

47



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

DETECCION DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION
CON HIPERACTIVIDAD DENTRO DEL AMBITO ESCOLAR.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
EMILIA CHAVEZ ORTIZ
MARIANA PEREZ MONTES DE OCA

DIRECTOR DE TESIS: JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES
ASESORES: EDY AVILA RAMOS
ANDRES MARES MIRAMONTES



IZTACALA

TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO DE MEXICO

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres y hermanos:

Por todo el amor y apoyo que me han

brindado a lo largo de toda mi vida.

Con todo mi cariño.

A mis amigos:

Por su apoyo y contribución en mi crecimiento

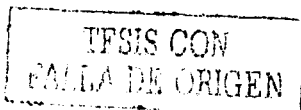
como ser humano.

A Marianita:

Gracias por compartir conmigo este proyecto

y sobre todo por tu valiosa amistad.

Emilia



*A mi madre, padre,
hermanas, pareja,
cuñado, sobrinas,
amigos, a Emy y
a todos los niños
que han enriquecido
mis experiencias
personales y profesionales.*

Con amor, MARIANA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

	Pags.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
Capítulo 1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	
1.1 Antecedentes Históricos	5
1.2 Indicadores del TDAH	10
1.3 Prevalencia	14
1.4 Factores Asociados	15
1.4.1 Alteraciones Neuroquímicas	15
1.4.2 Alteraciones Estructurales	16
1.4.3 Alteraciones Funcionales	17
1.4.4 Alteraciones Genéticas	18
1.5 Comorbilidades	19
1.5.1 Trastorno Conductual	20
1.5.2 Trastorno Opocionista/Desafiante (TOD)	20
1.5.3 Trastornos Específicos del Aprendizaje	21
1.5.3.1 Dislexia	22
1.5.3.2 Disgrafía	23
1.5.3.3 Discalculia	23
1.5.3.4 Dislalia	24
1.5.4 Trastorno de Ansiedad/Depresión	24
1.5.5 Trastornos en la Coordinación Motora	27
1.5.6 Somatización	27
1.5.6.1 Trastornos del Sueño	28
1.5.6.2 Trastornos de la Alimentación	28
1.5.6.3 Dolores Referidos	28
1.6 El Niño con TDAH y su Ambiente	29
1.6.1 Ambiente Familiar	30
1.6.2 Ambiente Escolar	31
1.6.3 Ambiente Social	32

TESIS CON
FALLA DE COPIA

Capítulo 2 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH

2.1.	Especialistas Encargados del Diagnóstico	35
2.2	Diagnóstico Diferencial	35
2.3	Evaluación del TDAH	38
2.3.1	Área Fisiológica	38
2.3.2	Área Psicológica	39
2.3.3	Área Pedagógica	39
2.4	Tratamiento para el TDAH	41
2.4.1	Aspecto Emocional	41
2.4.2	Aspecto Pedagógico	42
2.4.3	Aspecto Farmacológico	42
2.4.4	Aspecto Familiar	46
2.4.5	Aspecto Escolar	47

Capítulo 3 DETECCIÓN DEL TDAH DENTRO DEL ÁMBITO ESCOLAR

Escala para la Detección del TDAH dentro del Ámbito Escolar	50
Manual para la Realización de Observaciones del Niño con TDAH dentro del Ámbito Escolar	55

CONSIDERACIONES FINALES 60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 62

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un padecimiento que afecta al menos a 7 de cada 100 niños de la población infantil en edad escolar en nuestro país, es por ello que el presente trabajo busca contribuir en la difusión del tema para darlo a conocer de manera más específica y así fomentar que se adquiera una posición más positiva para su atención; al tiempo, que se pone especial énfasis en proveer a los profesores de nivel primaria de una escala y lineamientos para la realización de observaciones que los apoyen en la detección de los niños con probable TDAH dentro del aula y puedan contribuir a su canalización, ya que no sólo es importante ayudar al niño en su éxito escolar sino en su desarrollo integral.

TRABAJO ORIGINAL
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Existen varias condiciones que pueden afectar negativamente el desarrollo de un individuo, entre éstas se encuentra El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que se refiere a un trastorno comportamental con base en alteraciones neurobioquímicas que presentan tanto niños como adultos. No existe una causa identificada a la cual atribuirle su origen; sin embargo, se han encontrado frecuentemente alteraciones neuroquímicas, estructurales, funcionales o genéticas asociadas con el trastorno.

Hay básicamente una tríada de componentes que constituyen conjunta o independientemente lo que caracteriza al TDAH: **Inatención** por la que se tiene incapacidad para sostener la atención por lapsos prolongados de tiempo; la **Hiperactividad** se refleja en constantes y excesivos movimientos que no son estrictamente necesarios para completar una tarea, y la **Impulsividad** que es la dificultad para regular sus reacciones, actuando de manera inmediata sin poder predecir las consecuencias de sus actos mostrando poco autocontrol.

Además de problemas en la falta de atención o hiperactividad-impulsividad, el TDAH a menudo está asociado, en el 50 % de los casos, a otros trastornos como son: trastornos conductuales, trastorno oposicionista/desafiante, trastornos específicos de aprendizaje, trastorno de ansiedad/depresión, trastorno en la coordinación motora y/o somatizaciones; dicha condición se conoce como comorbilidades y tiende a dificultar el diagnóstico.

Tales déficits ocasionan retrasos en todos los aprendizajes siendo afectados los de naturaleza cognitiva y los emocionales, es así que los individuos que presentan el TDAH ven afectado ampliamente su desempeño y adaptación, teniendo dificultades familiares, académicas y sociales, por lo que con frecuencia generan conductas agresivas o estados depresivos.

Las primeras manifestaciones del TDAH se pueden observar entre el primer año de vida y los tres años; no obstante, es hasta la edad escolar (a partir de los 7 años) donde se puede diagnosticar con precisión pues es el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

momento donde se le demanda a un niño mayor atención y concentración hacia las actividades que realiza.

Es así que estos niños al no ser detectados y atendidos oportunamente incrementan la posibilidad de ser adolescentes o adultos que desarrollen conductas antisociales como el abuso de alcohol y drogas, practicas sexuales irresponsables, accidentes automovilísticos, etc.

Al presentarse el TDAH en 7 de cada 100 niños en edad escolar, se tiene que al menos existe un niño en cada salón de clases, por tanto se observa el impacto que dicho trastorno tiene en nuestra sociedad y el papel que poseen los profesores de nivel primaria, pues se encuentran vinculados directamente con esta problemática, la cual no deben de tomar bajo su atención pero si contribuir a que estos niños puedan contar con mayores oportunidades de desarrollo, ya que en el colegio, junto con el ámbito familiar, es donde se forman gran parte de las primeras experiencias sociales y de valía personal que influyen en gran medida en la vida futura.

Conocer el TDAH permite entender lo que viven los niños que lo presentan y adoptar una posición más positiva en la interacción con ellos, pues sus características exacerbadas de movimiento, corta atención, cambios bruscos en su estado de ánimo, etc. pueden causar un efecto abrumador en quienes les rodean.

El objetivo del presente trabajo es proporcionar información suficiente acerca del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad y proveer a los profesores de nivel primaria de una escala y lineamientos para la realización de observaciones que los apoyen en la detección de niños con probable TDAH dentro del aula y puedan contribuir a su canalización y contar con un vinculo de comunicación entre padres de familia y especialistas que tomen el caso bajo su cargo.

En el capítulo 1 se abordan los antecedentes históricos, los indicadores para su detección, la prevalencia, las causas, los trastornos asociados (comorbilidades) y las alteraciones psicosociales, lo cual brinda un panorama detallado de lo que es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. El capítulo 2 contiene los rubros que han de tomarse en

cuenta en la realización del diagnóstico, tratamiento integral y la importancia de la participación de familiares y profesores. Finalmente, el capítulo 3 es la propuesta de una escala y un manual que proveerá a los profesores de nivel primaria de habilidades para la detección y canalización de niños con probable TDAH dentro del aula.

CAPITULO I

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1.1 Antecedentes Históricos.

Los antecedentes del Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad (TDAH) se remontan a varias décadas atrás donde se inicio el reconocimiento de este trastorno, no como algo científico, sino como las observaciones que una sociedad hacía de sus individuos, es decir, se comenzaba a caracterizar las conductas diferentes de ciertos miembros que no se encontraban dentro de los parámetros de normalidad. Es así, que se encuentran relatos donde se puede vislumbrar algunas características del niño con TDAH como es el caso de la misma Biblia donde encontramos relatos de personas que sobresalían, por ejemplo, David tenía tanta energía que se dice que su madre lo enviaba a diario a matar leones y osos (De Lima, 2001). También en un cuento infantil de un autor Alemán llamado Hoffman del año 1845 se encontró un dibujo que muestra la conducta característica de un niño con TDAH al que llamo "Felipe el travieso" (Alves, 2000).

Más tarde, ya en el siglo XX se le da mayor importancia a la investigación de las diferencias observadas entre los niños con respecto a su comportamiento y aprendizaje, En 1902 el médico Inglés George Still y Alfred Tregol, al estudiar un grupo de niños que mostraban gran inquietud (hiperactividad) conceptualizaron de manera sistemática tal característica como "defectos en el control moral" encontrando como sintomatología más destacable que los niños eran desordenados, de temperamento violento, destructivos, hiperactivos, robaban, mentían, no respondían a los castigos, presentaban trastornos de aprendizaje, trastornos generales de conducta, dificultades para mantener la atención y frecuentes anomalías físicas sin

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

importancia, siendo más frecuente la aparición de estos síntomas en niños que en niñas (Díaz y Mavil, 1987; Miranda, 1997; Vázquez, et. alt., 1997; Barragán, 2001 y Velasco, 2001).

En 1934 los médicos Kahn y Cohen describieron un padecimiento al que denominaron "orgánico cerebral", caracterizado por gran hiperactividad, incoordinación motora y expresión impulsiva de todas las actividades inhibidas (Velasco, 1988).

Por su parte Lauretta Bender consideraba que los niños presentaban un cambio estructural del cerebro que más que producir trastornos específicos de carácter motor o sensorial, disminuyen la calidad del desarrollo general del niño, interfiriendo en los procesos de maduración y limitando al organismo como un todo (Velasco, 1988).

La primera descripción clínica de este trastorno la realizaron Strauss y Lehtinen al realizar descripciones de lesiones cerebrales en niños en 1947, dándole la expresión "niño con lesión cerebral" puesto que encontraron una desorganización de la conducta en todas las esferas cognitivas, perceptivomotrices y afectivas, pero en la que predominaban la hiperactividad, la inestabilidad y la impulsividad. Sin embargo, en varios ambientes médicos tal nombre fue rechazado porque podía ser explicativo de sólo un pequeño número de casos, ya que no todos presentaban síntomas neurológicos específicos. Es así que Strauss cambió la expresión "niño con lesión cerebral" por "niño con lesión cerebral mínima". Por su parte, W. Cruickshanks prefirió mencionar uno de los síntomas principales de los lesionados cerebrales: "Hiperactividad" (Quiroz y Schragger, 1980, Burnley, 1993 y Neuwirth, 2001).

A partir de entonces se incrementaron las investigaciones con respecto a comportamientos similares entre niños con diferentes padecimientos definidos como la epilepsia, así como con niños que no presentaban signos neurológicos específicos (Vázquez, et. alt., 1997).

Asimismo, Clemens en 1962, al observar dificultades en la relación entre síntomas, las cuestiones de lesión y la situación clínica propuso el término "disfunción cerebral mínima" para describir a los niños que contando con una capacidad intelectual normal o muy cercana a lo normal sufrían trastornos en

el aprendizaje asociados a anomalías del Sistema Nervioso Central, tales desviaciones se manifestaban como trastornos de memoria, lenguaje, percepción, conceptualización, atención y control de impulsos motores.

Dichas alteraciones parecían estar menos relacionadas con algún tipo de lesión y parecían indicar mejor un mal desarrollo o una inmadurez neurológica con antecedentes de irregularidades bioquímicas, causas hereditarias, lesiones cerebrales perinatales y otras enfermedades que afectan el Sistema Nervioso Central (Rebollo, 1980; Silva, 1984; León, 1985; Arévalo, 1997 y Vázquez, et. al., 1997).

Los diversos estudios y lo controvertido del tema dieron lugar a un gran número de nomenclaturas y criterios diagnósticos, los cuales fueron revisados y cuestionados continuamente dentro de las esferas de investigación.

Es así que en 1965, la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) en su 9ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades marca una definición más que es la de "Síndrome Hiperkinético de la niñez" y "Retardo selectivo del desarrollo" (Vázquez, et. al., 1997).

De esta manera, en el Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-II) se incluyó en 1968 por primera vez el término "Trastorno por déficit de atención" describiendo y dando mayor importancia a "... lo conductual y evitando los síntomas orgánicos y la visión etiológica" (Vázquez, et. al., 1997, p. 3); sin embargo, aún no existía consenso.

Virginia Douglas en 1972, en su trabajo presentado en la sociedad de psicología canadiense señaló que las características esenciales de este síndrome eran la dificultad para mantener por un largo periodo la atención y para controlar los impulsos, siendo más significativos que la hiperactividad (Miranda, 1997; Alves, 2000 y Velasco 2001), con tales datos contribuyó al desarrollo del término que se conoce hoy en día.

Posteriormente, en 1980, La Asociación Psiquiátrica Americana muestra en El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), el nombre de "Trastorno por déficit de Atención con o sin Hiperactividad",

puesto que se observa entre los niños con tal diagnóstico que algunos presentaban agitación y otros no; en este momento tal concepto toma mayor auge por ser considerado como más representativo por lo que queda atrás el de hiperactividad. Igualmente, se reconoce la existencia del TDAH en adultos dándosele en ese entonces el nombre de "TDAH Residual" refiriéndose a individuos que durante su infancia tenía el síndrome completo y cuando adultos tenían el síndrome de manera parcial ya que al crecer disminuye considerablemente la hiperactividad motora conservándose la inatención (Gargantua, 1985; Vázquez, et. alt., 1997; Romeu, 1999 y Biederman, 2001).

Para 1984, la Asociación Psiquiátrica Americana publicó una edición revisada del DSM-III donde vuelve a dar importancia al concepto de hiperactividad por considerarse útil para explicar uno de los síntomas del trastorno, esto a raíz de los resultados obtenidos en un estudio de campo (Taylor, 1986; Vázquez, et. alt., 1997 y Barragán, 2001).

Finalmente, en 1994, se realizó la última nomenclatura, la cual se incluye en el DSM-IV y que se emplea actualmente. Aquí se trató de mantener el nombre cambiándolo solo un poco (**Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad**) debido a la nueva agrupación de los síntomas, puesto que se observa que la inatención es predominante en los niños con tal diagnóstico y que casi siempre está acompañado con hiperactividad que aunque no sea un movimiento motor hay trabajo cognitivo, tal situación se nota mayormente en estos individuos cuando llegan a la adultez. Por tanto, desaparece el subtipo residual y se profundizó en la descripción de factores asociados (comorbilidades) y otros aspectos de este trastorno (Vázquez, et. alt., 1997; Armstrong, 2001; Biederman, 2001 y Santamaría, 2001).

Es así que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad consiste en inatención, impulsividad e hiperactividad que acarrea dificultades en el aprendizaje en general y en la conducta por presentar "...un grado mal adaptativo e inadecuado -de acuerdo- al nivel de desarrollo... -del individuo- " (Organización Mundial de la salud, 1993, p. 197).

De esta forma, podemos observar que a lo largo del tiempo este Trastorno ha sufrido diversas conceptualizaciones que brindan un conocimiento más certero de lo que es el TDAH y proporcionan herramientas para elaborar un

diagnóstico que permita asistir a los individuos y buscar con ellos una mayor adaptación a los requerimientos de la sociedad en la que interactúan. En la tabla 1 se muestran las nomenclaturas más sobresalientes que ha recibido el TDAH.

Nomenclaturas dadas al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

- › Síndrome del niño torpe.
- › Malnutrición Psicosocial.
- › Síndrome psicoorgánico.
- › Dificultades específicas del Aprendizaje (dislexia, disgrafia, discalculia).
- › Defectos en el control moral.
- › Padecimiento orgánico cerebral.
- › Mal desarrollo del proceso de maduración.
- › Maduración irregular o retardada.
- › Trastorno de conducta.
- › Niño con lesión cerebral.
- › Niño con lesión cerebral mínima.
- › Daño cerebral mínimo.
- › Hipoanfetaminemia Congénita.
- › Disfunción Cerebral Mínima.
- › Disfunción Neurológica Menor.
- › Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de comienzo en la infancia.
- › Síndrome Hiperactivo de la niñez. (CIE 10)
- › Síndrome del Niño Hiperactivo.
- › Retardo selectivo del desarrollo. (CIE 10)
- › Déficit de Atención, Control Motor y Percepción.
- › Trastorno por Déficit de Atención. (DSM-II)
- › Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. (DSM-IV)
- › Trastorno por Déficit de Atención de tipo residual. (DSM-IV)
- › Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. (DSM IV).

Tabla 1: Nomenclaturas más sobresalientes del TDAH.

1.2 Indicadores del TDAH.

El TDAH es un trastorno comportamental más que una enfermedad, con base en alteraciones neurobioquímicas por lo que tiene que ser atendido por un grupo multidisciplinario debido a que tiende a ser tanto biológico como psicosocial ("Déficit de la atención", 1999; García y Magaz, 2001 y Herranz, 2001).

Tal trastorno aparece antes del nacimiento y se manifiesta antes de los 7 años de edad, aunque generalmente se detecta en la mayoría de los casos cuando el niño inicia la etapa de educación básica, puesto que es justo el momento en el que se le exige más en su desempeño, el cual requiere de un mayor grado de atención. También, es necesario que los síntomas se manifiesten en más de dos lugares (casa, escuela, sitio de recreo), que persista por más de 6 meses, que no inicie este tipo de comportamiento después de un evento agudo como el divorcio de los padres o la pérdida de alguien significativo emocionalmente para el individuo, así como el que los síntomas no estén relacionados a alguna enfermedad o toma de algún medicamento (Velasco, 1988; American Psychiatric Association, 1994; Barragán, 2001 y Biederman, 2001).

En la adolescencia el TDAH presenta transformaciones en su modalidad (esencialmente en la hiperactividad) debido a los cambios fisiológicos que se sufren a nivel de estructura cerebral y producción hormonal, a las experiencias de su vida, retroalimentación de otras personas, adquisición de destrezas sociales y desarrollo de autocontrol que le permite a estos individuos adaptarse al medio en el que se desenvuelven; sin embargo, el trastorno permanece en la edad adulta, representando así un problema de por vida, ya que el alto nivel de actividad nunca fue lo principal sino la inatención (García, 2000; Armstrong, 2001 y Biederman, 2001).

El TDAH tiene como característica más sobresaliente la hiperactividad, la cual, se presenta en dos formas; motriz que es un estado de movilidad permanente no necesaria, desorganizada y caótica, caracterizada por la combinación de la inquietud y la falta de atención, siendo ésta la más aparente. También, se encuentra la excesiva actividad sensorial que origina que esté permanentemente hiperestimulado pero no manifiesta actividad motora, reaccionando a estímulos inesenciales que pueden surgir del exterior o

de su interior, de tal forma que probablemente sus sensaciones biológicas (hambre, dolor, sed, etc.) se intensifican, por lo que exigen una satisfacción inmediata; al tiempo, que se ve constantemente interrumpido por sus propios pensamientos (Velasco, 1988; Silva, 1984 y García, 1998). Es decir, su mente salta de una idea a otra casi de forma continua, impidiéndole focalizar su atención en lo que está sucediendo en el exterior.

Otra característica importante es la inatención la cual es el síntoma que se describe como integrante fundamental del trastorno y está relacionada con la hiperactividad sensorial, por lo que el niño no puede concentrar la atención en alguna actividad, puesto que es incapaz de mantenerla por un periodo de tiempo e inhibir los impulsos que tiene ante los estímulos que se le presentan, tanto internos como externos (“¿Qué es la”, 2001 y Santa María, 2001).

Por último, en la tríada fundamental del TDAH se encuentra la impulsividad, en donde los individuos con este trastorno presentan dificultades para controlar las emociones sean estas positivas o negativas, por lo que la expresión de éstas resultan de alta intensidad y duración, dando también lugar a la manifestación de conductas no meditadas, ya que existe una pérdida de la capacidad para inhibir la conducta, la cual puede resultar en manifestaciones inadecuadas tanto por estímulos frustrantes como placenteros dando lugar a grandes expresiones de enojo o de júbilo, mostrando conductas incontrolables de risa o llanto, rabieta, berrinches, necedades, etc. (Velasco, 1988; Uriarte, 1989; San Esteban; 2001, García y Magaz, 2000 y Biederman, 2001).

El niño impulsivo al ser incapaz de controlar la satisfacción de sus necesidades se le atribuye tener una baja tolerancia a la frustración, es así que reacciona sin pensar en las consecuencias por lo que puede verse involucrado en conflictos interpersonales o situaciones peligrosas. La hiperactividad y la impulsividad tienden a manifestarse juntas en los niños con TDAH (Fowler, 2001).

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, (1994) se identifican tres subtipos según el patrón sintomático predominante:

-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es decir de tipo combinado. Este subtipo debe utilizarse si hay por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (este subtipo es el más común).

-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (sin exacerbación motora). Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad).

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsividad (es el menor común). Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).

De igual forma, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), indica los siguientes criterios de diagnóstico para definir el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:

Síntomas:

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en 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.

Síntomas de la 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 y 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.
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad motora:

- a) A menudo juega mucho con manos, pies y se mueve en su lugar.
- b) A menudo se levanta de su lugar.
- c) A menudo corre e irrumpe de manera inapropiada por todos lados sin un objetivo específico.
- d) A menudo presenta dificultad para disfrutar un juego o actividad recreativa donde necesita estar concentrado y en silencio.

Síntomas de Impulsividad:

- a) A menudo suelta respuestas antes de que se haya terminado de formular la pregunta.
- b) A menudo tiene una enorme dificultad para esperar su turno (baja tolerancia a la frustración)
- c) A menudo interrumpe las conversaciones de los demás y actúa intrusivamente.

El TDAH tiene una gran serie de síntomas pero no siempre se encuentran todos en un individuo, y algunos pueden estar más marcados que otros lo que produce una gran variedad de cuadros clínicos (García, 1998). Lo que en un niño es conducta preocupante y digna de atención terapéutica puede ser que ni siquiera aparezca en otro aunque ambos sufran la misma condición.

1.3 Prevalencia.

El TDAH se presenta con más frecuencia en varones que en mujeres (siendo la diferencia de 4 a 1); siendo el tipo combinado (déficit de atención-hiperactividad) el más común en hombres y el de tipo con predominio de déficit de atención el más común en mujeres, lo cual se ha relacionado con cuestiones culturales con respecto al género, ya que las expectativas que se tienen acerca de las niñas es de una conducta más apacible en comparación a la de los niños donde se espera que sean más activos y atrevidos, tal situación dificulta aún más el diagnóstico en las niñas (Guevremont, DuPaul y Barkley, 1990; Ricardez, 1990; Rostler, 2001; "Déficit de la atención con hiperactividad", 2001 y "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad", 2001).

Asimismo, 7 de cada 100 niños en México lo padecen por lo que existe un promedio de 1 millón $\frac{1}{2}$, lo que hace pensar que al menos existe un niño con este trastorno en cada aula escolar, siendo solamente atendidos del 3-5 % de ellos. Si también se toman en cuenta los adultos no diagnosticados se estaría hablando de 3 millones de personas aproximadamente, lo que hace un total de 4.5 millones de individuos que padecen este trastorno en nuestro país (American Psychiatric Association, 1994; Orjales, 2000; Belsasso, 2001 y Garza, 2001).

En Estados Unidos se considera la prevalencia entre el 5% y 8% de la población en general presenta TDAH de los cuales el 50 % de individuos que cursan estudios escolarizados presentan atrasos en sus estudios con respecto a lo esperado con su edad cronológica; un 46 % de alumnos son suspendidos frecuentemente, un 11% son expulsados de las escuelas; el 10 % abandona la escuela; más del 50 % ha repetido algún grado al menos una vez y el 35 % nunca completo la escuela secundaria y solo el 5 % completo la Universidad.

En otros países la prevalencia fue documentada con la misma magnitud, en Alemania, Irlanda y Puerto Rico la prevalencia es del 10%, en Inglaterra, Suiza, España y Brasil tienen una prevalencia del 4 % (Belsasso, 2001).

1.4 Factores Asociados.

En base a los estudios alrededor del TDAH se ha observado que no existe una causa específica a la cual atribuirle su origen; sin embargo, se conocen mecanismos responsables de su aparición ya que con frecuencia se ha encontrado una asociación entre ellos y el presente trastorno. Los factores asociados se encuentran clasificados en cuatro tipos de alteraciones:

- Neuroquímicas
- Estructurales
- Funcionales
- Genéticas

1.4.1 Alteraciones Neuroquímicas

Como se sabe los primeros estudios encaminados para dar una explicación a la presencia del TDAH se enfocaron en buscar una correlación entre alteraciones anatómicas y los síntomas pero al no encontrar tal hecho, en todos los casos se abrieron nuevas líneas de investigación, como es que el Sistema Nervioso Central para llevar a cabo sus funciones estimulantes y funciones inhibitorias necesita de neurotransmisores (los cuales son sustancias que se encargan de transportar la información y de estimular e inhibir el trabajo de las neuronas) entre los cuales el que se encuentra mayormente relacionado con las funciones de atención es la dopamina.

La dopamina es el neurotransmisor que se encarga de estimular o inhibir dependiendo del lugar del cerebro donde se encuentre, es decir, si se haya en el circuito frontoestriado o frontohipotalámico actuara como un estimulante de las acciones y facilitara su acción por lo que se tiene un mayor tiempo de atención y concentración en las labores, en cambio, en los circuitos internos de los ganglios basales facilitara su inhibición evitando así la hiperactividad. Por tanto, la poca producción, el mal transporte o mal reconocimiento de esta sustancia en las zonas de conexión determinaran cortos periodos de atención, incapacidad para la adaptabilidad al ambiente y movimientos que no están encaminados a un objetivo específico por lo que resultan involuntarios (De la Fuente, 1981; Peña-Torres, 1987; Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997; Rief,

1999; Jones, 2000; SaludHoy, 2000, Barragán, 2001 y Ávila y Polaino-Lorente, 2002). La figura 1 ilustra las diferencias entre una persona que presenta TDAH y una que no lo padece en cuanto a la cantidad de neurotransmisores.

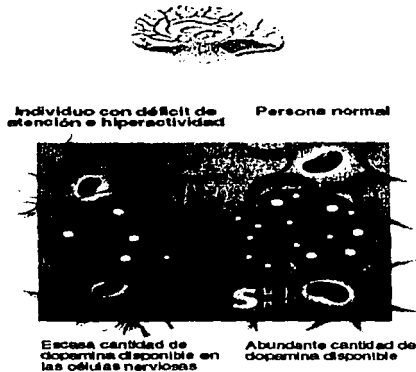


Figura 2. Diferencias de la cantidad de neurotransmisores entre una persona normal y un individuo con Déficit de Atención e Hiperactividad.

Fuente: SaludHoy (2000).

1.4.2 Alteraciones Estructurales

El cerebro humano está dividido en dos partes, lóbulo izquierdo y derecho; el lado izquierdo se encarga del procesamiento lingüístico y del procesamiento analítico, lógico y secuencial de la información (siendo el hemisferio dominante para el lenguaje) y el otro se encarga del movimiento, las emociones, la percepción del espacio y la posición y las capacidades artísticas, estos lóbulos se encuentran conectados por un conjunto de nervios que toman el nombre de cuerpo caloso, los cuales de acuerdo a estudios realizados con imágenes de resonancia magnética (IRM) han demostrado que existen menor cantidad de estos nervios en los niños diagnosticados con TDAH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, han encontrado que el volumen de los ganglios basales es menor por lo que no permite que desempeñen satisfactoriamente su función que es la de iniciar e integrar los movimientos, al tiempo que junto con los lóbulos frontales controlan los procesos de atención y aprendizaje (Villee, 1987; Portellano, 1989; Jones, 2000; Coon, 2001; Barragán, 2001 y Otra, 2001).

Del mismo modo, los lóbulos frontales encargados del movimiento voluntario, almacenamiento de pensamientos a corto plazo, procesos de atención y planeación del comportamiento se encuentran discretamente menores en individuos con TDAH. Esto fue hallado en un estudio en el que se "...comparó -con resonancia magnética- a tres grupos de niños, uno con TDA de acuerdo con los criterios del DSM-IV, otro con trastorno en la lectura y otro con niños normales" (Barragán, 2001), además de encontrar que el lóbulo frontal izquierdo era menor que su contraparte derecha. No obstante, estas alteraciones u otras generalmente no se encuentran en la mayoría de los casos de niños que presentan este trastorno, por lo que a una alteración estructural no se le da un gran peso como causa del TDAH (San Esteban, 2001).

1.4.3 Alteraciones Funcionales

Al momento que las funciones cerebrales actúan debido a que el individuo ejecuta una tarea, se produce un cambio en la actividad neuronal que ocasiona modificaciones en el metabolismo cerebral como variaciones en el flujo sanguíneo cerebral o la utilización de sustancias energéticas cerebrales como la glucosa o el oxígeno (Barragán, 2001). Los científicos del Instituto Nacional de Salud Mental [National Institute of Mental Health (NIMH)] estudiaron la actividad cerebral de adultos "normales" y adultos diagnosticados con TDAH en base a tomografías por emisión de positrones, midiendo así el nivel de glucosa utilizado por las áreas del cerebro que inhiben los impulsos y controlan la atención, encontrando de este modo diferencias importantes entre cada grupo, ya que los individuos con TDAH muestran una menor utilización de glucosa en las regiones frontales lo cual demuestra que fueron menos activas por lo que sus capacidades de procesos de atención, de Información y control del movimiento se encuentran disminuidos (Neuwirth,

2001 y “Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad”, 2001). La figura 2 muestra imágenes tomográficas cerebrales producidas por tomografía de emisión de positrones en las que se aprecian las diferencias de la utilización de la glucosa entre un adulto con TDAH y un adulto que no tiene el trastorno.

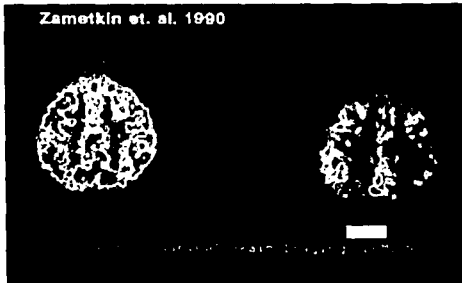


Figura 2: Imágenes tomográficas cerebrales producidas por tomografía de emisión de positrones que muestran diferencias del uso de glucosa entre un adulto con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (derecha) y un adulto que no tiene el trastorno (izquierda).

Fuente: Neuwirth (2001).

1.4.4 Alteraciones Genéticas

En base a estudios familiares realizados por genetistas se ha encontrado que existe un patrón de transmisión de la influencia genética sobre los sistemas que controlan la dopamina, en los que se observo “...que en los grupos donde el padre es portador de TDAH las mujeres tienen un riesgo mayor de padecer el mismo trastorno, con una relación para las hijas de 6.6 % y para los hijos de 1.5 %. Sin embargo, cuando no hay padres con TDAH el riesgo para los varones es cuatro veces mayor que para las mujeres” (Barragán, 2001, p. 91). De tal manera, que se llega a la conclusión de que el sexo femenino presenta una carga genética mayor para presentar este trastorno.

Asimismo, en estudios que tienen como base el modelo familiar se han comparado sus antecedentes para determinar los síntomas del TDAH durante la infancia de grupos de padres, es decir, en tres grupos diferentes, uno formado por padres de niños adoptados con TDAH, otro el de padres de niños

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con TDAH y el último de padres de niños "sanos", en los que se encontró que el porcentaje de TDAH era mayor en los familiares biológicos de niños que presentaban este trastorno; de esta manera, se comprueba nuevamente que la herencia tiene una presencia importante en el TDAH. Por lo que se considera que al menos una tercera parte de padres que han tenido TDAH en su juventud tienen hijos que presentan este trastorno (Baker, 1993 y Neuwirth, 2001).

Otra manera de estudiar la pauta hereditaria del TDAH, se realizó en investigaciones con gemelos tanto idénticos (monocigóticos) como no idénticos (dicigóticos) diagnosticados con TDAH, encontrándose que los gemelos idénticos presentan con mayor frecuencia los mismos síntomas que los gemelos no idénticos. (Grau, 2000 y Barragán, 2001).

En la misma línea un grupo de Investigadores británicos en 1989, compararon 29 gemelos idénticos y 45 gemelos no idénticos del mismo sexo, encontrando que 51% de los gemelos idénticos ambos tenían TDAH, en tanto que solo 33% de los gemelos no idénticos estaban afectados ambos (Jones, 2000).

1.5 Comorbilidades.

Desafortunadamente el TDAH no es un trastorno que se presente solo, es decir, en más del 50 % de los casos se encuentra asociado a otros trastornos lo que se conoce como comorbilidades, las cuales dificultan el diagnóstico.

En estudios longitudinales se ha encontrado que el presentar TDAH en la niñez predice en más de la mitad de los casos un desajuste de los individuos cuando llegan a la etapa adulta mostrando graves problemas interpersonales y alteraciones psiquiátricas debido a que el TDAH no es atendido y las comorbilidades empeoran (Ostrosky-Solis, 2000).

Entre las condiciones asociadas se encuentran las siguientes:

- Trastorno conductual
- Trastorno oposicionista / desafiante
- Trastornos específicos del aprendizaje
- Trastornos de ansiedad /depresión
- Trastornos en la coordinación motora
- Somatización

1.5.1 Trastorno Conductual

Es una falla en el control del comportamiento apropiado por lo que no se respetan las reglas sociales establecidas, puesto que no cuentan con una adecuada capacidad de juicio lógico-social, de ahí que con frecuencia cometa la misma falta más de una vez. El trastorno conductual se presenta con más frecuencia en varones que en mujeres, con una relación de 3 a 1 respectivamente.

Se presenta asociado al TDAH hasta un 45% de los casos; probablemente sea secundario a la falta de regulación en el aprendizaje, impulsividad y una mala adaptabilidad a las situaciones del medio social. Por lo que se puede ver que un niño con este trastorno pueda gritar en situaciones inadecuadas, hacer comentarios fuera de lugar, golpear a niños menores que él, etc. Con el paso del tiempo si este trastorno continua puede desembocar en conductas antisociales como daño a propiedad ajena, consumo de sustancias prohibidas, robo, entre otras (Barragán, 2001).

1.5.2 Trastorno Oposicionista / Desafiante (TOD)

El trastorno oposicionista / desafiante o también conocido como *trastorno negativista desafiante* es un trastorno del comportamiento, normalmente diagnosticado en la niñez, que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables, enojados, agresividad, hostilidad, rechazo u oposicionismo inusual hacia los padres, compañeros,

maestros y otras personas en posición de autoridad y una tendencia a ser aburrido e irritable con otros lo que lleva a los individuos que lo padecen a constantes altercados con quienes le rodean, teniendo alteraciones en su desempeño social, ocupacional, académico y familiar. El inicio de este trastorno se puede observar entre el primer año de vida y los tres años, persistiendo y agravándose conforme avanza la edad (American Psychiatric Association, 1994 y “El trastorno negativista desafiante”, 2001).

Entre las conductas que se observan se encuentran la labilidad emocional, discutir con adultos y desafiar sus reglas, enojarse con facilidad y albergar resentimientos por lo que tiende a ser vengativo, es agresivo con la gente, culpa a otros por sus errores y le molesta que lo corrijan, toma riesgos que no son necesarios y traspasa las leyes, etc. (Vidal, Alancón y Lolas, 1995 y Neuwirth, 2001).

Dichas conductas se presentan habitualmente en presencia de una persona cariñosa o apegada al niño, debido, a que éste conoce las debilidades y tiende a manipularlas a su favor.

El trastorno negativista desafiante afecta a entre un 2 y un 16 por ciento de los niños y adolescentes de la población general; es más común en los niños que en las niñas (“El trastorno negativista desafiante”, 2001).

La asociación entre TDAH y TOD se presenta cerca del 65 – 70 %, siendo más frecuente en niños que en niñas en una relación de 4 a 1; sin embargo, en la adolescencia y adultez no existen diferencias entre los géneros. Asimismo, los pacientes con TOD como consecuencia a sus dificultades sociales presentan problemas con el manejo de sus emociones que los llevan a sufrir síndrome de depresión / ansiedad, un 20 % de los casos lo padece (Barragán, 2001 y Belsasso, 2001).

1.5.3 Trastornos Específicos de Aprendizaje

Se habla de dificultades de aprendizaje cuando un niño tiene preservadas sus capacidades intelectuales, no tiene ningún problema psicológico y cuenta con un ambiente adecuado que lo provee de oportunidades tanto académicas

como culturales, no obstante, su rendimiento tiende a ser insuficiente, el cual se debe a deficiencias en determinadas funciones intelectuales, atencionales, de memoria, senso-perceptivas, de integración auditiva o motrices. (Peña-Torres, 1987; Nieto, 1999 y García, 2001).

Estos problemas se refieren a la incapacidad que el niño/a tiene en la adquisición y manejo del lenguaje escrito o verbal, mientras su potencial intelectual es normal y estos problemas pueden o no estar asociados a una alteración neurológica. Las dificultades específicas de aprendizaje se clasifican de la siguiente manera:

- Dislexia
- Disgrafía
- Discalculia
- Dislalia

1.5.3.1 *Dislexia*

Es una perturbación que se manifiesta por dificultades del aprendizaje en la forma escrita del lenguaje, a pesar, de que la instrucción suministrada sea la convencional, que la inteligencia sea normal y que existan oportunidades socioculturales. Esta alteración impide que el individuo pueda llevar a cabo una lectura adecuada, que omita o confunda las letras, se presenta deletreo al momento de realizarla, tartamudeo en la lectura oral, dificultad para seguir los renglones de una lectura, no respeta signos de puntuación y no presenta comprensión de lectura. ("Qué es la dislexia", 1999; Barragán, 2001; Oltra, 2001, Velasco, 2001 y Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

La dislexia es un trastorno genético que tiene antecedentes familiares, mas de un 80% de los casos presenta un familiar (mujer) con el mismo problema; es más común en mujeres que en hombres la relación entre géneros es de 9 a 1 con predominio femenino. Es una dificultad de por vida pero con un tratamiento adecuado estas personas pueden lograr las metas de cualquier otro individuo sin este problema ("Dislexia", 2000; De Lima, 2001, Barragán, 2001).

Los individuos con este trastorno conservan su capacidad auditiva y visual a un nivel satisfactorio pero no pueden interpretar, recordar, diferenciar o sintetizar sonidos de palabras, por lo que ven la p y la interpretan como q, como escuchan una palabra la escriben, por ejemplo, le dictan gato, entiende tato y así lo escribe. Presentan falta de rapidez en su lectura, no reconoce a golpe de vista las palabras, falta de memoria visual, errores en el ordenamiento de las letras, falta de ortografía, es así que sus errores pueden ser tanto al leer como al escribir. (Romeu, 1999; Milles y Milles, 1999 y Nieto, 1999) Se debe a que tienen un desarrollo inapropiado de los conceptos de lateralidad, alteración de la psicomotricidad, conocimiento deficiente del esquema corporal, desorientación espacio-temporal y trastornos de la percepción tanto a nivel auditivo como visual.

1.5.3.2 *Disgrafía*

La disgrafia consiste en un desorden en el aprendizaje y dominio del trazado correcto de las letras, ya que se tienen fallas en el paralelismo de las líneas, en el tamaño de las letras, en la presión de la escritura, en la separación de las palabras, por lo que pueden juntar una palabra con otra o bien hacer separaciones entre las sílabas de una misma palabra, colocan una letra por otra (p por d), no respetan las líneas en su escritura, además de que presentan deficiencia en los trazos de su escritura debido a alteraciones en su coordinación motora y tono muscular. (García, 1998; Nieto, 1999; De Lima, 2001 y Oltra, 2001). Los niños con este trastorno tienen un nivel de escritura significativamente menor al esperado para la su edad y nivel escolar. Tiene una mayor presencia en sujetos del sexo masculino con una relación de 2 a 1.

Asimismo, si dichas dificultades continúan agravándose dan paso a la aparición de la disortografía la cual se manifiesta por dificultades para el uso correcto de las reglas de ortografía (Nieto, 1999, Oltra, 2001 y Soria, 2001).

1.5.3.3 *Discalculia*

La discalculia es un trastorno que consiste en presentar problemas en la resolución de operaciones aritméticas ya que se presentan errores de inversión,

omisión y orden en la colocación de los números, dentro de las ecuaciones o bien en escritura de cantidades. (Milles y Milles, 1999, De Lima, 2001 y Barragán, 2001)

1.5.3.4 *Dislalia*

Las alteraciones anteriores pueden presentarse conjuntamente a la dislalia la cual comprende problemas en el lenguaje como el de la articulación de fonemas afectando cualquier consonante o vocal, por lo que no puede pronunciar un fonema específico o varios; de ahí que se presente sustitución la cual consiste en remplazar el fonema que le es difícil pronunciar por otro por ejemplo, quiero por quiedo, cama por tama. También se presenta la omisión de letras o sílabas como es el caso de carretera por caetera y caramelo por camelo. Otro problema que se presenta es el de las inserciones donde al no poder pronunciar una palabra le aumenta vocales en cualquier lugar de la palabra como ratón por aratón, de la misma manera puede darse la distorsión en la que se tiende a alargar el sonido del fonema que le es de difícil pronunciación, por ejemplo, gato por ggato. Es así que la gran mayoría de estos niños al presentar alteraciones en su lenguaje tienden a escribir del mismo modo que hablan, es decir, incorrectamente. (De Lima, 2001; Celis, 2001 y Oltra, 2001).

1.5.4 Trastorno de Ansiedad/Depresión

La ansiedad es un padecimiento que se define como la manifestación de miedo y/o preocupación ante una situación ambigua, ya que no existe un factor real presente que ponga en peligro la integridad física o psicológica del individuo, por lo que sus conductas no resultan funcionales, puesto que su capacidad para tomar decisiones y actuar se ven disminuidas dando lugar a la producción de pensamientos negativos y reacciones fisiológicas que son más percibidas debido a su intensidad, esto genera una variedad de reacciones como niveles altos de adrenalina, irritabilidad, fatiga, hiperactividad, baja concentración, tensión muscular y alteraciones del sueño (Ostrosky-Solis, 2000; Barragán, 2001 y Lange, 2001).

La Escala de ansiedad manifiesta en niños-revisada, subtitulada como "Lo que siento y pienso" (CMAS-R) a clasificado en tres rubros las manifestaciones de la ansiedad; el primero se refiere a reacciones fisiológicas que aluden a respuestas del organismo tales como dificultades del sueño, náuseas y fatiga. Otro tipo de manifestación es inquietud/hipersensibilidad que se refiere a la preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional.

El tercer tipo de manifestación es preocupaciones sociales/concentración, que tiene que ver con la generación de pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención (Reynolds y Richmond, 1985).

En niños que han sido diagnosticados con TDAH la ansiedad se presenta en un 35 % de los casos, especialmente en los que manifiestan el subtipo hiperactividad/impulsividad. La ansiedad se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres con una relación de 3 a 1, dicha condición aumenta en la etapa de la adolescencia y la juventud. (Barragán, 2001).

Pero desafortunadamente la ansiedad no es un padecimiento que se presente solo, sino que generalmente acompaña a la depresión, la cual se describe como un padecimiento que esta relacionado con factores externos al individuo los cuales alteran su equilibrio emocional (factores exógenos), o bien, a factores neurofisiológicos (endógenos), los cuales se dan por la falta de la producción, trasportación o asimilación de neurotransmisores por lo cual el individuo no puede tener una adecuada interpretación y relación ante su ambiente. En el caso de los niños los factores exógenos son los que resultan mas frecuentemente como explicativos de la depresión infantil, debido a que la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, ya que los pequeños son mucho más vulnerables puesto que no cuentan con las habilidades y experiencias necesarias para enfrentar estas situaciones, de ahí que genere pensamientos o sentimientos depresivos.

La depresión es un estado emotivo negativo de tristeza, llanto, de emociones y situaciones que no pueden controlar y que al mismo tiempo le generan al niño culpa, inseguridad y desesperación y sentimientos de

insuficiencia y devaluación por lo que su interés en su ambiente disminuye, viéndose afectada negativamente su capacidad de disfrute y seguridad hacia sí mismo y hacia los demás. Presenta cambios en su conducta y estado de ánimo que lo limitan en sus interacciones interpersonales, afectando sus sentimientos puesto que genera pensamientos negativos, a la vez que percibe que es incomprendido y poco amado. (Portellano, 1989; Lang y Tisher, 1994 y Rivas, 1995).

Las manifestaciones de la depresión se pueden dividir en dos rubros que son síntomas fisiológicos y síntomas psicológicos. En los primeros encontramos alteraciones del sueño (como ciclos irregulares de sueño, insomnio, despertares frecuentes y/o enuresis/encopresis); somatización (variedad de dolores como: de cabeza, abdominales, musculares, visión borrosa, mareo y náuseas); cambios de peso (aumento o pérdida del mismo); fatiga y cansancio frecuente; alteraciones psicomotoras (incremento de actividad, incremento o disminución de actividad intelectual por lo que se ve afectada la capacidad de atención) y labilidad emocional (cambios bruscos de temperamento yendo de la alegría a una franca e inconsolable tristeza).

En los segundos se encuentran sentimientos de tristeza, de culpabilidad, autoestima baja, percepción negativa y desconfianza de las relaciones interpersonales y del futuro, baja tolerancia a la frustración lo que genera irritabilidad y enojo, y además pérdida de interés en actividades usuales (American Psychiatric Association, 1994, Polaino-Lorente, 1988, Barragán, 2001, Lange, 2001, Alvarez, 2002 e Infante, 2002).

La depresión en los niños en muchos casos puede darse de una manera enmascarada, es decir, al no poder identificar y expresar sus sentimientos y síntomas de manera verbal, su padecimiento tiende a ser expresado de manera corporal, por lo que los síntomas somáticos aparecen. No obstante, en niños mayores y adolescentes las manifestaciones de depresión guardan gran parecido con las manifestaciones de los adultos, por lo que, una manera de detectarla han sido los autoinformes como lo es el cuestionario de depresión para niños (CDS) (Polaino-Lorente, 1988; Lang y Tisher, 1994 e Infante, 2002).

La depresión se encuentra presente en un 65 % de los casos de niños con TDAH, especialmente en el subtipo hiperactividad /impulsividad (Barragán, 2001).

De este modo, es importante tomar en cuenta que cualquier niño puede presentar algún signo de los antes descritos tanto de ansiedad o depresión, sin embargo, lo relevante de tomar en cuenta es la frecuencia e intensidad de las manifestaciones, así como el impacto que pueda tener en sus relaciones sociales y en la personalidad del niño, que de estar produciendo un deterioro lo más recomendable es consultar a un especialista.

1.5.5 Trastornos en la Coordinación Motora

En los niños con TDAH suele presentarse con relativa frecuencia (en 32 % de los casos) problemas de destreza física, ya que cuentan con una deficiente habilidad para organizar y coordinar sus movimientos tanto finos como gruesos, por lo que suelen verse como lentos y torpes. Tales dificultades no les permiten abotonarse la camisa, amarrarse los zapatos, recortar o tener una buena caligrafía. Así mismo en cuanto a movimientos gruesos suelen sufrir frecuentes caídas, chocar o golpearse con los muebles, dificultades para mantener objetos en las manos o para hacer ejercicios por lo que no pueden intervenir adecuadamente en actividades colectivas, como juegos, por lo que llegan a sentirse incapaces y/o son rechazados por sus iguales (Rebollo, 1980; Gargantua, 1985; Peña-Torres, 1987; Velasco, 1988; Rodríguez, 1994 y Barragán, 2001).

1.5.6 Somatización

Las manifestaciones psicósomáticas son trastornos fisiológicos los cuales puede presentar un individuo a causa de las presiones ambientales o personales que le son difíciles de resolver o expresar verbalmente, por lo que en el cuerpo se generan desequilibrios los cuales podemos identificar en tres tipos: trastornos del sueño, trastornos de la alimentación y dolores referidos.

1.5.6.1 *Trastornos del Sueño*

Estos pueden presentarse como dificultades para conciliar el sueño por lo que tardan en dormirse y necesitan la compañía del algún adulto para poder hacerlo. También algunos niños despiertan durante la madrugada teniendo problemas para conciliar el sueño nuevamente. Otros presentan despertares frecuentes manifestando miedos nocturnos a causa de pesadillas o gran inquietud. Además se puede observar en algunos casos la pérdida de control sobre el esfínter urinario (enuresis) o en el esfínter anal (encopresis), en donde cualquiera de las dos daña gravemente la autoestima del niño.

1.5.6.2 *Trastornos de la Alimentación*

Estos se presentan en cuanto a la velocidad y cantidad de ingesta de los alimentos, ya que puede ser de manera compulsiva debido a comer rápidamente (devorar) o ingerir alimentos varias veces al día, lo cual ocasiona un aumento de peso principalmente entre el género femenino favoreciendo en la etapa de adolescencia rechazo por la estructura corporal afectando la autoimagen puesto que no coincide con su imagen ideal dando lugar a la devaluación.

Algunos otros comen despacio ingiriendo de este modo sus alimentos fríos. En este rubro también se encuentra la bulimia y la anorexia nerviosa sobretodo en las adolescentes que tienen la obsesión de cuidar su imagen corporal buscando evitar el aumento de peso a toda costa. (Barragán, 2001).

1.5.6.3 *Dolores Referidos*

Dentro de este tipo de padecimientos de estos padecimientos se encuentran más frecuentemente los dolores de cabeza y las contracciones musculares llevando al organismo a un estado de tensión o rigidez. Asimismo, se presenta vomito o mareo, ardor y dolor estomacal, cólicos, estreñimiento (Ostrosky-Solís, 2000, De Lima, 2001 y Lange, 2001).

Es de suma importancia señalar que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no es la causa de las diversas comorbilidades antes expuestas sino que se puede encontrar acompañado por alguna o todas, de ahí que sea posible encontrar casos de niños con TDAH solamente (casos puros), casos donde se especifique un tipo de TDAH y alguna comorbilidad, o bien, casos donde algún tipo de comorbilidad sea mayor y el TDAH sea menos severo.

De este modo, la presencia de diversos trastornos puede complicar la realización del diagnóstico debido a la similitud que guardan los síntomas, a la vez que la tarea de establecer la relación contexto-comportamiento-consecuencias suele enredarse con el paso del tiempo, tal tema será abordado más ampliamente en el capítulo referente al diagnóstico y tratamiento del TDAH. (Ver capítulo 2).

1.6 El Niño con TDAH y su Ambiente.

Los niños tienen como características inherentes el ser muy activos, alegres, impulsivos y tener interés por las cosas nuevas; sin embargo, en los niños que presentan TDAH estas características son exacerbadas, por lo que causan un efecto a brumador en las personas que conviven con ellos en sus diferentes ambientes, que para un niño resultan ser la familia, la escuela y la sociedad, experimentando así diversos conflictos que se generan independientemente de la presencia de alguna comorbilidad. Tales conflictos generan en el 30 a 45% de estos niños síntomas emocionales significativos, lo cual agrega un factor negativo más a la disminución de su atención y concentración, ya que se da una lentificación de las funciones intelectuales que les acarrea un aumento en las consecuencias adversas que tienen en su contra (Portellano, 1989).

1.6.1 Ambiente Familiar

El comportamiento de un niño con TDAH se hace presente desde temprana edad por lo que se pueden originar diversos conflictos afectando la relación entre padres e hijo con TDAH. Los padres por su parte generan gran angustia, enojo y preocupación por el futuro del niño, al tiempo que ven frustradas sus expectativas, lo cual aumenta con las quejas del colegio y lo comienzan a catalogar como incontrolable y lo toman como la causa de todos los problemas.

Asimismo, la vida social de la familia se ve afectada, ya que dejan de ser invitados, se rehúsan o temen asistir a eventos o situaciones que implican a más gente; por ejemplo, fiestas, citas con el médico, asistir al cine, restaurante, iglesia, club, etc. De ahí que, los padres experimenten constantemente irritabilidad, reaccionando con castigos verbales y físicos hacia el niño, aunque posteriormente se sientan culpables y traten de corregir su error dándoles todo lo que demandan, esta situación complica el problema ya que no se le ofrecen límites claros al pequeño (Ávila y Polaino-Lorente, 2002). Por su parte el niño se siente poco amado y culpable a pesar de que no comprenda el motivo de las reacciones de molestia de los demás (Trianes, 1999 y De Lima, 2001).

Otra forma de reacción de los padres es minimizar los comentarios negativos que diversas personas hacen de su hijo por lo que tienden a justificar los comportamientos inadecuados o culpan a otros, de ahí que voluntariamente se alejen de una vida social para proteger a su hijo del rechazo. Tal actitud en muchos casos es contraproducente ya que retrasa la temprana detección y tratamiento del TDAH.

En cuanto a la relación del niño que presenta TDAH con sus hermanos se ha encontrado que la mayoría de las veces es difícil por los conflictos que se generan entre ellos principalmente por rivalidad (ocasionada por ganar las atenciones y/o reconocimiento de los padres) y enojos, ya que el niño con TDAH al no respetar turnos, invadir espacios y reaccionar de forma impulsiva provoca en sus hermanos confusión, frustración y enojo (Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

Igualmente, las relaciones familiares pueden estar cargadas de incertidumbre y confusión debido a la variabilidad en su desempeño; por ejemplo, un niño con TDAH no puede mantener su atención en clase, sin embargo, pasa mucho tiempo jugando videojuegos, lo cual origina que los padres piensen que sus dificultades en la escuela son voluntarias (American Psychiatric Association, 1994). No obstante, cabe mencionar que el interés por los videojuegos se debe a que están provistos de una gran cantidad de estímulos ágiles y novedosos, por lo que no se dispersa su atención tan fácilmente (Belsasso, 2001).

1.6.2 Ambiente Escolar

La escuela marca el paso de una vida familiar a una vida social por lo que es el segundo ámbito enriquecedor para el desarrollo del niño donde no tiene garantizada la aceptación sino que tiene que demostrar habilidades para conseguirla mediante el cumplimiento de las conductas que se le demanda como es una actividad más sedentaria, organizada, y con mayor atención y autocontrol, las cuales al no poseerlas el niño con TDAH se ve fácilmente involucrado en diversos conflictos tanto en su rendimiento escolar como en su comportamiento con profesores y compañeros, no porque esta conducta sea anormal, sino que es conflictiva por la frecuencia, intensidad e inoportunidad con que se presenta. Esto se ve empeorado cuando se le expone a tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido, por lo que las experimentan como desagradables, aburridas y aversivas, ya que carecen de novedad; sin embargo, saben que dichas tareas son importantes, pero son incapaces de realizar un esfuerzo constante para llevarlas a cabo (Smirnov, Rubinstein, Leontiev, 1960; APA, 1994; Trianes, 1999 y Ostrosky-Solis, 2000 y "El rol de la escuela", 2000 y Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

El niño con TDAH frecuentemente presenta bajo rendimiento escolar, lo cual no se debe a su capacidad intelectual, pues esta puede ser baja, normal o alta como la de cualquier otro niño, sino que se origina por su corta atención y conductas alternativas que frecuentemente son disruptivas en el aula por lo que no adquiere la totalidad de los conocimientos que se le intentan transmitir; esto sin contar los posibles trastornos de aprendizaje que pudiera presentar (Kirby, 1992 y Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

Tal situación acarrea que los niños con TDAH sean no populares y suelen ser marginados del grupo tanto por profesores como por compañeros, al tiempo, que tienen de ellos una mala opinión considerándolos como flojos, tontos, "especiales", vagos y malos amigos.

Es así que el niño que presenta TDAH se siente incomprendido, rechazado, inseguro, triste, poco merecedor de afecto e incapaz, ya que no puede modificar por sí mismo su comportamiento aunque se esfuerce, por lo que canaliza su tensión adoptando una actitud defensiva y agresiva, o bien, se aísla viéndose desmotivado y con sentimientos de baja autoestima que al ser mantenidos a través del tiempo pueden desembocar en un estado depresivo u originar un trastorno de conducta. Asimismo, pueden somatizar su tensión viéndose afectado su estado físico (Bonino, 1984; Vázquez, et. al., 1997 y Piedras 2001).

Además, hay niños que generan una actitud negativa hacia la escuela por lo que se rehúsan a asistir a ella o a realizar las labores escolares que consideran como difíciles mediante una negación abierta o conductas alternativas como es el manifestar diversos malestares (vómito, mareo, náusea, dolores corporales, etc.) o realizar otras actividades para evadir sus responsabilidades académicas como "intentar" hacer la tarea teniendo el televisor prendido, hacer la tarea muy tarde para justificar el no terminarla, abusar del uso de aparatos para la realización de tareas como la calculadora mientras lo que se requiere es que aprendan a multiplicar, entre otras (Trianes, 1999).

1.6.3 Ambiente Social

Los niños diagnosticados con TDAH no solo ven afectada su vida escolar y familiar, sino también otros ámbitos, ya que en estos tienen que utilizar capacidades motrices, de atención y socialización, como es el poder practicar un deporte o simplemente el jugar con otros niños; al no ser capaces de desarrollar estas capacidades se enfrentan a un constante fracaso y rechazo, por lo que prefieren jugar con niños más pequeños, puesto que entre ellos no se sienten evidenciados y pueden tener el control de la situación haciendo lo que ellos desean y cómo lo desean, al tiempo que frente al parámetro de comparación que establecen los mismos niños, el niño con TDAH se ve beneficiado.

Otra forma de reacción característica de algunos niños con TDAH es el aislarse evitando el contacto social prefiriendo estar en su casa, y en los momentos que es inevitable estar en una situación social llevan a cabo un juego solitario.

Las problemáticas sociales se ven incrementadas debido que a los niños con TDAH se les dificulta comprender y adaptarse a las normas sociales ya que no poseen un adecuado desarrollo de su juicio lógico social, a la vez que no pueden hacer uso de su sentido común, lo cual se conjuga con su incapacidad para reconocer las expresiones faciales de quienes les rodean, por lo que no pueden establecer relaciones sociales adecuadas ganando la antipatía de los demás. En esta inadaptación social se involucra el ajuste emocional del niño por lo que su percepción de la vida en grupo se ve afectada negativamente, ya que no se siente parte de ninguno, se sabe rechazado y carece de prestigio social (Novartis, 2001 y Barkley, Sin año).

Por tanto, podemos observar que el niño con TDAH no cuenta con un espacio que le brinde contención ante todas las situaciones adversas, por lo que se encuentra expuesto a experimentar un círculo vicioso que puede tener como origen su falta de atención, por lo que frecuentemente lleva a cabo actividades inapropiadas para el tiempo y lugar en el que se encuentre, cayendo así en conductas disruptivas que tienen como consecuencia conflictos con quienes le rodean ya sean padres, maestros o grupo de iguales.

Es así que, el niño con TDAH genera estrés y otro tipo de alteraciones conductuales y emocionales, ya que al poseer un coeficiente intelectual normal o arriba del normal es capaz de percibir su poca habilidad de autorregulación, de ahí que tema cometer errores y no cumplir con la disciplina, lo cual le significa ser rechazado o castigado, viéndose de este modo afectada su autoestima y sus relaciones sociales, por lo que aumenta su falta de atención continuando con el círculo vicioso; es así que al crecer estos niños y llegar a la adolescencia presentan mayor tendencia al suicidio (Barragán, 2001, Biederman, 2001 y Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

Se ha encontrado que los adolescentes hiperactivos son más propensos a abusar del alcohol u otra droga ya que les proporcionan un efecto sedante, es decir, al ingerir una droga los niveles de neurotransmisores cerebrales se

alteran y el adolescente se siente menos confuso, está más seguro de sí mismo y puede organizarse mejor. Otros riesgos que corren estos adolescentes es el sufrir accidentes automovilísticos y/o llevar a cabo experiencias sexuales riesgosas, teniendo como factores principales la inmadurez que les caracteriza aunada a su impulsividad y el no anticipar las consecuencias de sus actos (Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

Desafortunadamente el niño que presenta TDAH al no ser detectado y puesto en tratamiento, siguiendo este con constancia, no podrá muy probablemente superar sus incapacidades para lograr un adecuado desarrollo personal, de ahí la importancia de que los adultos que se encuentran vinculados de una u otra manera con los niños desarrollen mayor sensibilidad hacia con éstos, observando y evaluando lo que si pueden hacer en lugar de prestar atención a lo que no pueden hacer, puesto que las primeras experiencias sociales y de valía personal influyen en gran medida en la vida futura.

En resumen, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el nombre que se utiliza actualmente para referirse a un trastorno del comportamiento que se caracteriza por una dificultad generalizada para regular la atención, una actividad motora excesiva y una escasa capacidad de reflexión; quienes lo presentan se muestran ante los demás con poca atención sostenida, movimiento constante y pobre autocontrol, dejándose llevar por sus deseos, emociones o sus necesidades; estos problemas se pueden presentar a lo largo de todo el día y en cualquier lugar. El trastorno es variado y se manifiesta de forma diferente en cada individuo. Tales déficits llevan a retrasos en todos los aprendizajes, siendo más afectados los de naturaleza cognitiva, ya que estos precisan de mayor atención sostenida relevante, es así que dentro de un ambiente académico se afecta negativamente el desempeño de las personas con TDAH. Asimismo, su falta de regulación emocional les acarrea dificultades sociales, por lo que con frecuencia generan conductas agresivas o estados depresivos. El TDAH en muchos de los casos presenta otros trastornos asociados, lo cual se conoce como comorbilidades. Es importante dar a conocer este tema para posibilitar su temprana detección y brindar atención tanto a los niños que presentan TDAH, a sus padres y otros adultos que se encuentran en constante relación con ellos.

CAPITULO 2

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH

2.1 Especialistas Encargados del Diagnóstico.

El hecho de que un niño presente falta de atención y concentración, o bien, presente actividad excesiva, las cuales caracterizan al TDAH no significa la presencia de éste, puesto que pueden existir diversas razones por las cuales no se presta atención y/o se tiene gran actividad; por lo que serán los especialistas quienes se encarguen de realizar tal diagnóstico. El diagnóstico debe estar a cargo de un grupo de distintos especialistas en el área para que se puedan descartar otro tipo de enfermedades o trastornos que pueden generar síntomas similares al TDAH (Barragán, 2001). El grupo de especialistas debe estar formado básicamente por:

- **Pediatra:** Ayuda a identificar problemas agudos o sistémicos.
- **Neurólogo Pediatra:** Descarta otras enfermedades. Ayuda a pacientes con TDAH.
- **Paidopsiquiatra:** Descarta enfermedades psiquiátricas. Ayuda a pacientes con TDAH.
- **Psicólogo o Neuropsicólogo:** Aplica pruebas para verificar el TDAH y define las áreas de mayor dificultad.

2.2 Diagnóstico Diferencial.

Los niños suelen ser especialmente reactivos a las condiciones que viven en su ambiente por lo que algunas situaciones en particular pueden generar cambios en su conducta habitual. (Peña-Torres, 1987; Portellano, 1989;

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997 y Velasco 2001). Algunos de los factores que afectan la conducta de los niños son:

- Alejamiento, enfermedad o muerte de alguna persona significativa.
- Los cambios frecuentes de domicilio.
- Periodos cortos o variables de sueño.
- Dificultades económicas de la familia.
- Dificultades serias irresolubles entre los padres (divorcio).
- Nacimiento de un hermano.
- Presencia de adicciones en alguno de los padres o persona cercana.
- Violencia o abuso sexual o físico.
- Presencia de algún defecto físico.
- Dificultades de socialización por lo que se siente solo.
- Ausencia o inconsistencia en las normas y reglas, en el hogar y/o escuela.
- Consentimiento excesivo por parte de los padres o maestros.
- Autoritarismo de los padres o profesores.
- El ser comparado con otras personas y sentirse en desventaja.

De igual forma existen trastornos que pueden confundir el diagnóstico, ya que guardan algunas similitudes, principalmente relacionadas con problemas de atención:

- Retraso mental: No es una enfermedad, se trata de un rendimiento intelectual inferior de acuerdo al promedio esperado para la edad del individuo, el cual se encuentra por debajo de 70 puntos en los rangos que se marcan para la medición del Coeficiente Intelectual (CI). En este tipo de individuos su capacidad de atención es limitada por lo que no responden a los estímulos fácilmente; sin embargo este tipo de niños no son distraídos (Silva, 1984 y Wechsler, 1984).
- Espectro autista: Este tipo de individuos presentan alteraciones para socializar, para comunicarse (tanto de manera verbal y no verbal) y para su motricidad gruesa, las cuales se traducen a no establecer contacto visual, rechazar el contacto físico, retraso en la adquisición del lenguaje, movimientos repetitivos y estereotipados como balancear el cuerpo, abanicarse con las manos, así como la carencia de gestos o intento de comunicación con otras personas (Barragán, 2001).

- Síndrome de Guilles Tourette: Es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por múltiples tics (motores y vocales) acompañados de coprolalia (necesidad de expresar groserías en voz alta) y ecolalia (repetir varias veces la misma frase). Los tics se inician con movimientos complejos en el rostro y se extienden después a diferentes extremidades; así mismo presentan problemas de atención, acciones autoagresivas y conductas compulsivas (Romeu, 1999, APA, 1994; Barragán, 2001 y “Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad”, 2001).
- Problemas de audición/visuales: Se refiere a alteraciones de la agudeza visual y auditiva, por lo que no se pueden percibir ni interpretar adecuadamente los estímulos. Aquí se pueden encontrar los problemas de hipoacusia, miopía, etc. (Portellano, 1989 y Velasco, 2001).
- Retraso en el desarrollo: Implica un retraso considerable entre el comportamiento de un individuo y lo que se espera de él de acuerdo a su edad cronológica, tal atraso se puede encontrar en las áreas de socialización, comunicación o movimiento corporal, se puede observar un bajo tono muscular, problemas de lenguaje, de memoria, de atención, etc.
- Epilepsia: se caracteriza por periodos de pérdida del estado de alerta que pueden ir acompañados o no por movimientos (convulsiones), esto se debe a una descarga eléctrica anormal en el cerebro. En los casos que no se presentan convulsiones, es más difícil poderla identificar ya que se llega a considerar que el individuo “es muy soñador” y distraído.
- Desnutrición: La inadecuada o falta de nutrientes origina un mal desarrollo durante la infancia por lo que pueden verse disminuidas las capacidades cognitivas y físicas, de ahí que los niños puedan mostrarse apáticos, débiles, inactivos, con poca atención y disposición para el aprendizaje, etc. (Peña-Torres, 1987; Portellano, 1989; Feldman, 1990 y Cecil, 1991).

Por tanto, se necesita tener especial cuidado antes de poder hablar de un TDAH, ya que para su diagnóstico se debe tomar en cuenta en primera

instancia que la falta de atención o actividad excesiva del niño no tenga como antecedente alguna situación problemática en particular ni sea resultado de alguno de los trastornos mencionados.

De igual forma, para iniciar el diagnóstico de un posible TDAH se debe contar con información de que los síntomas han sido observados antes de los 7 años de edad, además deben presentarse con la mayoría de las personas en los diversos ambientes donde interactúa el niño, durante un periodo prolongado (mínimo 6 meses) y a lo largo del día (Biederman, 2001).

2.3 Evaluación del TDAH

Las pautas a seguir en la evaluación de un paciente con la sospecha de padecer TDAH dependerán de las situaciones problemáticas que se informen de cada caso, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico diferencial que permita identificar las variables relevantes, pertinentes y su relación funcional existente entre ellas. La evaluación debe incluir las siguientes áreas:

- Fisiológica
- Psicológica
- Pedagógica

2.3.1 Área Fisiológica

En esta área se debe descartar la presencia de cualquier alteración fisiológica en el estado general del niño por lo que los estudios que pueden ser recomendados de acuerdo a cada caso son la biometría hemática que permite conocer el nivel de hemoglobina eliminando la sospecha de anemia y de intoxicación por plomo en la sangre. La tomografía de cráneo y resonancia magnética se realizará cuando se encuentren indicios de una probable alteración en el cerebro como es la epilepsia o alguna lesión. También se debe revisar la agudeza visual y auditiva.

2.3.2 Área Psicológica

Revisar esta área permite investigar factores de personalidad y la percepción del niño acerca de su ambiente y la problemática que experimenta, definiendo si ésta ha causado alguna alteración en él, además de conocer los factores de mayor importancia, cómo se interrelacionan, cuáles son sus consecuencias y cómo las afronta el niño en el ámbito familiar, escolar, social y personal.

Del mismo modo, se puede definir si existe la presencia de algún otro trastorno como depresión, ansiedad, trastorno oposicionista desafiante, entre otros, los cuales necesitan ser tratados con algún tipo de medicación.

2.3.3 Área Pedagógica

Esta área se evalúa principalmente si existe fracaso escolar por lo que se busca definir en el niño la capacidad intelectual, nivel de desarrollo madurativo-neurológico, nivel curricular y sus diversas habilidades sensoriales, motrices, lingüísticas y cognitivo verbales, además de conocer sus hábitos y habilidades de estudio.

El TDAH incluye diversas manifestaciones por lo que la evaluación debe ser de carácter multidimensional basándose en una historia clínica y valoración completa del niño para poder diagnosticarlo y conocer si existen otros trastornos o complicaciones que lo acompañen (comorbilidades), o bien, definir si la naturaleza del problema planteado se debe a otras causas que no incluyan la presencia del TDAH.

Es así que la evaluación debe permitir conocer algunas características de la persona y sus circunstancias, con el fin de tomar decisiones acerca de ella o con ella y de intervenir positivamente en su vida en base a la elaboración y práctica de un programa multidisciplinario.

Los recursos necesarios para llevar a cabo una evaluación son:

- Entrevista con los padres: para recabar información del niño con probable TDAH referente al embarazo, parto, desarrollo evolutivo,

estado de salud en general, antecedentes de enfermedades familiares, situación familiar, estilo educativo de los padres, relación con hermanos, otros familiares, compañeros y amigos, historial académico y hábitos de comportamiento.

- Entrevista con profesores: se busca conocer historial académico, rendimiento escolar actual, áreas que se identifican como problemáticas, relación con compañeros, amigos y figuras de autoridad, comportamiento durante la clase y percepción que se tiene acerca de la relación padres-hijo.
- Observación directa del niño en su ambiente: identificar déficits y/o excesos en su conducta, tomando en cuenta su frecuencia e intensidad.
- Entrevista con el niño: conocer la percepción del niño con respecto a su ambiente y la problemática que vive, así como evaluar sus habilidades y capacidades intelectuales, sociales y para el estudio.

Para lo anterior se utilizan cuestionarios y entrevistas semiestructuradas para padres, maestros y otras personas que interactúen frecuentemente con el niño, pruebas estandarizadas y proyectivas, observaciones directas del niño en su ambiente, sesiones clínicas de juego y escalas para evaluar el grado de inatención, hiperactividad e impulsividad, así como sus habilidades y estado emocional (Guevremont, DuPaul y Barkley, 1990, Kirby y Grimley, 1992; Barragán, 2001, Neuwirth, 2001 y ¿Qué es el ADD y el ADHD?, 2001).

Cabe señalar que la evaluación y diagnóstico temprano en la vida de un niño hará que se inicie una intervención de tratamiento adecuado de manera oportuna, lo cual proporciona un pronóstico más favorable, ya que se podrán evitar impactos negativos en la estructura de su personalidad.

2.4 Tratamiento para el TDAH.

Si al finalizar el proceso de evaluación se concluye que un niño presenta TDAH lo más recomendable es iniciar un tratamiento, el cual se debe llevar a cabo de manera multidisciplinaria, dado que el TDAH trastoca todas las áreas de la vida donde ninguna es más importante que otra, por lo que se tiene que evitar caer en el error de intentar resolver únicamente el factor más caótico.

El tratamiento debe ser diseñado tomando en cuenta los aspectos personales de cada niño; no obstante, existen lineamientos generales que son tomados en cuenta para brindar el apoyo, los cuales son:

- Aspecto emocional
- Aspecto pedagógico
- Aspecto farmacológico
- Aspecto familiar
- Aspecto escolar

2.4.1 Aspecto Emocional

Debido a que los niños con TDAH presentan alteraciones emocionales y conductuales es de vital importancia que cuenten con apoyo de una psicoterapia encaminada a mejorar su percepción de sí mismo (autoestima), su lenguaje verbal y expresivo, su habilidad para adaptarse a la convivencia y normas sociales, comprender el trastorno que vive, analizar, modificar los pensamientos negativos, sus sentimientos y su comportamiento para de esta forma adquirir autocontrol y una adecuada adaptación. (West, 2000 y Barragán, 2001 y Neuwirth 2001).

De los distintos enfoques que se utilizan en la terapia del TDAH se han encontrado resultados favorables en el enfoque cognitivo-conductual como medio para que los niños mejoren su comportamiento y calidad de vida. En este sentido Isoon (2001) examinó a dos grupos de niños que presentaban TDAH, de los cuales sólo uno recibió entrenamiento en solución de problemas, encontrando que aquellos niños que recibieron el entrenamiento

obtuvieron un mejor resultado en velocidad, presión, concentración y autocontrol en una tarea, por lo que concluyó que el entrenamiento en solución de problemas es una técnica psicoeducativa eficaz para incrementar las habilidades atencionales y atenuar comportamientos disruptivos en niños con diagnóstico de TDAH. Asimismo, se ha encontrado que la eficacia de la terapia cognitivo-conductual incrementa si se combina con el tratamiento farmacológico (Biederman, 2001 y "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 2001 y Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

2.4.2 Aspecto Pedagógico

En base a una terapia psicopedagógica se busca que el niño experimente una nueva forma de aprendizaje, que le ayude a estimular sus procesos cognitivos débiles, desarrollándolos hasta el punto que se requiere conforme a su edad cronológica. La duración de este tratamiento puede no ser específica ya que dependerá del tipo de deficiencia encontrada, de su severidad, de la reacción del niño al tratamiento y de su edad cronológica, pues mientras más pequeños son los niños es menos compleja la demanda académica que enfrentan. (Barragán, 2001 y Celis, 2001 y Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

2.4.3 Aspecto Farmacológico

Como parte del programa terapéutico se encuentra indicada la farmacoterapia, la cual consiste en administrar al niño algún medicamento que le ayude a alcanzar un efecto normalizante en su estado neuroquímico, que lo prepare para poder lograr la adquisición y desarrollo de pautas de comportamiento funcionales, al tiempo que facilita su aprendizaje escolar debido a que reduce su distractibilidad, sus conductas hiperactivas-impulsivas, su inestabilidad emocional e incrementa sus periodos de atención, de ahí que se pueda ver mejorada su autoestima y su funcionamiento social y familiar.

La prescripción del medicamento, su dosis y supervisión la lleva a cabo un especialista en neurología pediátrica o un psiquiatra, los cuales previamente evaluarán la conveniencia de que se le administre un fármaco al

niño, por lo que toman en cuenta la cronicidad y gravedad de los síntomas, ya que no todos los niños que presentan TDAH son candidatos a tomar un medicamento (Velasco, 1988; Biederman, 2001; Brown, 2001 y Belssaso, 2001).

Dentro de los medicamentos más utilizados en el tratamiento del TDAH se encuentran los psicoestimulantes, los antidepresivos tricíclicos, agonistas alfa adrenérgicos, nootrópicos y antiépilépticos.

- Psicoestimulantes: En este grupo se encuentra el clorhidrato de metilfenidato (*Ritalin*), el cual resulta ser el más utilizado debido a que causa mayores efectos positivos en gran cantidad de niños que lo toman, siendo el más tolerado. El *Ritalin* es un estimulante ligero del sistema nervioso central, regula la producción de los neurotransmisores mejorando el flujo y la utilización de la dopamina, logrando así activar el sistema de atención, concentración y el proceso de aprendizaje, reduce la hiperactividad (tanto en movimiento como en habla excesiva), refuerza la motivación, mejora el rendimiento en las tareas disminuyendo el tiempo en su realización y mejora el autoestima, por lo que el niño puede descubrir su verdadero potencial. Los efectos adversos que se han reportado son nerviosismo, insomnio, dolor de cabeza, tics o temblores, falta de apetito, náuseas, taquicardia, fiebre, ronchas en la piel, dolor de articulaciones, caída del cabello y en menor medida visión borrosa (Renshaw, 1974; Taylor, 1986, Johnson, Rasbury y Siegel, 1992; Uriarte, 1999; Barragán, 2001; Biederman 2001 y Neuwirth, 2001).
- Antidepresivos tricíclicos: Aquí se pueden distinguir diferentes medicamentos como la imipramina (*Tofranil*), amitriptilina, crotimipramina (*Anafranil*), desipramina, nortriptilina, amoxeapine, maprotilina. A estos medicamentos se les considera de segunda elección en el tratamiento del TDAH en la edad pediátrica, además este tipo de medicamentos son indicados para el tratamiento de trastornos como: enuresis, de presión, tics. Síndrome de Tourette, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobias escolares, ansiedad, y cefalea crónica o migraña. Este tipo de medicamentos son recomendados en el TDAH cuando el déficit de atención y la hiperactividad son leves y / o si se encuentra acompañado

de baja estabilidad emocional, impulsividad, signos de ansiedad, cefalea, trastornos del sueño, alimentación compulsiva o enuresis. Los antidepresivos pediátricos al encontrarse en el organismo incrementan las acciones de las aminas cerebrales (sustancias activas como dopamina, norepinefrina y serotonina) ya que bloquea la destrucción y regula la liberación de estas sustancias, u origina que las neuronas disminuyan su estabilidad por lo que pueden tener un funcionamiento más adecuado, de ahí que las manifestaciones del TDAH. Los efectos adversos que se pueden tener con la ingesta de tricíclicos sólo son a corto plazo como: boca seca, visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, aumento de peso (Renshaw, 1974; Johnson, Rasbury y Siegel, 1992).

- **Agonistas Alfa noradrenérgicos (*clonidina* y *guanfacina*):** Están indicados para el control de la impulsividad en pacientes preescolares, en pacientes con TDAH, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, tics, conductas disruptivas (agresividad), trastorno oposicionista-desafiante. Los agonistas alfa adrenérgicos se utilizan en el TDAH para regular síntomas de distractibilidad e hiperactividad de leve a moderada, pobre concentración impulsividad, trastornos de sueño (inquietud nocturna), agresividad y comportamiento oposicionista desafiante que acompaña al TDAH. El efecto directo que tienen estos medicamentos se realiza sobre los sistemas neurotransmisores noradrenérgicos produciendo efectos indirectos sobre la neurotransmisión de la serotonina y la dopamina; por lo tanto se observa una regulación del comportamiento. Estos medicamentos se encuentran contraindicados en pacientes que presentan síntomas o enfermedades cardíacas (alteraciones de la frecuencia cardíaca y arritmias). Los efectos adversos más comunes son boca seca, mareo, vértigo, sueño, debilidad y fatiga por lo general se presenta de manera pasajera durante los primeros días de la medicación (Uriarte, 1999 y Barragán, 2001).
- **Notrópicos. Piracetam (*Nootropil*):** El piracetam facilita los procesos de aprendizaje, atención, concentración y memoria, es indicado para tratar la falta de atención, cortos tiempos de atención, trastornos de lenguaje, hiperactividad leve, disgrafía y dislexia. Este medicamento tiene dos vías de actuación en la primera se encuentra la modulación de la

neurotransmisión, regulando la entrada y salida de sustancias activas a la neurona, ayudando a regular su actividad. Por otro lado mejora la circulación cerebral logrando oxigenar mejor las terminaciones nerviosas por lo que se tiene una mayor cantidad de energía que refuerza el funcionamiento neuronal. Esta contraindicado para pacientes que padecen del riñón. Dentro de los efectos adversos se encuentran la presencia de agitación, irritabilidad, trastornos del sueño, nerviosismo y dolor de cabeza, siendo los más comunes el nerviosismo y el aumento de peso junto con el dolor estomacal y estreñimiento.

- Medicamentos antiepilépticos: Algunos de los medicamentos que se utilizan para el control de las crisis epilépticas han demostrado ser eficaces en el control de síntomas como la hiperactividad, impulsividad y agresividad, de estos fármacos los más utilizados en pacientes con TDAH son: el valproato semisódico (Epival) y la carbamazepina (Tregretol). El primer medicamento se encuentra indicado para pacientes que presentan TDAH con asociación de algún o algunos trastornos como: impulsividad, alteraciones electroencefalográficas, agresividad deficit de atención secundario a un tipo de epilepsias denominado *ausencias* (presencia de eventos sin movimiento caracterizado por la alteración en el estado de conciencia, con duración de pocos segundos y que se presenta varias veces al día) o en crisis epilépticas parciales y migraña asociada al TDAH. El valproato semisódico tiene dos mecanismos de acción, por una parte regular la entrada de sustancias que activan a la neurona y por otro lado aumenta las concentraciones cerebrales GABA (neurotransmisor que actúa disminuyendo la actividad de la neurona); esto da como resultado que la neurona esté más tranquila dificultando su proceso de acción de manera anormal. El medicamento no debe administrarse a personas que presenten síntomas o enfermedades del hígado, hipersensibilidad para alguna forma de valproato y enfermedades de la sangre. Dentro de los efectos adversos más frecuentes se encuentran sueño, irregularidades menstruales, edema periférico y caída del cabello; si se toma una dosis alta se presenta temblor, aumento de peso, dolor de estómago y náusea. Por su parte la carbamazepina (Tregretol) y oxcarbamazepina (Trileptal) son medicamentos que se utilizan en primera instancia para tratar la epilepsia, neuralgia del trigemino (dolor en la cara) y alteraciones de conductas anormales (impulsividad). La

oxcarbamazepina es un derivado moderno de la carbamazepina que tiene la ventaja de provocar menos efectos secundarios por lo que puede darse una mejor tolerancia y apego al medicamento. La carbamazepina es el medicamento de segunda línea para el tratamiento del TDAH que tiene asociaciones con otros trastornos como impulsividad, TDAH con alteraciones electroencefalográficas y déficit de atención secundarios a un tipo de epilepsia denominada *parciales* (presencia de eventos con o sin movimiento caracterizados por una alteración en el estado de conciencia lo cual tiene una duración de segundos a minutos). El medicamento reduce significativamente la activación de la neurona al estabilizar la entrada de sustancias a la célula cerebral, manteniéndola en un estado de "tranquilidad". Algunos de los efectos adversos son sedación, marcha tambaleante, vértigo, náuseas, vómito, baja de plaquetas, ronchas y leucopenia (disminución de las defensas del organismo) (Velasco, 1988; Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997; Uriarte, 1999 y Barragán, 2001).

Los medicamentos sin duda ayudan a controlar en gran parte los síntomas del TDAH proporcionándole al niño la disposición hacia el aprendizaje en general; sin embargo, no pueden compensar las deficiencias educativas y vivenciales que pudiera tener, ni desaparecen las experiencias negativas del pasado, es así que para resolver el rezago académico y las repercusiones emocionales, es importante que la terapia farmacológica esté acompañada de otras terapias que brinden al niño oportunidades de aprendizaje (escolar, cognitivo, emocional y social).

2.4.4 Aspecto Familiar

El trabajo de este aspecto tiene como primera instancia el sensibilizar a los padres con respecto a la condición de su hijo que presenta TDAH, concientizándolos de su responsabilidad y participación en el tratamiento de este, de modo que se mantengan informados sobre el proceso y avances que tenga el niño en sus diferentes terapias y así lograr cada vez mayor comprensión del mismo y fomentar que los padres desarrollen respuestas apropiadas ante los nuevos patrones de conducta que el niño pueda mostrar.

En este ámbito se proporciona a los padres asesorías o un entrenamiento conductual detallado para que puedan aprender a identificar, modificar y adaptar sus reacciones a la conducta tanto deseable como inaceptable que presenta el niño con TDAH, de forma que aumente la primera y disminuya la segunda para esto se recomienda reducir o eliminar factores de riesgo e implementar y/o aumentar los factores que permitan un mejor desarrollo en el niño; por ejemplo, se recomienda hacer algunos cambios en el entorno, establecer y cumplir reglas y límites, organizar las actividades familiares y las del niño, entre otras (García y Magaz, 2001).

De no ser suficiente lo anterior se recomienda psicoterapia familiar para que puedan ser trabajados los desajustes de la dinámica familiar favoreciendo los canales de comunicación y convivencia entre los miembros del grupo disolver las fuentes del conflicto entre ellos (Barragán, 2001).

2.4.5 Aspecto Escolar

En muchas escuelas los grupos son muy grandes, por lo que los profesores se ven presionados por la dinámica del grupo, el programa académico y los propios padres, debido a esto en muchas ocasiones tienden a dejar a un lado al niño que presenta alguna dificultad como es el caso del TDAH, por ello es importante sensibilizar y mantener informados a los profesores de las distintas problemáticas que pueden observar en el aula para que puedan ser capaces de identificarla, dar aviso y canalizar hacia algún especialista al niño con dificultades.

Se busca que los profesores puedan recibir apoyo del profesional a cargo del tratamiento del niño con la finalidad de que conozcan las limitaciones y habilidades con las que cuenta éste, y lograr que el profesor le provea de opciones y oportunidades para incrementar y desarrollar sus capacidades, por medio de disminuir en la medida de lo posible los factores distractores, incrementar los estímulos en la exposición de un tema, estimular la convivencia del niño con sus compañeros, promover situaciones donde el niño pueda revalorar su imagen ante sí mismo y el grupo, etc. (Barragán, 2001, Grau, 2000).

En resumen, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) presenta una gran variedad de signos y síntomas además de otros trastornos asociados, por lo que su diagnóstico no es una tarea fácil, ya que los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad pueden deberse a varios factores, de ahí que el diagnóstico requiera de un trabajo multidisciplinario con el que se descarten factores circunstanciales (divorcio de los padres, nacimiento de un hermano, dificultades económicas, violencia intrafamiliar, defectos físicos, etc.) que afectan la conducta de los niños; o bien, trastornos que presentan características similares al TDAH como retraso mental, espectro autista, síndrome de guilles tourentte, problemas de audición/visuales, retraso en el desarrollo, epilepsia o desnutrición. La evaluación se debe de hacer en base a un diagnóstico diferencial que brinde las pautas para identificar las variables relevantes, pertinentes y su relación funcional existente entre ellas. Esta debe incluir el área fisiológica, psicológica y pedagógica. Si se confirma la presencia de un TDAH lo más recomendable es iniciar un tratamiento diseñado para los aspectos personales de cada niño; no obstante, los lineamientos generales que se deben de incluir son el aspecto emocional, pedagógico, farmacológico, familiar y escolar. Asimismo, es importante que se cuente con el apoyo de los maestros y de la propia familia para lograr del niño la mejor disposición y cooperación.

Las experiencias de un niño dentro del colegio llegan a ser muy significativas en su desarrollo integral, por lo que los profesores a cargo del grupo al tener mayor interacción con los alumnos pueden contribuir significativamente al éxito tanto académico como personal de los niños con TDAH dentro del ámbito escolar. Es así que se considera necesario otorgar a los profesores habilidades que permitan que su tiempo y esfuerzo sea más redituable, guiándolos hacia una planificación del conocimiento que pueden tener de sus alumnos convirtiendo sus observaciones en una fuente muy valiosa de información para ser usada con los padres de familia y en la relación con los especialistas que se ocupan del TDAH.

Este trabajo proporciona información suficiente acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad que posibilitará adoptar una posición más positiva para su atención; al tiempo, que se pone especial énfasis en proveer a los profesores de nivel primaria de una escala y lineamientos para la realización de observaciones que los apoyen en la detección dentro del aula de niños con probable TDAH y puedan contribuir a su canalización.

CAPITULO 3

DETECCIÓN DEL TDAH DENTRO DEL AMBITO ESCOLAR

Debido a la alta incidencia del TDAH en la población infantil y teniendo en cuenta que sus manifestaciones se hacen más evidentes en el ámbito escolar los profesores enfrentan diversas problemáticas que sobrepasan su labor docente, por lo que tienen la necesidad de buscar alternativas que les permitan solucionar las dificultades dentro del aula, no obstante, en algunos casos esto no resulta efectivo por lo que tienen que considerar la opción de pedir apoyo a algún especialista. De ahí, la importancia de que cuenten con herramientas que les ayuden a comprender las conductas disruptivas de los niños para que puedan canalizarlos con los especialistas adecuados y de este modo contribuyan al desarrollo integral de sus alumnos.

El conocimiento que se tiene del TDAH en la actualidad es muy amplio, existiendo lineamientos para su diagnóstico y diversos instrumentos para evaluar sus manifestaciones; sin embargo, su utilización dentro del ámbito escolar no resulta conveniente, ya que la labor de los docentes no es la de diagnosticar o definir lo que le sucede al niño, pero si pueden fungir como enlace para que los niños con problemas comportamentales reciban apoyo, previniendo complicaciones mayores para sí mismo y para la sociedad.

Escala para la Detección del TDAH en el Ámbito Escolar

La escala que ha continuación se plantea fue diseñada pensando en que los profesores cuenten con un instrumento útil y práctico para que puedan detectar y canalizar los posibles casos de TDAH a la institución adecuada.

Descripción general.

Nombre de la escala:	Escala para la detección del TDAH en el ámbito escolar.
Aplicación:	Individual (para el profesor del niño a evaluar).
Duración:	10 minutos.
Ámbito de aplicación:	De 6 a 12 años (1º a 6º de primaria).
Material:	Formato del cuestionario para el profesor.
Objetivo:	Detección de las manifestaciones del TDAH en el ámbito escolar.

Descripción de la escala.

Para la construcción de la escala se retomaron los 7 rubros comportamentales que Ávila y Polaino-Lorente (2002) señalaron como los rasgos de conducta característicos de los niños con TDAH los cuales son:

- Atención
- Impulsividad
- Hiperactividad
- Obediencia
- Habilidades Sociales
- Aprendizaje
- Afectividad

Los rubros se han definido operacionalmente, para contar con un mayor entendimiento de ellos:

Atención: Déficit para seleccionar un estímulo inhibiendo otros que son irrelevantes tanto internos como externos, de acuerdo al interés y necesidades del individuo, por lo que no adquiere un aprendizaje adecuado de sus vivencias.

Impulsividad: Dificultad para regular sus reacciones por lo que actúan de manera inmediata sin poder predecir las consecuencias de sus actos.

Hiperactividad: Estado de movilidad excesiva y permanente no necesaria, desorganizada y caótica.

Obediencia: Dificultad para adaptarse a las reglas sociales e indicaciones de quien tiene un rol de autoridad, por lo que se muestran desafiantes, negativos, irritables y no cooperativos.

Habilidades Sociales: Conjunto de conductas socialmente aceptadas mediante las cuales se puede obtener adaptación a una situación, no incurriendo en la agresividad o actuar de manera pasiva.

Aprendizaje: Incapacidad que el niño tiene en la adquisición y manejo del lenguaje escrito o verbal, mientras su potencial intelectual es generalmente normal.

Afectividad: Necesidad de atención, reconocimiento, aprobación y afecto de los demás.

La escala está constituida por 22 ítems, perteneciendo 3 indicadores a cada uno de los 7 rubros. Los indicadores fueron definidos en función de la dinámica grupal para que sean de fácil observación para el profesor, es decir, se consideraron conductas disruptivas que no fácilmente pasan desapercibidas, ya que interrumpen la labor del profesor o la del resto del grupo. De este modo, no se necesita emplear un tiempo especial para recabar la información que permita contestar la escala sino sólo hacer un ejercicio de memoria.

Los indicadores de cada rubro están entremezclados para reducir la tendencia al aburrimiento y/o el dar respuestas por inercia. A continuación se presentan los ítems distribuidos por rubros:

Rubro 1: Atención

22. Frecuentemente cuando se da una explicación no mantiene contacto visual hacia el profesor.
 1. Frecuentemente cuando se dirige a él no emite alguna respuesta, pareciera no escuchar.
 16. Frecuentemente no termina los trabajos escolares, ya que se involucra en otras actividades.
 9. Frecuentemente olvida o no encuentra materiales necesarios para el trabajo escolar.

Rubro 2: Impulsividad

15. Frecuentemente interrumpe la clase con preguntas o comentarios no relacionados con el tema que se está tratando.
6. Frecuentemente responde de manera incorrecta a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular.
11. Frecuentemente no respeta turnos y no tolera perder.

Rubro 3: Hiperactividad

10. Frecuentemente se levanta de su asiento sin motivo aparente.
3. Frecuentemente conversa con sus compañeros durante la clase.
21. Frecuentemente se mueve en su asiento, cambiando de postura, moviendo brazos o piernas.

Rubro 4: Obediencia

17. Frecuentemente manifiesta desacuerdo o malestar ante las indicaciones del profesor.
5. Frecuentemente cuestiona, reta o no sigue las indicaciones del profesor.
12. Frecuentemente sigue las indicaciones del profesor por un corto tiempo o sólo bajo supervisión.

Rubro 5: Habilidades sociales

20. Frecuentemente sus compañeros se quejan de él.
4. Frecuentemente tiene dificultades para las actividades grupales.
13. Frecuentemente discute y pelea por cualquier cosa.

Rubro 6: Aprendizaje

8. Frecuentemente necesita de explicaciones extras.
2. Frecuentemente sus trabajos presentan un aspecto sucio.
19. Frecuentemente presentan altibajos en su rendimiento escolar.

Rubro 7: Afectividad

18. Frecuentemente muestra cambios bruscos en su estado de ánimo.
14. Frecuentemente muestra actitudes de un niño de menor edad.
7. Frecuentemente busca la atención y simpatía del maestro y/o de sus compañeros.

Aplicación y puntuación.

El cuestionario deberá ser contestado por el profesor del niño. Las instrucciones estén impresas en la parte superior del cuestionario e indican:

“Responda a cada una de las conductas descritas marcando con un círculo la opción que corresponda; marque la palabra “Si” si el alumno presenta la conducta descrita y si no la presenta marque la palabra “No”. Sólo debe marcar una opción para cada una de las conductas descritas”.

Cada respuesta afirmativa equivaldrá a un punto; a partir de 14 puntos será considerado un puntaje significativo ya que corresponde al 63.63 %. Si el puntaje obtenido es de entre 10 y 13 puntos (equivalente al 45.45% y

59.09%) es recomendable que se observe durante 1 mes más al niño para conocer si su comportamiento muestra algún cambio que indique con mayor precisión la probable presencia del TDAH.

La información recabada con la escala es un primer paso en la canalización y ayuda que el profesor puede brindar al niño. Asimismo se puede complementar esta información realizando observaciones directas del niño dentro del aula para dar un informe de mayor precisión a los padres y al especialista que tome a su cargo el caso; de ahí que a continuación se brinde un breve manual para la realización de dichas observaciones.

Manual para la Realización de Observaciones del Niño con TDAH dentro del Ámbito Escolar

Objetivo.

Los lineamientos que ha continuación se describen tienen como finalidad contribuir a la unificación de criterios en cuanto a las observaciones y comentarios que los profesores puedan hacer de un niño considerado como "diferente a sus compañeros" buscando que sean lo más objetivos posible y logrando así mayor credibilidad ante los padres y la sensibilización de los mismos para que puedan aceptar y comprender que es necesaria la valoración psicopedagógica de su hijo. Asimismo, se busca que sirva como vínculo de comunicación entre profesores y los especialistas que pueden realizar el diagnóstico del niño con TDAH.

Usuarios.

El manual está diseñado para ser utilizado por los profesores que se encuentran a cargo de un grupo escolar, ya que el tiempo de contacto que tienen con los alumnos es mayor que el de cualquier otra persona en el colegio.

Lugar de aplicación.

Las observaciones se deben de realizar dentro del salón de clases y área de recreo, puesto que las conductas características del TDAH no sólo se manifiestan en una situación formal de enseñanza-aprendizaje.

Consideraciones generales.

Al realizar las observaciones se deberá tomar como parámetro la frecuencia de las conductas disruptivas del niño en observación en comparación al resto de los niños del aula, no perdiendo de vista que en todos los niños es inherente su gran actividad y curiosidad debido al interés que les causa conocer su ambiente sólo que en los niños con TDAH la inatención, hiperactividad e impulsividad son la regla y no la excepción.

Como requisito previo al inicio de las observaciones, es necesario comprobar que el niño cuenta con un periodo de habituación de al menos un mes y medio con el profesor que lo observará y su grupo de compañeros para que cuente con un antecedente del niño que lo lleve a considerar como necesaria la realización de observaciones estructuradas.

Para la realización de las observaciones es necesario que se tome en cuenta lo que se ha considerado en este trabajo como:

- Conducta Disruptiva en el colegio: Conductas que interfieren para llevar a cabo interacciones sociales adecuadas y/o en el desempeño de las tareas escolares propias o de quienes le rodean (compañeros y profesor).

Las observaciones recabadas serán un cúmulo de información básicamente cualitativa que permitirá una comunicación más objetiva y libre de estigmatización de lo niños que presentan conductas disruptivas en el colegio, permitiendo así ahorrar tiempo y esfuerzo en la canalización y diagnóstico de estos niños, además de aumentar las oportunidades del equipo de especialistas para atacar el problema. De ahí, que la información aquí vertida no sea una fuente que les permita a los profesores realizar ellos mismos un diagnóstico.

Observaciones.

Descripción de la conducta.

Al realizar las observaciones es primordial describir la conducta del niño en eventos que pueden observarse y registrarse, no atribuyendo consideraciones poco objetivas y/o personales que no son fáciles de precisar si están presentes o no, como es el caso de decir que el niño "Es flojo", "Es hiperactivo", "Está en las nubes". Las observaciones se deben elaborar tratando de contestar a la pregunta **¿Qué** es lo que hace el niño?. En los casos que se considere necesario incluir alguna actitud o sentimiento se tendrá que hacer después de haber descrito la conducta de manera objetiva para lo cual se puede utilizar el termino "**pareciera...**" agregando inmediatamente la consideración que se percibe. Ejemplo:

Señalamiento de la conducta**Descripción de la conducta**

“No hace caso”

- Cuando se dirige a él de manera verbal, no establece contacto visual ni emite alguna respuesta, pareciera no escuchar.

“Es hiperactivo”

- Se levanta continuamente de su asiento, sin justificación aparente.
- Se mueve en su asiento constantemente cambiando de posición.

Periodo de observación.

Las observaciones deben de realizarse durante al menos una semana; el tiempo empleado se compensará con la mejoría que pueda obtenerse en la conducta del niño en un futuro.

Frecuencia.

El poder percatarse de la frecuencia con que ocurren las conductas disruptivas que se han descrito en términos observables dará pauta para poder contar con una visión más realista de que tan conflictiva resulta, ya que una conducta sumamente molesta puede parecer que ocurre más veces de lo que en realidad sucede. Para esto se buscará contestar a la pregunta ¿Con **cuánta** frecuencia lo hace?.

Registro de la frecuencia de la conducta.

El registro se refiere a la realización de anotaciones en un formato que permita conocer con exactitud el número de veces que ocurren las conductas. Para esto es muy importante la constancia y exactitud de quien realiza la

observación. La forma más fácil de registrar es realizando una tabla en la que se anoten los días de observación, la descripción de las conductas y señalar con una marca cada vez que éstas ocurran. Es necesario que el registro contenga en la parte superior título, nombre y grado escolar del niño en observación y fecha del periodo de observación. Ejemplo:

Registro de frecuencia de conductas disruptivas					
Nombre:					
Grado escolar:					
Fecha del periodo:					
DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS	DÍAS DE LA SEMANA				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Cuando se dirige a él de manera verbal, no establece contacto visual ni emite alguna respuesta, pareciera no escuchar.	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓
Se levanta continuamente de su asiento, sin justificación aparente.	✓	✓ ✓	✓	✓	✓ ✓
Se mueve en su asiento constantemente cambiando de posición.	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓

Consideraciones finales.

Al llevar a cabo el procedimiento descrito anteriormente se contará con la información suficiente y clara para poder comunicar a los padres de familia las conductas disruptivas que presenta su hijo dentro del aula, disminuyendo la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

probabilidad de que los padres lo consideren como un ataque a ellos o como estigmatización hacia su hijo. De esta forma los padres podrán describir con mayor precisión lo que pasa con su hijo al momento de solicitar una evaluación profesional. Asimismo, estos elementos ayudarán en la comunicación que exista entre el profesor y el especialista a cargo del tratamiento del niño con TDAH, permitiendo que el especialista conozca las conductas problemáticas que se han de trabajar en búsqueda de una mejor adaptación del niño no sólo en el ámbito escolar sino en su desarrollo personal.

Canalización.

Si los resultados obtenidos en la escala y/o en las observaciones realizadas indican que el niño presenta conductas disruptivas que lo lleven a sospechar la presencia del TDAH es el momento de canalizarlo a una institución especializada en el diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Para ello se proporciona una lista de los nombres, direcciones y teléfonos de algunas instituciones que le servirán para este propósito (ver anexo 2).

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORCHEN

CONSIDERACIONES FINALES

Al estudio del TDAH en los últimos años se le ha dado mayor importancia, surgiendo de este modo diversas investigaciones encaminadas a explicar su origen, sus consecuencias y cómo este trastorno se relaciona con otros factores, por lo que en la actualidad se cuenta con más información que puede esclarecer el tema y otorgar mayor formación a los integrantes de grupos interdisciplinarios que ayudan a la detección, diagnóstico y tratamiento adecuado del TDAH.

No obstante, a esta información no tiene acceso la sociedad en general por lo que suelen otorgar calificativos subjetivos y negativos a quienes presentan "conductas diferentes" como deficiencia en la atención sostenida, movimiento excesivo y pobre autocontrol. De ahí, que sea necesario que se conozca la naturaleza fisiológica y biológica del problema, así como sus manifestaciones y consecuencias, ya que quienes presentan TDAH no tienen la intención de ser impertinentes deliberadamente.

El TDAH no es un trastorno exclusivo de la niñez como se pensaba anteriormente, por el contrario, una gran cantidad de personas adultas a las que se les diagnosticó o no TDAH durante su infancia continúan manifestando síntomas a lo largo de sus vidas. De este modo, se tiene que el TDAH es un estado crónico, estable, que a lo sumo, modifica sus manifestaciones con el paso del tiempo pero no desaparece, por lo que lo más recomendable es que se realice un diagnóstico y se aplique un tratamiento, no sólo farmacológico sino también un apoyo psicológico y pedagógico para que se alcancen los niveles deseados de superación del problema y una adaptación adecuada del individuo.

Si el diagnóstico se realiza tempranamente durante los primeros años escolares, se puede prevenir en los niños un grado de afectación mayor tanto por las propias manifestaciones del TDAH, así como por la presencia de otros trastornos y complicaciones sociales.

En la infancia las figuras de quienes se esperaba que reconocieran con mayor facilidad las manifestaciones del TDAH son los padres, pero en muchas

ocasiones no sucede así debido a que les es difícil aceptar dicha problemática o por que los enfrenta a cuestionarse con respecto al estilo de crianza que utilizan con su hijo.

Otro ambiente importante para los niños es la escuela, puesto que pasan gran parte del día en ella y les brinda posibilidades de desarrollo que la familia no garantiza ni puede aportar por sí sola, de ahí que los profesores requieran de apoyo para entender más a sus alumnos y afrontar las diversas problemáticas que pueden existir durante su labor, como es el caso de trabajar con niños que presentan TDAH.

Es labor de los psicólogos como especialista de la conducta otorgar dicho apoyo a otros profesionistas, por ejemplo a los profesores, proporcionando información con respecto a las causas y manifestaciones del trastorno, desarrollando programas de trabajo y tratamientos que busquen un desarrollo integral del individuo, estableciendo y mejorando habilidades en los propios niños, estimulando la creación de canales de comunicación más eficaces entre familiares, profesores y especialistas y sensibilizando a la población en general con el objetivo de que otorguen mayor comprensión, apoyo y oportunidades de desarrollo a estos niños. El apoyo conjunto que se proporcione a quienes presentan TDAH será más redituable si se lleva a cabo de manera organizada y libre de criterios subjetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, I. (2002). Pobre niño rico. Alfa y omega. Revista electrónica No. 201 (Sup. 24-2-2000). <http://www.archimadrid.es/alfayomega/menu/pasados/revistas/2000/fe2000/num201/espana/espana2.htm>
- Alves, G. en Menenghelo, J. (2000). Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Argentina: Médica Panamericana, S. A.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Manual de Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S. A.
- Amstrong, T. (2001). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD) Estrategias en el aula. Buenos Aires: Paidós.
- Arévalo, G. (1997). Un análisis de la atención sostenida en un grupo de niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad y un grupo normal. Tesis de licenciatura, UNAM. México.
- Ávila, C. y Polaino-Lorente (2002). Niños hiperactivos. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. México: Alfaomega
- Baker, A. (1993). New frontiers in family day care: Integrating children with ADHD. The journal of the National Association for the Education of young Children. Vol. 48, No. 5, p. p. 69-73.
- Barragán, E. (2001). El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. México: Altius Editores.

- Barkley, R. (Sin año). Trastorno por déficit de atención hiperactividad. Psicometa.
- Belsasso, G. (2001, septiembre). Comorbilidades del TDAH y abuso de sustancias. Curso sobre trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Clínica de déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados, S. C. Ciudad de México.
- Biederman, J. (2001, septiembre). Neurobiología y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Curso sobre trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Clínica de déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados, S.C. Ciudad de México.
- Bonino, S. (1984). La frustración en la dinámica del desarrollo. Barcelona: Herder.
- Brown, T. (2001, septiembre). Déficit de atención. Curso sobre trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Clínica de déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados, S.C. Ciudad de México.
- Burnley, D. (1993). A team Approach for identification of an Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child. The school counselor. Vol. 40, p.p. 228-230.
- Cecil, R. (1991). Tratado de medicina interna. (Vol. II) México: McGraw-Hill.
- Celis, P. (2001). Diplomado: Manejo del bajo rendimiento escolar. Instituto de terapia familiar Cencalli. Ciudad de México.
- Coon, D. (2001). Fundamentos de Psicología (8ª ed.). México: Internacional Thomson Editores.
- Déficit de la atención con hiperactividad: Una perspectiva de salud pública. (2001) En red: www.cdc.gov/ncbddd/spanish/spadhd.htm

- De la Fuente, F. (1981). El niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Consideraciones generales). Tesina de Posgrado. UNAM, México. (Microfilm No. 1 D 1, 18-25).
- De Lima, H. (2001). Cómo ayudar a niños con problemas de aprendizaje. México: Selector.
- Diaz, M. y Mavil A. (1987). El niño hipercinético. México: Universidad Veracruzana.
- Dislexia. El don. (2000). En red:
<http://www.dislexia.com/México/información.htm>
- El rol de la escuela frente a los problemas de aprendizaje. EL déficit atencional ¿cómo se reconoce?, ¿cómo se le trata?. En red:
www.anshda.org/
- El trastorno negativista desafiante (2001). En red:
<http://www.Metrodisthealth.com>
- Feldman, E. (1990). Principios de nutrición clínica. México: Manual Moderno.
- Fowler, M. (2001). Desorden deficitario de la atención (2da. Ed.). NICHCY. En red: <http://www.nichcy.org>
- García, E y Magaz a. (2001). Detección, identificación y valoración: tres fases consecutivas y fundamentales, previas al tratamiento de los niños con TDAH. En red: <http://www.tda-h.com>
- García, F. (1998). Estudiantes con TDAH. En red:
http://www.cpye.com/estudiantes_tdahtm.
- García, F. (1998). Mitos sobre la hiperactividad. En red:
<http://www.tda-h.com/Mitos1.HTM>
- García, F. (2000). TDAH en adultos. En red:
<http://www.tda-h.com/Adult2.htm>

- García, P. (2001). Dificultades de aprendizaje y déficit de atención con Hiperactividad. En red: [http://www.tda-h.com/Dificultades %20 de 20%Aprendizaje.htm/](http://www.tda-h.com/Dificultades%20de%20Aprendizaje.htm/)
- Gargantua, R. (1985). Presencia de rasgos característicos de padres de niños con trastornos de atención. Tesina de Posgrado. UNAM. México.
- Garza, E. (2001, octubre). Conversaciones con Lizy Rodríguez. Déficit de atención con/sin hiperactividad. Programa radiofónico: Consultorio del alma. Radio ACIR, 1290 AM. Ciudad de México.
- Grau, A. en Menenghelo. J. (2000). Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Argentina: Médica Panamericana, S. A.
- Guevremont, D., DuPaul, G. y Barkley, R. (1990). Diagnosis and assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children. The Journal of School Psychology. Vol. 28, p. p. 51-78.
- Herranz, J. (2001). Tratamiento farmacológico del niño con trastorno de atención e hiperactividad. En red: <http://www.tda-h.com/HERRANZ.HTM>
- Infante, R. (2002). Niños Infelices. La revista en el mundo. Revista electrónica [http://el-mundo.es /la revista/num206/textos/ninos.1.html](http://el-mundo.es/la%20revista/num206/textos/ninos.1.html)
- Isoon, M. S. (2001). Entrenamiento en solución de problemas en niños con hiperactividad. Psicología Iberoamericana. Vol. 9, No. 3, pp. 31-37.
- Johanson, J., Rasbury, W. y Siegel, L. (1992). Métodos de tratamiento infantil. Introducción a la teoría, investigación y practica. México: Limusa.
- Jones, M. (2000). ¿Cómo identificar y ayudar a niños hiperactivos. México: Selector.
- Kirby, E. y Grimley, L. (1992). Trastorno por déficit de atención. Estudio y tratamiento. México: Limusa

- Lang, M. y Tisher, M. (1994). Childrens Depression Scale. (CDS). (N. Seisdedos, Trad.). Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Lange, S. (2001). El libro de las emociones. Siento luego existo. España: EDAF.
- León, O. (1985). Eficiencia de un cuestionario para detectar trastornos de la atención en niños de 8 a 10 años en una población escolar del D. F. según los criterios diagnósticos del DSM III. Tesis de posgrado. UNAM. México.
- Miles, T. y Miles E. (1999) Dislexia. México: Trillas.
- Miranda, C., Presentación, M. y Bauzá, M. en Sánchez, A. (1997). Educación especial II. Ámbitos específicos de intervención. Madrid: Pirámide.
- Neuwirth, S. (2001). Trastorno hiperactivo de deficit de atención. Instituto Nacional de Salud Mental [National Institute of Mental Health (NIMH)]. En red: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spadhd.cfm#adhd4>.
- Nieto, H. M. (1999). El niño disléxico (3ª Ed.). México: Manual Moderno.
- Novartis, Laboratorios (Eds.) (2001). DATH Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad. Folleto para padres de familia. México.
- Oltra, A. V. (2001). La dislexia. En red: <http://www.web.jet.es/pilisanjose/dislexia.htm>
- Organización Mundial de la Salud, (1993). El CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación. España: Meditor.
- Orjales, I. (2001). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores (5ª Ed.). España: CEPE, S.L.

- Ostrosky-Solis, F. (2000). Conversaciones con José Gutiérrez Vivó. ¡Toc, toc! ¿Hay alguien ahí? Cerebro y conducta manual para usuarios inexpertos. México: InfoRed.
- Peña-Torres, A. En Nieto, M. (1987). ¿Porqué hay niños que no aprenden? México: La prensa médica Mexicana, S.A.
- Piedras, R. (2001). DATH. En red:
<http://www.geocities.com/ztonic/drpedras.htm>
- Polaino-Lorente, A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Morata.
- Portellano, P. (1989). Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención, una perspectiva neuropsicológica. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.
- ¿Qué es el ADD y el ADHD? (2001). En red:
http://www.intuitivas.com/mamaintuitiva/add_adhd.htm
- ¿Qué es la dislexia? (1999). En Red:
<http://www.deslexia.com/queesladislexia.htm>
- Quiróz, J. Y Schragar, O. (1980). Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades de aprendizaje. Buenos Aires: Panamericana.
- Rebollo, C. (1980). Disfunción cerebral mínima. Argentina: Intermédica.
- Renshaw, D. (1974). El niño hiperactivo. México: La prensa médica mexicana, S. A.
- Reynolds, C. y Richmond, B. (1985). Children's manifests anxiety scale (CMAS-R). [Escala de Ansiedad manifiesta en niños- Revisada] México: Manual Moderno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Ricardez, V. (1990). Correlación clínica y electroencefalográfica de niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. Tesis de Posgrado.UNAM. México.
- Rief, S. (1999). Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e Hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el Tratamiento del TDA/TDAH. Buenos Aires: Paidós.
- Rivas, M. (1995). Psicopatología en la edad escolar. España: Calimia, S. A.
- Rodríguez, S. A. (1994). El síndrome hiperquinético como causa de problemas de aprendizaje. Tesina, UNAM. Facultad de Filosofía y Letras.
- Romeu, J. (1999). Trastornos psicológicos en pediatría. España: Limpergraf.
- Rostler, S. (2001). Survey: Many kids with Adhd are not being treated. En red: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
- SaludHoy. (2000). Una mirada al mundo de los niños con déficit de atención e hiperactividad. En red: <http://www.saludhoy.com/htm/psico/articulo/hiperac2.html>
- Sánchez, E., Cantón, M. y Sevilla, S. (1997). Compendio de educación especial. México: Manual Moderno.
- Santamaría, O. (2001, junio, 08). Trastorno por déficit de atención en el adolescente. Congreso: El adolescente y su circunstancia. Federación Mexicana de Salud Mental. Ciudad de México.
- San Esteban, J. (2001, septiembre). Diagnostico diferencial entre la hiperactividad, agresividad, impulsividad y el oposicionismo. Curso sobre trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Clínica de déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados, S. C. Ciudad de México.

- Silva, E. (1984). Los problemas en el aprendizaje en los niños con trastornos de atención. Tesina de Posgrado. UNAM. México.
- Smirnov, A., Rubinstein, S. L., Leontiev, A. N. y Tieplov, B. M. (1960). Psicología. México: Grijalbo.
- Soria, M. A. (2001). ¿Por qué mi hijo no aprende? En red: <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/no-aprende.htm>
- Taylor, E. A. (1986). El niño hiperactivo. España: Editorial Martínez Roca.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (2001). En red: <http://www.ocd.nami.org/helpline/adhd-spanish.html>
- Trianes, M. (1999). Estrés en la infancia, su prevención y tratamiento. Madrid: Narcea, S. A.
- Uriarte, V. (1989). Hiper-quinesia. México: Trillas.
- Uriarte, V. (1999). Psicofarmacología. (4ª . Ed.). México: Trillas.
- Vázquez, J., Zotes, A., Huerta, H., Prieto, R., Moral, J., San Sebastián J. (1997). Discurso sobre un caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con síntomas psicóticos. Psiquiatria.com [revista electrónica] http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num2/art_9.htm
- Velasco, M. (2001). Diplomado: Manejo del bajo rendimiento escolar. Instituto de terapia familiar "Cencalli". Ciudad de México.
- Velasco, R. (1988). El niño hiperquinético. (2ª Ed.). México: Trillas.
- Vidal, G. Alarcón, R. y Lolos, S. (1995). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Argentina: Editorial Medica Panamericana.

- Villee, C., Pearl, E. y Davis, W. (1987). Biología. México. Interamericana. S. A. de C. V.
- Wechsler, D. (1984). Escala de inteligencia para nivel escolar (WISC-RM). México: Manual Moderno.
- West, J. (2000). Terapia de juego centrada en el niño. México: Manual Moderno.

ANEXOS

ESCALA PARA LA DETECCIÓN DEL TDAH EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Nombre del alumno: _____
 Edad: _____ Grado escolar: _____ Género: Femenino Masculino
 Nombre del Profesor: _____ Fecha: / /

Instrucciones: Responda a cada una de las conductas descritas marcando con un círculo la opción que corresponda; marque la palabra "SI" si el alumno presenta la conducta descrita y si no la presenta marque la palabra "No". Sólo debe marcar una opción para cada una de las conductas descritas.

1	Frecuentemente cuando se dirige a él no emite alguna respuesta pareciera no escuchar.	Si	No
2	Frecuentemente sus trabajos presentan un aspecto sucio.	Si	No
3	Frecuentemente conversa con sus compañeros durante la clase.	Si	No
4	Frecuentemente tiene dificultades para las actividades grupales.	Si	No
5	Frecuentemente cuestiona, reta o no sigue las indicaciones del profesor.	Si	No
6	Frecuentemente responde de manera incorrecta a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular.	Si	No
7	Frecuentemente busca la atención y simpatía del maestro y/o de sus compañeros.	Si	No
8	Frecuentemente necesita de explicaciones extras.	Si	No
9	Frecuentemente olvida o no encuentra materiales necesarios para el trabajo escolar.	Si	No
10	Frecuentemente se levanta de sus asiento sin motivo aparente.	Si	No
11	Frecuentemente no respeta turnos y no telera perder.	Si	No
12	Frecuentemente sigue las indicaciones del profesor por un corto tiempo o sólo bajo supervisión.	Si	No
13	Frecuentemente discute y pelea por cualquier cosa.	Si	No
14	Frecuentemente muestra actitudes de un niño de menor edad.	Si	No
15	Frecuentemente interrumpe la clase con preguntas o comentarios no relacionados con el tema que se ésta tratando.	Si	No
16	Frecuentemente no termina los trabajos escolares, ya que se involucra en otras actividades.	Si	No
17	Frecuentemente manifiesta desacuerdo o malestar ante las indicaciones del profesor.	Si	No
18	Frecuentemente muestra cambios bruscos en su estado de ánimo.	Si	No
19	Frecuentemente presenta altibajos en su rendimiento escolar.	Si	No
20	Frecuentemente sus compañeros se quejan de él.	Si	No
21	Frecuentemente se mueve en su asiento, cambiando de postura, moviendo brazos o piernas.	Si	No
22	Frecuentemente cuando se da una explicación no mantiene contacto visual hacia el profesor.	Si	No

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

**INSTITUCIONES PARA LA
CANALIZACIÓN DE NIÑOS CON PROBABLE TDAH**

- ❖ Centro psicopedagógico ALDI
Lic. Karla G. Campuzano
Amores #15 casa 5, Col. Del Valle Deleg. Benito Juárez
Tel: 5523-3382

- ❖ Clínica de desarrollo neuropsicológico
Dra. Gabriela Galindo y Villa
San Jerónimo Tels: 5595- 4484, 5595-8150
Del Valle Tels: 5601-2202, 5601-2694

- ❖ Clínica de trastornos por déficit de atención/hiperactividad
Dr. Guido Belsasso, Dr. Saúl Garza, Dr. Eduardo Barragán
Hospital Angeles de las Lomas. Consultorio 660
Valle de las palmas, Huixquilucan, Edo. de México
Tels: 5246-9578, 5246-9579, 5246-9580 Fax: 524-69735

- ❖ Hospital Infantil de México, Federico Gómez.
Departamento de neurología pediátrica
Dr. Marquéz #162, Col. Doctores
Tel. 5228-9917, ext. 1227

- ❖ Psicoavance
Dra. Olga Santa María
Bosques de los Duraznos No. 65-708, Bosques de las Lomas,
México, D. F. Tels: 5251-6824, 5596-5839

- ❖ Unidad de especialidades pediátricas
Dr. Carlos Báez, Dr. Eduardo Barragán Pérez
Fuente de piedra #150 Consultorio 113-116, Hospital Médica Sur
Tels: 5606-7323, 5606-7434

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
ESTADO DE GUATEMALA
DIRECCIÓN GENERAL DE ASesoría Psicológica
CALLE 13-100 ZONA 10 GUATEMALA
TEL: 2382-1000 FAX: 2382-1001

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

- American Psychiatric Association (1994). Manual de Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S. A.
- Amstrong, T. (2001). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD) Estrategias en el aula. Buenos Aires: Paidós.
- Ávila, C. y Polaino-Lorente (2002). Niños hiperactivos. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. México: Alfaomega
- Barragán, E. (2001). El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. México: Altius Editores.
- Fowler, M. (2001). Desorden deficiente de la atención (2da. Ed.). NICHCY. En red: <http://www.nichcy.org>
- García, F. (1998). Estudiantes con TDAH. En Red: http://www.cpye.com/estudiantes_tdahtm.
- Jones, M. (2000). ¿Cómo identificar y ayudar a niños hiperactivos. México: Selector.
- Novartis, Laboratorios (Eds.) (2001). DATH Déficit de Atención por Trastorno de Hiperactividad. Folleto para padres de familia. México.
- Neuwirth, S. (2001). Trastorno hiperactivo de déficit de atención. Instituto Nacional de Salud Mental [National Institute of Mental Health (NIMH)]. En Red: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spadhd.cfm#adhd4>.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Organización Mundial de la Salud, (1993). El CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación. España: Meditor.
- Piedras, R. (2001). DATH. En Red:
<http://www.geocities.com/ztonic/drpedras.htm>
- Vázquez, J., Zotes, A., Huerta, H., Prieto, R., Moral, J., San Sebastián J. (1997). Discurso sobre un caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con síntomas psicóticos. Psiquiatria.com [revista electrónica]
http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num2/art_9.htm
- Uriarte, V. (1989). Hiper-quinesia. México: Trillas.
- Velasco, R. (1988). El niño hiperquinetico. (2ª Ed.). México: Trillas

TESIS
FALLA DE ORIGEN