientos de seguimiento de figuras con los ojos y en la fijación correcta de éstos, todo ello tan necesario para la lectura

e). Práctica de la percepción de las formas. Aquí la finalidad consiste en que el niño desarrolle un buen conocimiento de las formas y una exactitud en los movimientos de la mano para reproducirlas. Se usa una técnica basándose al inicio en formas generales como el círculo, el triángulo, el rombo y el cuadrado. Se continúa con líneas y óvalos, dibujos geométricos más complicados, letras y ejercicios cursivos

f). Práctica de la memoria visual. Con la ayuda de un taquitoscopio (instrumento que proyecta figuras sobre una pantalla a intervalos previstos), se intenta, mediante diferentes ejercicios, que el niño alcance un mejor reconocimiento de los tamaños y de las formas y sus relaciones espaciales. También se incrementa la rapidez en el reconocimiento visual y una mejor retención de las imágenes.

### 8.3 Imagen Corporal. (Hernández, 1996).

La imagen corporal de una persona es la experiencia subjetiva de su propio cuerpo, y su sensación con respecto a él. Esta imagen no está expresada con claridad en sus movimientos, pero es posible deducirla de los dibujos que hace de las personas. El bienestar emocional y la imagen corporal están estrechamente relacionadas. Para lograr que el niño tenga una positiva imagen acerca de sí mismo, se le debe ayudar a aceptarse y sentirse satisfecho como individuo

a). Actividades frente al espejo. Se debe motivar al niño a mirarse en el espejo, se reconozca y encuentre que su imagen es aceptable y agradable. Una variable que puede facilitar lo anterior, es el canto (mencionando y señalando cada parte de su cara y cuerpo).

Esta actividad ayuda a mejorar la autoestima del niño

- b). Juego de las estatuas. Esta actividad le ayuda al niño a desarrollar el control corporal. El niño puede realizar cualquier actividad física que desee (saltar, aplaudir, etc.), pero cuando el instructor haga sonar una campana, debe interrumpir su actividad y permanecer como una "estatua".
- c). Movimientos corporales direccionales. El niño debe aprender a asociar los movimientos corporales direccionales con el trazado de líneas. Esta actividad también le ayudará en el aprendizaje del manejo y control de sus movimientos. En el pizarrón deberá trazar largas líneas en diferentes direcciones (hacia arriba, hacia abajo, hacia fuera y hacia adentro)
- d). Actividades de reconocimiento de láminas. El niño debe describir láminas sencillas y componer cuentos sobre las situaciones que ellas reflejan. Esto no sólo le ayuda a reconocer objetos y personas, sino que también le ayuda a desarrollar su lenguaje y la habilidad de discusión en grupo. Si se disponen de láminas siguiendo el orden de un relato, se logrará que el niño organice sus pensamientos y desarrolle el sentido de las relaciones causales y temporales.
- e). Juegos teatralizados. Estimula el intercambio del lenguaje de manera natural, cuando el niño desempeña un papel en la representación de un tema específico. El niño puede lograr un vocabulario relativamente integral, así como una sensación de identidad.
- f). Ejercicios de cuerpo. El niño debe aprender a concentrarse sobre partes determinadas del cuerpo, primero sin moverlas y luego imprimiéndoles movimientos. Pedirle que se acueste sobre una superficie plana. Tratará de tomar conciencia de las diferentes partes de su cuerpo, a medida que las van nombrando. Decirle que estire los músculos y luego los relaje, y que sienta su respiración. Volver a nombrar las partes del cuerpo, pero pedir esta vez que las toque y después, que las levante o mueva a medida que se nombran. Empezar con la pierna izquierda y terminar con la derecha. Después el niño realizará ejercicios similares, utilizando el movimiento simétrico de ambas extremidades; por ejemplo, que eleve ambas rodillas, mientras mantiene ambos pies sobre el piso. Posteriormente, hará ejercicios con movimientos alternados; por ejemplo, que levante la pierna izquierda y la descienda, la pierna derecha y la descienda. Finalmente, debe usar

en forma simultánea dos movimientos diferentes. Por ejemplo, pedirle que gire la cabeza hacia la izquierda y apoye la mano derecha sobre el hombro izquierdo

Para evitar la distracción de los estímulos visuales, en ocasiones, se recomienda realizar estos ejercicios con los ojos vendados

g). Sensación de resistencia o de apoyo Este ejercicio le brinda al niño seguridad en la fuerza de sus movimientos, evitando la torpeza motora Dos niños se paran enfrente, tocándose con las manos por delante. Después, se inclinan uno sobre el otro, siempre sosteniéndose con la mano, y deben empujarse en forma alternada hacia delante Además, harán el juego de la "carretilla", y por último; tienen que intentar derribar una pared, parados frente a ésta, la empujarán con las manos, o acostados de espaldas empujarán con los pies.

h). Interpretación de papeles. Hacer que el niño desempeñe papeles, en los cuales la postura corporal traduce una emoción (fuertes, débiles, alegres, tristes, enojo, alegría, etcétera). El niño debe comprender que el cambio de la posición del cuerpo (o de las expresiones faciales) produce un cambio en las sensaciones

i). Carrera de obstáculos. También es posible desarrollar la imagen corporal, por medio de la experiencia de la relación espacial del propio cuerpo con el ambiente circundante Estas carreras pueden hacerse, prepararse en el interior como al aire libre.

j). Funciones del cuerpo. El niño debe ubicar y contar, sobre su propio cuerpo, el de un compañero o un muñeco, diferentes partes del cuerpo mencionadas por el instructor Este comentará con términos sencillos, la función de cada uno, así como de los órganos importantes que no se ven (corazón, pulmones y el cerebro)

k). Dibujo de la figura humana. Dibujar en el pizarrón una figura humana, parte por parte, el instructor al dibujar por ejemplo, la cabeza, pedirá que el niño se toque la suya, el cuello posteriormente dibujará y el niño se tocará el suyo, y así sucesivamente. Los niños pueden trabajar en parejas, frente a frente, y vayan tocando las partes del cuerpo mencionadas en el otro, como si se encontraran en un espejo

l). Completar el dibujo parcial de una figura. Dibujar en el pizarrón figuras y caras incompletas. Hacer que los niños completen los dibujos, después, hacerles dibujar caras y figuras completas.

m). Uso del equipo de juego. Fomentar los juegos que permitan que los niños dominen el espacio y la fuerza de la gravedad, por ejemplo, trepar una escalera o las barras gimnasia, ascender un tablero inclinado, etcétera. Todos estos ejercicios desarrollan el esquema corporal.

**ANALISIS**  
**Y**  
**CONCLUSIONES**

## ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

La presente tesis está basada en información seria, profesional y actualizada, en relación a cómo se ha venido manejando el Déficit de Atención por Hiperactividad, desde el año 1920 hasta nuestros días

En realidad, se han observado avances relevantes sobre sus causas, sintomatología y tratamiento. No obstante, éstos han sido lentos y no satisfacen las necesidades y demandas de los niños que la padecen. Siendo un trastorno tan antiguo, aún existe un gran número de personas que desconocen el tema, y peor aún, le dan un concepto y manejo totalmente erróneo y distorsionado; siendo las víctimas más afectadas estos pequeños pacientes

Como se mencionó en el anterior capítulo, sus constantes cambios en la denominación del trastorno, es un claro ejemplo, de la confusión que ha existido acerca de sus causas y sintomatología.

Los avances en cuanto a su tratamiento sugieren la combinación de la intervención médica, psicológica y pedagógica. Pero ¿realmente el niño recibe esta asistencia?. En primera instancia, muchos niños jamás son evaluados y diagnosticados adecuadamente. Aún en nuestro siglo, muchos de ellos son señalados igual que en el año 1920, como niños desobedientes, mal educados y rebeldes; y no solamente los padres ignorantes o carentes de información se atreven a hacer estos juicios prematuros, sino también muchos de los mismos profesores, quienes deberían estar capacitados y preparados para detectar la problemática del menor y canalizarlo con profesionales competentes, donde reciba la ayuda necesaria.

Existe un gran número de niños, que padecen este trastorno, que abandonan sus estudios elementales, al no poder cubrir las demandantes exigencias educativas. O bien, muchos de ellos terminan en escuelas de educación especial, cuyos programas están diseñados para niños con características y necesidades diferentes a la de ellos, limitando así sus capacidades, y no atendiendo a sus necesidades básicas.

En otros casos, a pesar de que el niño es canalizado oportunamente con médicos y especialistas, no siempre se logran óptimos resultados, aun después de ser diagnosticados apropiadamente; ya que no se da un seguimiento del caso

En el actual estudio, desde el inicio se enfatizó en la necesidad de un trabajo integral dentro de un servicio multidisciplinario. Probablemente, los padres que cuentan con ciertas posibilidades económicas, tendrán la oportunidad de que el neurólogo, profesor y terapeutas que asisten al niño, trabajan en forma conjunta, evaluando los continuos cambios y/o avances del menor. Quizá, el niño pueda asistir a una escuela con un reducido número de alumnos por salón, y reciba así una atención más personalizada.

Es posible que el médico que le recetó el medicamento pueda observar la conducta del niño en el aula escolar, o bien; esté en contacto continuo con el profesor Pero ¿qué ocurre con el niño que asiste a una institución pública?. Aun cuando ésta cuenta con todas las especialidades, aparatos e instrumentos de intervención, y es gratuita; debido a la gran demanda que este tipo de servicio tiene, las citas son muy espaciadas y definitivamente no se establece una comunicación estrecha entre los profesionales encargados del niño. ¿Qué sucederá en el salón de clases, donde el profesor tiene que atender a un excesivo número de alumnos?.

Una forma de enfrentar el problema a nivel escolar, sería crear tutorías manejadas por profesores preparados que prestaran ayuda a pequeños grupos de niños seleccionados dentro de la misma escuela tradicional. Esto implicaría toda una política educativa en materia de enseñanza especializada (como se maneja en países más desarrollados), pero sería una acción del estado dedicada al enfrentamiento de los problemas del niño con DATH.

Por otro lado, generalmente las terapias pedagógicas que reciben los niños, están enfocadas netamente a la regularización de materias, sin considerar o contar con técnicas o desarrollo de programas que le ayuden a incrementar o desarrollar sus habilidades.

En este escrito, se señaló que una vez que el niño ha sido diagnosticado con DATH, el especialista encargado debe haber elaborado un informe detallado y exhaustivo que entregará a los padres, y éste tendrá que ser leído ante ellos para aclarar cualquier duda

sobre el problema, sus posibles causas y sintomatología. No obstante, es otra situación que generalmente no se lleva a cabo y menos en instituciones públicas, donde los familiares no tienen acceso a ningún expediente o estudio.

Los padres carecen de reportes psicológicos, neurológicos y/o psiquiátricos. Por lo tanto, muchos padres no comprenden cual es el problema real del niño, sintiéndose culpables, temerosos, irritables y confusos, ante un diagnóstico que tienden a malinterpretar.

Todo lo anterior, es un claro indicador de que se requiere hacer conciencia ante los profesionistas, instituciones y el mismo estado, acerca de un problema de gran magnitud que presentan los infantes y afectará no solamente su niñez; sino también su vida adulta, creándoles posibles futuros problemas sociales. Este trastorno o desorden conductual requiere la misma atención, apoyo, trabajo, investigación y esfuerzo que otros problemas más evidentes y menos disfrazados como el citado.

La problemática del niño con DATH, reside en primera instancia; en la falta de un diagnóstico adecuado. Irónicamente, el menor afectado no es únicamente víctima de un déficit conductual, también lo es del déficit de un oportuno y apropiado diagnóstico; y por consiguiente, de un tratamiento que cubra sus necesidades objetivas y reales.

Como pudo observarse en el caso ilustrado del niño con el desorden (Capítulo 5), el menor inicialmente fue diagnosticado con Disfunción Cerebral Mínima, siendo que está categoría desapareció desde 1968. esto es un ejemplo, de que después de 25 años aún existen especialistas que etiquetan a los niños con conceptos retrógradas. Rafael Velasco Fernández, eminente y reconocido investigador (ex director de la Clínica de la Conducta), en su libro editado en 1976, manejó los términos "hiperquinético" y "síndrome de disfunción cerebral" al referirse al niño con DATH. Continuando con el caso ilustrado, tenemos que en 1996, una nueva revaloración neurológica, tendió a confundir el diagnóstico con signos autistas. De haberse confirmado este último diagnóstico, se habría cometido un grave error, no solamente en el diagnóstico inicial, sino con el tratamiento (específicamente con el médico). Se le habría administrado durante tres años un medicamento (Metilfenidato-Ritalin) recomendado para niños con DATH, y no para otros

trastornos, tales como el autismo (siendo su sintomatología muy diferente, así como su tratamiento).

El médico responsable del diagnóstico debe apoyarse en una serie de evaluaciones serias y comprobadas experimental y científicamente, y no seguir de manera dogmática las indicaciones generales, transcritas por algunos autores.

El diagnóstico es el punto de partida para lograr resultados positivos con el paciente. En base a éste, se seleccionarán los tratamientos correspondientes al caso. De un buen diagnóstico dependerá el resultado terapéutico, así como la prescripción exacta del medicamento.

Otro aspecto importante a analizar, es el tratamiento médico. Con mucha frecuencia las sustancias se prescriben con criterios terapéuticos muy rígidos, poco individualizados y sin una valoración fina de las áreas que se afectan, alterando considerablemente el funcionamiento general del niño.

Diversos estudios señalan que entre el 30% y el 80% de los pacientes no toman su medicación como se prescribe, además, el 10% de los médicos que los recetan lo hacen en dosis insuficiente, la mayoría por inseguridad, debido a su falta de experiencia. También está el caso de niños sobremedicados (Uriarte, 1988).

Por esta razón, sería muy conveniente que se impartiera un curso básico de psicofarmacología en las diferentes especialidades, como medida preventiva de malos diagnósticos e inadecuadas prescripciones médicas.

Las investigaciones y estudios deben continuar y a un paso más veloz, debe contarse con una denominación del trastorno, que especifique claramente sus causas y sintomatología. El actual trabajo propone "Déficit de Regulación Voluntaria del Comportamiento", como nombre sugestivo que pretende dar una visualización objetiva y clara de sus causas.

El niño que padece el desorden, no debe ser considerado como un manejador o controlador voluntario de conductas indebidas, él no puede coordinar sus acciones, no ejerce el auto control requerido, debido a fallas en ciertas áreas del cerebro. Esto no debe tampoco indicar que el menor debe ser visualizado como en el antaño, con lesión o daño

cerebral. Como se enfatizó en renglones anteriores, su coeficiente intelectual tiende a ser normal y estudios neurológicos descartan cualquier daño de esta índole. Las zonas afectadas, están ligadas con el proceso de atención, lo cual interfiere en la inhibición conductual y el auto control.

Además de psicoestimulantes, se refuerza una vez más, la necesidad de un trabajo integral, que permita al niño a superar sus limitaciones en el autocontrol de acciones y emociones.

Se debe partir del conocimiento de que el menor no es capaz de regular, inhibir o controlar su comportamiento y estados de ánimo; ya que áreas como la corteza prefrontal, ganglios basales y la región vermis, presentan una disminución de tamaño, y esto interfiere para que el niño logre interiorizar y efectuar las cuatro funciones cognoscitivas ejecutivas, que le ayudarían a responder asertivamente a situaciones cotidianas y a la resolución de problemas (Luria, 1979).

Los experimentos de aprendizaje con enfermos que presentan un síndrome frontal, han demostrado que el déficit principal reside en los comportamientos organizados, dirigidos hacia un cierto objetivo. (Luria y Pribram, 1973). Es decir, no hay actividad sistemática orientada hacia el análisis del enunciado.

Existe una alteración grave en la estrategia de la resolución de los problemas y del control de las operaciones efectuadas.

Debe enfatizarse en el hecho de que una capacidad de trabajo limitada de los lóbulos frontales, no implican un atraso mental en los niños, quienes sólo están debilitados en algunas áreas, pero conservan plenamente sus facultades cognoscitivas.

Un trastorno del equilibrio de los procesos nerviosos básicos, se expresa predominantemente como una declinación de los procesos inhibitorios, por lo tanto el niño reacciona con dificultad o agotamiento, por ejemplo cuando deja de contestar a las preguntas que se le formulan, o bien empieza a presentar reacciones motoras impulsivas.

Las lesiones de los lóbulos frontales del cerebro, llevan a un trastorno de la función reguladora del lenguaje. Se ha encontrado que tanto el lóbulo frontal derecho (corteza

prefrontal, Castellanos, Rapoport y cols, 1996), como la parte izquierda de las regiones frontales del cerebro (González, Hynd y Marshall, 1993), pueden encontrarse menos desarrolladas en los niños con DATH. Esto explica el por qué el niño con DATH, tiene inicialmente dificultad en inhibir conductas inadecuadas, mediante el lenguaje exterior (instrucciones verbales), y no logra un autocontrol conductual a través de un lenguaje interior, que no logra adquirir.

Por esta razón, se recomienda que en el tratamiento terapéutico, se considere la importancia de someter al niño a continuos y sistemáticos ejercicios de lenguaje, a efecto de restaurar las funciones reguladoras que le permitirán un autocontrol, con lo cual se verá mejorado su comportamiento y la resolución de problemas y situaciones cotidianas.

## **REFERENCIAS**

## REFERENCIAS

- Antiga, R. (2001) "Psicopatología Infantil: Hiperactividad" Artículo Inédito, México, D.F : Paidopsiquiatría, Hospital de Petróleos Mexicanos, Azcapotzalco
- Arnold, L. E (1978). Helping parents help their children Brunner-Mazel, Nueva York.
- Ausubel, D. (1980). Psicología Educativa. Trillas. México
- Ayllon, T y Roberts, M. D. (1974). "Eliminating discipline by strengthening academic performance" Journal of Applied Behavioral, 7(1), 71-76
- Barkley, R. (1995). Taking charge of ADHD Guilford, Nueva York
- Barkley, R (1998) Investigación y Ciencia. Guilford, Nueva York
- Benton, A. L (1965). Revised visual retention Test: Clinical and experimental application. Psychological Corporation, Nueva York
- Biederman, J , Faraone, S. V., Keenan, K y Knee, D. (1990) "Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 29(4), 526-533
- Brailowsky, S. (1998). Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología Fondo de Cultura Económica. México.
- Campbell, S. B., Szumowski, E. K, Ewing, L. J., Gluck, D. S. y Breaux, A M. (1982). "A multidimensional assessment of parent-identified behavior problem toddlers". Journal of Abnormal Child Psychology. 10(4), 569-592.
- Cohen, H. J., Talft, L. T y Mahadeviah, M. S. (1967) "Developmental changes in overflow in normal and aberrantly functioning children". Journal of Pediatrics 71(1), 39-47.
- COMITE CIENTÍFICO. Diccionario de Especialidades Sistema Nervioso Central México, 2000

- Conners, C. K. (1967). "The syndrome of minimal brain dysfunction. Psychological aspects". Pediatric Clinics of North America 14(4), 749-766
- Cruickshank, W. (1971) El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad Trillas México
- Damasio, A. R. (1994). Descartes' error. G. P. Putnam's sons, Nueva York
- Duffy, J. C. (1974) "Child psychiatry" Medical Outline Series 4(4), 203-204.
- Eisenberg, L. (1966) "Principles of drug therapy in child. Psychiatry with special reference to stimulant drugs" American Journal of Orthopsychiatry. 41(3), 371-379
- Eveloff, H. H. (1966). "Psychopharmacologic agents in child psychiatry" Archives of General Psychiatry. 14(5), 472-481
- Feingold, B. (1975). Why your child is hyperactive?. Random House, Nueva York
- Ferritor, D. E., Buckholdt, D., Hamblin, R. L. Y Smith, L. (1972). "The noneffects of contingent reinforcement for attending behavior on work accomplished" Journal of Applied Behavioral Analysis. 5(2), 7-17.
- Fish, B. (1971) "The one child, one drug myth of stimulants in hyperkinesis" Archives of General Psychiatry 25(4), 193-203.
- Freyhan, F. A. (1970). Clinical and investigative aspects. Psychiatric approaches to mental retardation Basic Books, Nueva York.
- Getman, G. N. (1962). How to develop your child's intelligence Luverne, Minnesota.
- Giambra, L. M. Y Shaw, G. A. (1993). "Task-unrelated thoughts of college students diagnosed as hyperactive in childhood". Developmental Neuropsychology 9(2), 17-30.
- Gillis, J. J., Gilger, J. W., Pennington, B. F. y Defries, J. C. (1992). "Attention deficit disorder in reading-disabled twins. Evidence for a genetic etiology". Journal of Abnormal Child Psychology. 20(3), 303-315.

- Goldstein, S y Goldstein, M. (1992) Hyperactivity Why won't my child pay attention? Wiley, Nueva York.
- Gordon, M. (1991). Jumpin' Johnny Get back to work A child's guide to ADHD hyperactivity. Witt. GSI Publications, Nueva York
- Graham, F. K. (1977). "A longitudinal study of the effects of perinatal anoxia" American Psychology. 13(3), 334
- Hartsough, C. S. y Lambert, N. M (1985). "Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings". American Journal of Orthopsychiatry. 55(2), 190-201
- Hauser, P., Zametkin, A. J., Martinex, P., Vitiello, B , Matochick, J. A , Mixson, A. J Y Weintraub, B. D. (1993). "Attention deficit-hyperactivity disorder in people" Journal of Medicine. 328(4), 997-1001.
- Heres, J. y Sangorrín, A. (1991). "Escala de Detección Temprana de Trastornos Neuropsicológicos" Artículo Inédito, México, D.F Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Zaragoza
- Hernández, J. A. (2001). "Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad" Artículo Inédito, México, D.F.: Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala.
- Hernández, J. A. (1996). "Ejercicios para el desarrollo de los procesos cognoscitivos" Artículo Inédito, México, D F · Carrera de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala
- Hunter, D. (1995). The ritalin free child. Fort Lauderdale, Florida
- Hynd, G. W., Semrud-Clikeman, M., Lorys, A. R , Novey, E S , Eliopoulos, D. y Lyytinen, H. (1991). "Corpus callosum morphology in attention deficit-hyperactivity disorder". Journal of Learning Disabilities 24(3), 141-146

- Jacob, R. G., O'Leary, K. D. y Rosenblad, C. (1978). "Formal and Informal Classroom settings Effects on Hyperactive". Journal of Abnormal Child Psychology. 6(1), 47-59
- Jensen, P. S., Shervette, R. E., Xenakis, S. N. y Brain, M. W. (1988). "Psychosocial and medical histories of stimulant-treated children". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 27(6), 798-801
- Jones, M. (2000). ¿Cómo identificar y ayudar a niños hiperactivos?. Traducido del inglés. Selector. México.
- Koupernik, C. (1970) Indicaciones de los tratamientos biológicos y medicamentos en psiquiatría infantil. La elección terapéutica en psiquiatría infantil. Masson, Nueva York.
- Kramer, J. C., Fishman, U. S. y Littlefield, D. C. (1967) "Amphetamine abuse" Journal of the American Medical Association 201(5), 305-310
- Luria, A. y Yudovich, F. (1987). Lenguaje y desarrollo intelectual en el niño. Siglo XXI. Madrid.
- Luria, A. y Tsvetkova, L. (1981). La resolución de problemas y sus trastornos. Fontanella, Barcelona.
- Luria, A. (1979) El papel del lenguaje en el desarrollo de la conducta. Cartago, Buenos Aires.
- Luria, A. y Pribram, K. (1973) Psychophysiology of the frontal lobes. Academic Press, Nueva York y Londres
- Milich, R., Pelham, W. (1986). "Effects of sugar ingestion on the classroom and playground behavior of attention deficit disorder boys". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54(5), 714-718
- Myklebust, H., Boshes, B. (1970). Minimal brain damage in children. University Press, Nueva York

- Nieto, F. (2001). "Tratamiento Psicofarmacológico" Artículo inédito México, D F Neurología, Hospital de Petróleos Mexicanos, Azcapotzalco
- O'Leary, K. D., Kaufman, K F, Kass, R. E y Drabman, R S (1970) "The effects of loud and soft reprimands on the behavior of disruptive students" Journal of Exceptional Children. 37(2), 145-155.
- Porrino, L. J, Rapoport, J L, Behard, D., Sceery, W, Ismond, D R y Bunney, W. E. (1983). "A naturalistic assessment of the motor activity of hyperactive boys" Archives of General Psychiatry. 40(6), 681-687.
- Rapport, M. D, Tucker, S B., DuPaul, G. J, Merlo, M Y Stoner, G. (1986) "Hyperactivity and Frustration: The influence of control over and size of rewards in delaying gratification". Journal of Abnormal Child Psychology 14(2), 191-204
- Rosenthal, R. H., Allen, T (1980) "Intratask distractibility in hyperkinetic and nonhyperkinetic children" Journal of Abnormal Child Psychology 8(2), 175-187.
- Ruiz, M (1999). "Hiperactividad" Artículo Inédito, México, D.F Pediatría, Clínica de Epilepsia del Instituto Nacional de Pediatría
- Rutter, M. (1992). Psicopatología Infantil. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico. Masson, Nueva York.
- Safer, D. J. y Allen, R. P. (1976). Hyperactive children diagnosis and management. University Press, Nueva York.
- Sprague, R, Kenneth, R., Barnes, W. y John, S (1970) "Methylphenidate and thioridazine: Learning, reaction time, activity and classroom behavior in disturbed children". American Journal of Orthopsychiatry 40(4), 615-628
- Steinberg, B., Umansky, W. (1994). ADD: Helping your child Warner Books, Nueva York.
- Stewart, M. A., Pitts, F. N., Craig, A G (1966). "The hyperactive child syndrome". American Journal of Orthopsychiatry. 36(5), 861-867.

- Strauss, A A y Lehtinen, L (1947) Psychopathology and educations of the brain injured child Grune and Stratton Co., Nueva York.
- Tallmadge, J. y Barkley, R. (1983). "The interactions of hyperactive and normal boys with their mothers and fathers". Journal of Abnormal Child Psychology. 11(4), 565-579
- Taylor, J F (1990) Helping your hyperactive child. Prima Publishing, California.
- Uriarte, V. (1988). Neuro Psicofarmacología. Trillas. México.
- Velasco, R (1972). Ei niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral. Trillas. México.
- Werry, Weiss y Peters (1969) Shadow Children. Topaz Books. Nueva York.
- Werry, J (1968) "Developmental hyperactivity". Pediatric Clinics of North America. 15(3), 581-599
- Whittaker, J (1981) Psicología. Interamericana Traducido del inglés. México.

# ANEXOS

## CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10

Los criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad, son casi idénticos a los Criterios de Investigación de la CIE-10, pero no así los códigos diagnósticos, ya que la CIE-10 define unas categorías más estrictas.

Mientras que el diagnóstico del DSM-IV requiere seis síntomas de inatención, o bien seis de hiperactividad/impulsividad, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. En la CIE-10, este trastorno se denomina trastorno de la actividad y la atención, y viene dentro del grupo de trastornos hipercinéticos.

La mayoría de los profesionistas basan su diagnóstico de DATH; apoyándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desordenes Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana.

TABLA No. 12 Apoyan su diagnóstico en el Criterio de la 3ª edición revisado (DSM-III-R), para su uso desde 1987, o bien en el DSM-IV, publicado en 1994. (Rutter, 1992)

## ANEXO

### Criterios Diagnóstico del DATH de: DSM-IV.

Criterios para el diagnóstico de Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad.

A). (1). Seis (o más) de los siguientes síntomas de inatención, han persistido por lo menos durante seis meses, con una intensidad que es incongruente con el nivel de desarrollo.

Inatención.

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

2. Seis (o más). De los siguientes síntomas de hiperactividad impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad incongruente con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad.

- a). A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve de su asiento.
- b). A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c). A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado

hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

- d). A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e). A menudo [está en marcha] o suele actuar como si tuviera un motor.
- f). A menudo habla en exceso.
- Impulsividad.
- g). A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h). A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i). A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo en conversaciones, juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o inatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocados por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela o trabajo y en la casa).

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

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro problema mental (por ejemplo; problemas en el estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo o de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2, durante los últimos 6 meses.

Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los 6 meses.

TABLA No. 13 TIPO COMBINADO. Durante 6 meses, han persistido 6 o más síntomas de inatención e Impulsividad-Hiperactividad, tipo predominio Déficit de Atención.- Ha persistido 6 o más síntomas de inatención y menos de 6 síntomas de Hiperactividad-Impulsividad, tipo predominio Hiperactividad-Impulsividad. Han persistido 6 o más síntomas de Hiperactividad-Impulsividad y menos de 6 síntomas de inatención. (Rutter, 1992)

**ANEXO**

**ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL DATH**

En el hogar (durante las comidas):

		<b>Nunca</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>
1.	Sube y baja de las sillas	0	1	2
2.	Interrumpe la comida sin razón.	0	1	2
3.	Se mueve en su asiento.	0	1	2
4.	Juega nerviosamente con objetos.	0	1	2
5.	Habla excesivamente.			

En el hogar (mientras ve la televisión):

		<b>Nunca</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>
6.	Se levanta y sienta	0	1	2
7.	Balancea el cuerpo.	0	1	2
8.	Juega con objetos.	0	1	2
9.	Habla incesantemente.	0	1	2
10.	Interrumpe a los demás.	0	1	2

En el hogar (durante el juego)

		<b>Nunca</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>
11.	Muestra agresividad.	0	1	2
12.	No se mantiene quieto.	0	1	2
13.	Cambia de actividad constantemente.	0	1	2
14.	Busca la atención de los padres.	0	1	2
15.	Habla excesivamente.	0	1	2
16.	Interfiere con el juego de otros.	0	1	2

**ANEXO**

En el hogar (durante el juego)				
		Nunca	Algo	Mucho
17.	No mide el peligro.	0	1	2
18.	Muestra impulsividad.	0	1	2
19.	Muestra perseveración.	0	1	2
En el hogar (durante el sueño)				
		Nunca	Algo	Mucho
20.	Dificultades para iniciar el sueño.	0	1	2
21.	Sueño insuficiente.	0	1	2
22.	Muestra inquietud mientras duerme (movimientos, rechinar los dientes, etc).	0	1	2
Fuera del hogar (no en la escuela)				
		Nunca	Algo	Mucho
23.	Inquietud en los vehículos	0	1	2
24.	Inquietud durante las compras (tocar todo, jugar, etc).	0	1	2
25.	Inquietud en la iglesia y/o el cine.	0	1	2
26.	Inquietud durante las visitas.	0	1	2
27.	Desobediencia constante.	0	1	2
<p>TABLA No. 14 Cualquier puntuación superior a 15 puede considerarse significativa. El terapeuta junto con los padres realizan esta evaluación (Werry, Weiss y Peters 1969)</p>				

ANEXO

CUESTIONARIO SOBRE SITUACIONES EN EL HOGAR.

Situaciones	SI	NO	INTENSIDAD									
	Circule uno		Leve		(Circule uno)						Intenso	
Al jugar solo	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Al jugar con otros niños.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
A la hora de comida.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Al vestirse o desvestirse	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Al asearse y bañarse.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Cuando los padres están hablando por teléfono.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Al ver televisión	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Cuando hay visitas	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Al ir de visita.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En lugares públicos (iglesias, restaurantes, tiendas, etc).	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Cuando el padre está en casa.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Cuando debe elegir.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Al hacer tarea.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
A la hora de dormir.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En el carro.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Con niñeras.	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Instrucciones: Si el niño muestra algún problema en seguir reglas, instrucciones u órdenes en alguna de las situaciones descritas, entonces se deberá circular la palabra SI y luego rodear el número que mejor describe la intensidad del problema.												
TABLA No 15 Elaborado por R.A Barkely (1987) Un Manual Clínico para los padres Nueva York (citado en Goldstein y Goldstein, 1992).												

ANEXO

CUESTIONARIO PARA PREESCOLARES. PARA PADRES.

En comparación con otros niños, mi hijo:

	SI	NO
Pareciera que tuviera un motor de energía.		
Está en constante movimiento (va de un lugar a otro).		
Tiene problemas en permanecer en un solo lugar por periodos cortos de tiempo.		
Pone atención sólo a eventos muy estimulantes y por cortos lapsos de tiempo.		
No se adapta a los cambios.		
Presenta cambios drásticos en su estado de ánimo (pasa rápido de la risa al llanto y viceversa, por ej).		
Llora frecuentemente y con gran intensidad.		
Tiende a ser impredecible en su comportamiento y rutinas como el dormir y las comidas.		
Parece más excitable que otros niños.		
A menudo actúa sin pensar.		
Abandona tareas (aún sencillas) sin finalizarlas.		
Usualmente pone atención por pocos minutos.		
Se frustra fácilmente.		

TABLA No 16 Debe considerarse que las conductas descritas se realcen en más de una situación y éstas hayan persistido por lo menos durante 6 meses (Goldstein, 1992)

**ANEXO**

**CUESTIONARIO PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR. PARA PADRES**

En comparación con otros niños, mi hijo:

	SI	NO
Parece más excitable.		
A menudo actúa sin pensar.		
Llora fácilmente y a menudo.		
Tiene problemas en controlar emociones.		
No puede permanecer sentado en el carro, restaurantes, iglesias, etc		
Patea y se balancea cuando está sentado.		
Deja muchos trabajos sin finalizarlos.		
Usualmente pone atención por cortos periodos de tiempo.		
Pone atención si está lo suficientemente motivado (como con un juego de video).		
Se frustra fácilmente.		
Actúa como un niño de menor edad.		
Es excesivamente activo.		
Parece estar soñando despierto.		
No puede seguir más de una o dos instrucciones dadas al mismo tiempo.		
Es desorganizado.		
Tiende a perder cosas necesarias para sus trabajos (útiles, por ejemplo).		

TABLA No 17 Debe considerarse que las conductas descritas se realicen en más de una situación y éstas hayan persistido por lo menos durante 6 meses. (Goldstein, 1992).

ANEXO

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES. PARA PADRES.

Comparado con otros adolescente, mi hijo:

	SI	NO
Presenta una pobre ejecución en la escuela.		
Continuamente sus profesores se quejan de que debe poner más atención al hacer trabajos.		
A menudo deja los trabajos incompletos.		
Fue un niño inquieto y con excesiva energía.		
A menudo actúa sin pensar.		
Es difícil motivarlo.		
Expresa deseos de mejorar, pero no lo logra.		
Parece muy desorganizado.		
Parece estar soñando despierto.		
Tiene problemas en poner atención a las actividades rutinarias.		
No tiene amigos.		

TABLA No. 18 Debe considerarse que las conductas descritas se realicen en más de una situación y estas hayan persistido por lo menos durante 6 meses (Goldstein, 1992)

ANEXO

CUESTIONARIO PARA PROFESORES.

Comparado con otros niños en la clase mi alumno es:

	SI	NO
No completa trabajos.		
No puede trabajar en forma independiente, requiere ayuda y supervisión constante.		
Parece incapaz de seguir adecuadamente instrucciones sencillas.		
Parece incapaz de seguir una secuencia de instrucciones, en forma apropiada.		
Frecuentemente se manea en el asiento y se levanta constantemente.		
No puede, a menudo, controlar eficientemente sus emociones.		
Actúa sin pensar.		
Habla mucho.		
Parece estar soñando despierto.		
Requiere más tiempo para resolver problemas académicos, sociales o emocionales.		
Parece desorganizado.		
Parece tener la habilidad para sobresalir, pero no lo logra.		
Es inatento.		
Se distrae fácilmente.		

TABLA No. 19 Debe considerarse que las conductas descritas se realicen en más de una situación y éstas hayan persistido por lo menos durante 6 meses. (Goldstein, 1992)