



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LAS CONCEPCIONES INTUITIVAS DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y SU
REESTRUCTURACIÓN”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

MARTA CECILIA GALVÁN MORALES

DIRECTORA DE TESIS

DRA. KIRARESET BARRERA GARCÍA

MÉXICO, D.F.

2010





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Para Alexa, por supuesto.

***Al único hombre
que trajo a mi vida
truenos, relámpagos
y el arcoíris.***

***Ocurre una vez,
y, cuando ocurre,
es para siempre.***

***Para mi solo y único amor,
con todo mi corazón,
Gonzalo,
mi cómplice...***

Te quiero.

A la UNAM

***Por ser mi Alma Máter
“Porque soy de sangre azul
y piel dorada”***

A mi sínodo

***Dr. German Alvarez Díaz de León
Dra. Kirareset Barrera
Dr. Rigoberto León Sánchez
Dr. Adrián Medina Liberty
Lic Araceli Otero de Alba***

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I	
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	10
1.1 De daño cerebral a déficit de atención	11
1.2 Epidemiología	16
1.2.1 Género	18
1.2.2 Edad	19
1.3 Semiología	19
1.3.1 Hiperactividad	20
1.3.2 Déficit de atención	21
1.3.2.1 Atención y activación	22
1.3.2.2 Atención selectiva y distractibilidad	22
1.3.2.3 Atención sostenida e impersistencia	22
1.3.3. Impulsividad	23
1.4. Etiología	24
1.4.1 Causas neurobiológicas	25
1.5 Trastornos asociados	26
1.5.1 Trastornos de conducta	26
1.5.2 Problemas de relación	27
1.5.3 Conducta desafiante	27
1.5.4 Dificultades de aprendizaje	28
1.5.5 Alteraciones perceptivo-motrices y praxias constructivas	28
1.5.6 Trastornos emocionales	29
1.6 Evaluación diagnóstica	30
1.7 Tratamiento	37
1.7.1 Terapias psicológicas	37
1.7.2 Terapia farmacológica	38
1.7.2.1 Estimulantes	38
1.7.2.2 Antidepresivos	39
1.7.2.3 Limitaciones de la medicación	40

CAPÍTULO II

CONCEPTOS Y TEORÍAS INTUITIVAS	42
2.1 Formación de conceptos	42
2.1.1 La visión clásica	43
2.1.2 La visión del prototipo	44
2.1.3 La visión probabilística	45
2.1.4 Los conceptos basados en la teoría	46
2.2 Teorías intuitivas	47
2.2.1 Las teorías implícitas	48
2.2.2 Las teorías implícitas y el TDAH	51
2.2.3 Cambios en las teorías implícitas	54

CAPÍTULO III

MÉTODO	56
3.1 Participantes	57
3.2 Preguntas de investigación	57
3.3 Objetivo general	58
3.4 Objetivos específicos	58
3.5 Hipótesis general	58
3.6 Variables	58
3.7 Instrumentos	58
3.8 Diseño y procedimiento	61
3.9 Análisis de datos	61
3.10 Resultados	62

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN.....	72
Limitaciones del estudio	82
Sugerencias para estudios posteriores	84
Anexo 1.....	85
Anexo 2	89
Anexo 3	93
Anexo 4	95
Anexo 5	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue conocer las concepciones intuitivas que tienen los padres de familia acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y evaluar si esas creencias fueron susceptibles de reestructuración por medio de una intervención en la cual se les dieron a conocer los conceptos más relevantes del trastorno. Realizar estudios formales relacionados con las creencias respecto del TDAH es de vital importancia, si se toma en consideración que la atención oportuna y eficaz del niño que lo padece, se sustenta en las creencias que los padres tienen del padecimiento. Por esta razón se llevó a cabo este estudio, para analizar las concepciones intuitivas de los padres de familia acerca del TDAH. La muestra estuvo conformada por cuarenta padres de familia de niños que asisten a primaria en un colegio privado del Oriente de la Ciudad de México. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS en el que se empleó la prueba V de Cramer. A partir de las correlaciones encontradas se contrastaron las respuestas test-retest. Los resultados mostraron cambios de diversa magnitud en los conceptos relacionados con los síntomas, causas, tratamiento y repercusiones sociales, escolares y familiares. Algunos de los participantes reestructuraron su marco de referencia cognitiva acrecentando su conocimiento respecto del TDAH. En general, las creencias de los padres de familia y otros adultos están coherentemente vinculadas con los conceptos médicos y científicos del TDAH.

INTRODUCCIÓN

El aumento de casos de niños diagnosticados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Biederman, 1998), los casos que no han sido diagnosticados, así como el pensar que se “normalizarán” al llegar a la edad adulta (Gratch, 2003), ha llevado a abrir nuevas líneas de investigación de las teorías intuitivas de los padres de familia acerca del TDAH.

Las teorías intuitivas son representaciones mentales que forman parte del sistema de conocimiento de un individuo e intervienen en sus procesos de comprensión, memoria, razonamiento y planificación de la acción (Rodrigo, Rodríguez y Marrero, 1993).

En el análisis de las teorías intuitivas se considera que los conceptos forman un conjunto de creencias interrelacionadas, que no están presentes como conocimientos conscientes y de las que no se busca verificación porque se consideran verdad al momento en que son formuladas. Las teorías son conjuntos implícitos de creencias (Pozo, 1989; Rodrigo, 1992; Murphy y Medin, 1985. Citado en Benlloch, 1997:97)

Las teorías intuitivas son estructuras explicativas acerca de los fenómenos del mundo, razón por la que es importante analizar la forma en la que los padres de familia expresan sus creencias acerca del TDAH.

Los dos objetivos fundamentales de la presente investigación son, primero analizar las creencias de los padres de familia acerca del TDAH y segundo,

evaluar si dichas creencias cambian o se reestructuran cuando se les proporciona información, ya que de éstas depende el que reconozcan si sus hijos tienen la necesidad de especialistas que les puedan proporcionar la atención que requieren, en el caso de que presenten el trastorno, lo que se traduciría en un beneficio para el niño, la familia y en general, para su entorno social.

CAPÍTULO I

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) constituye actualmente, uno de los diagnósticos más frecuentes en el marco de los desórdenes de la conducta infantil. Las investigaciones realizadas coinciden en señalar una prevalencia de alrededor del 5% de los niños en edad escolar (Bernaldo de Quirós, 2000; De la Garza, 2005; Gratch, 2003; Pascual Castroviejo, 2008; Rickel y Brown, 2008; Solzi, 2008; Van-Wielink, 2004).

El síndrome del TDAH se manifiesta en conductas que podrían ser consideradas comunes en la infancia, pero su frecuencia e intensidad las torna inadecuadas para la edad mental del niño. La impulsividad, las dificultades para sostener la atención y, en muchos casos, la excesiva actividad motora afecta los distintos ámbitos en que el niño participa, deteriorando su calidad de vida. Este cuadro tiene un curso crónico que obedece a su sustrato biológico, pero las diferentes situaciones ambientales podrán en mayor o menor evidencia las dificultades que estas características producen.

El TDAH podría definirse como “una alteración no sólo de una función unitaria, sino de un conjunto de funciones cognitivas diversas pero relacionadas” (Solzi, 2008:11) que interactúan de modo tal que se presenta con diferente sintomatología.

Las funciones alteradas son:

- a) Organización y puesta en marcha de la actividad.
- b) Fijación y mantenimiento de la atención.
- c) Mantenimiento y motivación de la energía en la tarea.
- d) Control de estímulos distractores (visuales, auditivos y emocionales)
- e) Memoria de trabajo.
- f) Recuperación de procesos, objetos y palabras ya registradas.
- g) Dificultades en el control de la impulsividad.

1.1 De daño cerebral a déficit de atención

En la revisión histórica del TDAH se consultaron los textos de Bernaldo de Quirós (2000), Elías y Estañol (2005) y Gratch (2003):

George Still en 1902, ante el Colegio Real de Medicina (Elías y Estañol, 2005), fue quien primero describió la presencia de trastornos de conducta en un grupo de veinte niños, muchos de los cuales tenían una historia de convulsiones y daño cerebral. De acuerdo a su descripción, eran niños agresivos y desafiantes, la mayoría con problemas de atención e hiperactividad. Encontró una mayor incidencia de anomalías físicas menores, como paladar ojival, macrocefalia o epicanto. Creía que los niños poseían un defecto en el control “moral” de su conducta y, aunque algunos provenían de hogares caóticos, consideró que el problema se debía a una predisposición biológica, hereditaria en determinados casos y producto de una injuria pre o postnatal en otros. En 1923, en Estados

Unidos, se observó un cuadro similar como consecuencia de la epidemia de encefalitis letárgica de 1917-1918.

Durante los años '30 se estudiaron las manifestaciones conductuales y cognitivas de una serie de cuadros neurológicos, como epilepsia y traumatismos encefalocraneanos, descubriéndose una relación inversa entre nivel intelectual y actividad motora.

En 1947, se delinea el síndrome, introduciendo el término de “daño cerebral”. Sin embargo, muchos de los niños estudiados no presentaban daño cerebral demostrable por examen neurológico convencional, lo que dio origen al concepto de daño cerebral mínimo.

En la década de los '50 prosiguieron las investigaciones sobre los mecanismos neurológicos responsables de la hiperactividad, y se consideró que un pobre filtro de los estímulos a nivel talámico era la causa del síndrome, por entonces ya llamado Síndrome Hiperkinético.

En los años '60, el término “daño cerebral mínimo” fue lentamente abandonado, ya que se consideró incorrecto inferir la presencia de daño cerebral, en niños que sólo presentaban problemas conductuales y no la pérdida de una función previamente adquirida. Se introdujo entonces el término “disfunción cerebral mínima” (DCM), considerando a la hiperactividad como su síntoma principal. En la práctica, la palabra “disfunción” siguió llevando implícito el concepto de daño cerebral, y su diagnóstico era aplicado por igual a niños con problemas motores, de conducta, o de aprendizaje. Lo que todos ellos tenían en

común era la presencia de “signos blandos” en el examen neurológico (para diferenciarlos de los “signos duros” o de daño cerebral, como la hemiparesia) y, en algunos casos, anormalidades inespecíficas en el electroencefalograma. Estudios posteriores demostraron que la mayoría de los niños con daño cerebral no desarrolla hiperactividad, y menos del 5% de los hiperactivos tienen signos evidentes de daño cerebral, los signos blandos no son patognomónicos de la hiperactividad, y están también presentes en la población normal. La consideración de que el término DCM era vago, sobreinclusivo, de poco o ningún valor pronóstico, y sin evidencia neurológica hizo que fuera lentamente abandonado. En forma paralela fue creciendo el concepto de Síndrome Hiperkinético, como un síndrome conductual separado del concepto de daño cerebral, y en este sentido, fue sumamente importante establecer el nivel de actividad como característica definitoria del síndrome. Esto se vio reflejado en la segunda edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales (DSM-II)¹, publicado en 1968 por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), con el nombre de Reacción Hiperkinética de la Infancia.

En la década de los '70 sobrevino un cambio teórico fundamental, al describirse los déficits cognitivos asociados a la hiperactividad, a saber: 1) incapacidad para mantener la atención y el esfuerzo mental, 2) incapacidad para

¹ Los criterios diagnósticos de la conducta del niño están delineados por el *Manual de estadística y diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana* cuyas siglas en inglés son DSM. Este manual surgió por la necesidad de definir de manera precisa los síntomas y signos que, a través de investigaciones científicas, han demostrado tener significación estadística en la identificación de los cuadros psiquiátricos. Ha habido varias ediciones de este manual desde su aparición en 1952. Las diferencias de criterios diagnósticos en cada una reflejan los avances realizados en el estudio del Déficit de Atención y los aspectos que según estas investigaciones definen mejor la presencia del cuadro (Joselevich 2000).

modular el nivel de alerta, 3) deficiente control de los impulsos, 4) fuerte inclinación a buscar gratificación inmediata. Estos estudios no sólo ampliaron el criterio diagnóstico sino que lo redefinieron al incluir características que antes eran consideradas sólo como secundarias. Entre otras cosas, se encontró que el principal déficit estaba en la atención sostenida y no en la distracción, parámetro en el cual los estudios no diferían en controles normales. Por otro lado, el rendimiento de niños hiperactivos en pruebas de atención sostenida no difería de los normales en situaciones de refuerzo continuo e inmediato. Douglas (citado en Bernaldo de Quirós, 2000:22) documentó los significativos efectos del metilfenidato sobre la atención, así como la asociación entre el déficit en el control de los impulsos y problemas de conducta en la evolución del síndrome. En 1980, la (APA), influida por estas investigaciones, adoptó el término “Déficit de Atención, con y sin Hiperactividad” (DSM-III), a pesar de no existir en ese momento estudios empíricos que demostraran la existencia de subtipos. Posteriormente, se encontró que los niños con problemas de atención sin hiperactividad se caracterizaban por ser soñadores, letárgicos y con peor rendimiento escolar, pero menos agresivos y con menos problemas sociales que sus pares hiperactivos.

En 1987, se presenta la edición revisada del DSM-III, y en ella encontramos algunos cambios respecto a los criterios diagnósticos anteriores. Desaparece la agrupación de síntomas en los tres apartados (atención, impulsividad e hiperactividad) y se describen todos los síntomas en un único grupo. También desaparece el subtipo “TDAH sin hiperactividad” y encontramos en el apartado correspondiente a “Otras alteraciones...” una categoría diagnóstica denominada

“Trastornos por Déficit de Atención indiferenciado”, como una categoría separada del Déficit de Atención/Hiperactividad. En forma paralela se pudo discriminar empíricamente entre la hiperactividad y los trastornos de conducta-agresión, estableciendo un pronóstico negativo en la adolescencia para aquellos casos de hiperactividad asociados a problemas de conducta.

Lucas (1992, citado en Bernaldo de Quirós, 2000:10), atribuye la dificultad de un acuerdo acerca del concepto de TDAH a las diferencias entre DSM-III-R y CIE-10². También los datos epidemiológicos tan contradictorios entre países se deberían al uso de las distintas clasificaciones con sus respectivas concepciones teóricas de fondo. En el DSM-III-R, sólo son necesarios ocho de los catorce síntomas de las distintas áreas contempladas. En cambio, la CIE-10 especifica que deben existir alteraciones en ambos campos, hiperactividad e inatención. Según este criterio, usando el DSM-III-R pueden ser diagnosticados con TDAH niños sin problemas de atención.

Otra diferencia importante se halla en la generalización de las conductas. Por ejemplo, que la hiperactividad sea situacional o generalizada es un

² En 1900 se introdujo la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-1, la primera revisión de la clasificación original de 1893 de Bertillon, en 1910 la CIE-2, y así sucesivamente hasta la CIE-9, publicada en 1979. La Organización Mundial de la Salud viene coordinando la revisión periódica de la CIE desde 1948. Antes de la 10ª Revisión, no se publicaban actualizaciones entre las revisiones, que ocurrían en ciclos de diez años.

Como resultado de un proceso iniciado en 1983, los tres volúmenes de las versiones en inglés y francés de la Décima y más reciente Revisión de la CIE se publicaron entre en 1992 y 1994. La introducción de la CIE-10 se retrasó hasta 1994, cuando empezó a usarse en algunos países de Europa. Desde 1995 está utilizándose gradualmente en el resto del mundo. La traducción a otros idiomas fue preparada por centros colaboradores de la OMS (1) y otras instituciones en todo el mundo. En particular, la versión en español fue publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1995. (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

componente crucial en la CIE-10; en cambio, para el DSM-III-R, es sólo un grado de severidad.

Por último, en ambas clasificaciones se acepta como criterio la información de padres y profesores; sin embargo, en la CIE-10 se requiere además la observación directa de inatención e hiperactividad por parte del clínico.

El criterio diagnóstico adoptado por la APA en 1994 (DSM-IV) se estableció en base a dos dimensiones de la conducta: Hiperactividad-impulsividad y falta de atención, ya que la mayoría de los estudios realizados no pudieron discriminar la impulsividad como dimensión separada de la hiperactividad. Se reconoce, por lo tanto, un TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo, y TDAH mixto.

Con la aparición del DSM-IV parece haberse esclarecido la confusión que se creó con la versión anterior y presenta criterios más parecidos con el DSM-III. En la edición de 1994, la APA estableció el diagnóstico en base a dos dimensiones de la conducta: hiperactividad-impulsividad y falta de atención. También el texto revisado del DSM-IV-TR en el año 2000, distingue tres formas clínicas del TDAH: el tipo combinado, el tipo con predominio del déficit de atención y el tipo con predominio de la hiperactividad y la impulsividad (véase el anexo 1).

1.2 Epidemiología

El TDAH es el desorden más frecuente por el que acuden los niños a los servicios de neurología, psiquiatría y psicología. Se ha descubierto que existe en todas las poblaciones estudiadas aun cuando sean de diversas áreas geográficas o estratos

socioeconómicos. Por ello, se puede concluir que es un trastorno mundial. Sin embargo, las variaciones en las cifras de prevalencia del síndrome en la población infantil ofrecen razonables dudas sobre los criterios utilizados en su estimación. La variación en la incidencia reportada se debe a que cada estudio toma parámetros distintos para su análisis, como la edad de la población investigada, o los métodos de diagnóstico empleados. La mayoría de estos estudios coinciden en que en los niños en edad escolar la frecuencia era de entre 3 a 7 por cada 100 niños hasta el 2005 (Elías y Estañol, 2005).

Al TDAH se le considera un problema de salud pública (Joffre-Velázquez, García y Joffre-Mora, 2007) y no existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos (Barragán, De la Peña, Ortiz, Ruiz, Hernández, Palacios y Suárez, 2007).

En el caso de México la incidencia en 2003, fue de 7% en la población escolar a nivel de educación primaria, secundaria y preparatoria (Mendoza, 2003). No existen normas oficiales mexicanas con relación a la detección y diagnóstico integral ni se han establecido políticas federales o estatales a este respecto. Según la Secretaría de Salud en su Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención 2001-2006, el TDAH ha tenido poca atención en nuestro país a pesar de que se le considera como una entidad clínica específica (López y Lara, 2004). Se calcula existían al menos 1'500,000 niños con este problema en el año 2007 (Joffre-Velázquez *et al.*, 2007).

Es una observación común entre los padres y profesores afirmar que hoy en día “el padecimiento ha aumentado de frecuencia”, en especial en relación con los años previos.

Este fenómeno de incremento es real (Biederman, 1998). La prevalencia hace un par de décadas era de 2% a 4%; posteriormente ascendió al 6% a 7%. Lo anterior se debe a varios factores, entre ellos cabe desatacar el hecho de que hay una mayor conciencia por parte de padres y profesores acerca de que existe el TDAH; a que “los criterios que usan los especialistas para diagnosticarlo incluyen más síntomas, ya que, hace unos años se basaba en el DSM-III, y actualmente en el DSM-IV” (Van-Wielink, 2004:54). Las cifras de prevalencia actual superan el 20% (Pascual Castroviejo, 2008).

1.2.1 Género

El trastorno ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres y su proporción va de 2:1 hasta 6:1 (Biederman, López, Boellner y Chandler, 2002).

Aunque es más común en niños que en niñas, el impacto actual del TDAH puede ser más grave en las niñas. Se ha postulado que las niñas no muestran los mismos problemas de conductas disruptivas como lo hacen los niños. Esto, en parte, puede explicar que haya menos pacientes mujeres en los servicios de salud mental, simplemente, porque sus problemas conductuales no son tan molestos **para los otros**. Barkley (2006, citado en Rickel y Brown, 2008:6) **afirma que** en los últimos años, ha habido un incremento significativo en la prevalencia documentada del TDAH entre mujeres. Algunos expertos lo han atribuido a una identificación

más cautelosa de los subtipos específicos del trastorno, en especial del subtipo de la distracción primaria o con predominio de déficit de atención.

1.2.2 Edad

Casi siempre el TDAH se presenta en los primeros años de vida y es un trastorno crónico que sitúa a los niños y adolescentes en un riesgo mucho más alto que el de tener dificultades académicas, conductuales y sociales.

Suele presentarse antes de los 7 años de edad y clínicamente continúa manifestándose durante toda la vida (Joffre-Velázquez *et al.*, 2007).

Las nuevas investigaciones sugieren que los síntomas tempranos del trastorno que prevalecen en preescolar predicen manifestaciones graves más adelante en la niñez, así como una fase más difícil del trastorno (Rickel y Brown, 2008).

1.3 Semiología

Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad son indiscutiblemente centrales en la descripción del síndrome. Las alteraciones de conducta generalmente se encuentran presentes en la clínica, aunque no se contemplan en los criterios diagnósticos. La torpeza motora, las dificultades de aprendizaje y los trastornos emocionales son síntomas descritos por la mayoría de los autores; pero ocupando lugares distintos en importancia; mientras que algunos de ellos se consideran primarios, otros son considerados como reactivos a los síntomas principales.

Los síntomas centrales de este trastorno presentan dos características básicas:

- a) Son incisivos, es decir, se presentan en la mayoría de los entornos del niño como la escuela, el hogar y los de su desempeño social.
- b) Son de duración prolongada, porque se manifiestan por un tiempo superior a seis meses.

1.3.1 Hiperactividad

En general, la hiperactividad, se equipara conceptualmente con las distintas expresiones “sobreactividad” e “hiperkinesia” y se acepta la idea de hiperactividad como la presencia de una serie de movimientos excesivos, una “hipermotricidad incontrolable” y que no siempre es mensurable de manera objetiva.

La técnica ha aportado instrumentos para medir la cantidad de movimiento, pero en diversas investigaciones se ha visto que la cantidad no difiere significativamente respecto al movimiento de los niños normales. Se trata más bien de un problema de calidad. La actividad del hiperkinético se caracteriza por la falta de un fin lógico e intencional.

Rutter (1982) introdujo una distinción interesante en el concepto de hiperactividad señalando la existencia de factores del entorno que pueden producir o agravar la conducta hiperactiva. La hiperactividad situacional, estaría sujeta en sus manifestaciones a determinados factores ambientales. La hiperactividad que

Rutter denomina como permanente o masiva, es aquella que se manifiesta en todas las situaciones.

1.3.2 Déficit de atención

Luria (1986:7), definió la atención como el “proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos”. Esta definición trae importantes aspectos a considerar:

- a) El proceso de selección de estímulos.
- b) Las estrategias de abordaje de la información.
- c) La estabilidad o mantenimiento en el tiempo.

En cualquier actividad atencional intervienen una serie de factores que la condicionan: factores externos procedentes de los propios estímulos (novedad; intensidad; organización estructural); y factores internos, del mismo sujeto (sus capacidades, intereses y disposiciones).

Bajo la etiqueta de trastorno de la atención se engloban una serie de alteraciones relacionadas y que pueden tener efectos a mediano o largo plazo sobre la conducta del niño, el rendimiento escolar y el funcionamiento cognitivo. La atención puede estar disminuida en distintos estados psicopatológicos o en trastornos neurológicos pero el TDAH es un trastorno específico de la atención.

1.3.2.1 Atención y activación

Los mecanismos de activación cerebral tienen una localización concreta y distinta en la corteza cerebral.

Los niños hiperactivos suelen estar típicamente alerta. En los casos de niveles altos de activación generalizada, existe un efecto destructivo sobre la atención, disminuyendo la selectividad de la respuesta. Se ha sugerido también que el problema se puede hallar en una activación pobremente modulada, lo que origina que la intensidad de atención a los estímulos no sea la requerida, bien por excesiva si se trata de estímulos irrelevantes o por defectiva en los relevantes.

1.3.2.2 Atención selectiva y distractibilidad

Se entiende por atención selectiva la “capacidad de dirigir la atención hacia un estímulo principal, ignorando los secundarios” Farré y Narbona (2000). La distractibilidad sería un defecto en el mecanismo de discriminación de estímulos relevantes. En este sentido, el niño hiperactivo no es capaz de seleccionar, jerarquizar y organizar los estímulos exteriores.

1.3.2.3 Atención sostenida e impersistencia

En el concepto de atención sostenida pueden englobarse distintos aspectos relacionados como son: el mantenimiento de la atención a lo largo del tiempo, la organización y autodirección del proceso y la cantidad de esfuerzo invertido o intensidad de la atención.

En el niño con TDAH, la capacidad de mantener la atención en una actividad decrece rápidamente. La fatiga se manifiesta no sólo en una limitación de tiempo, sino también de la extensión. Los niños hiperactivos estarían limitados por la cantidad de unidades de información que pueden captar al mismo tiempo e integrarlas en una acción global. Consecuentemente cuando debe de afrontar una situación compleja que requiere dirigir la atención de una información a otra, falla en la operación de síntesis y presenta la información fragmentada.

1.3.3 Impulsividad

El estudio de la impulsividad se ha abordado desde distintos puntos de vista. Para algunos autores entra en el campo de los procesos atencionales. Para otros se refiere más propiamente a un problema conductual (Farré y Narbona, 2000).

El niño hiperactivo presenta problemas en la inhibición de los impulsos. Le resulta difícil mantenerlos bajo control para enfrentarse a situaciones que requieren cierta organización y concentración y emiten una serie de respuestas que no pueden evitar. Es una severa alteración de la competencia cognitiva que se manifiesta en la dificultad de formular planes y estrategias inhibiendo respuestas impulsivas. (Farré y Narbona, 2000). El grado de control inhibitorio demostrado por un niño dependerá de la tarea con la que interactúa, las condiciones en las que está y otras variables del propio sujeto.

1.4 Etiología

La existencia de un factor hereditario como causa del TDAH primario, es clara. Los datos y estimaciones sugeridos de la población estudiada indican que, de 55% a 92% de los casos se adquiere por los genes maternos o paternos:

- a) En gemelos monocigóticos, si un gemelo es diagnosticado con TDAH su par presentará la misma condición en 92% de los casos.
- b) En gemelos dicigóticos se ha demostrado que si un gemelo presenta TDAH, su par tiene una posibilidad de 33% de manifestar la misma condición.

Esto indica que cuando se comparte por completo la información genética, prácticamente en todos los casos, ambos gemelos tendrán TDAH, aun cuando se hayan desarrollado en familias distintas, como ocurre con los gemelos idénticos dados en adopción. Sin embargo, en los gemelos no idénticos sólo una tercera parte de ellos tienen el TDAH (Van-Wielink, 2004).

Cuando los padres tienen TDAH de inicio en la infancia, la probabilidad de que sus hijos presenten el trastorno es de 57%.

En el 70% u 80% de los casos conocidos y estudiados, el TDAH se considera primario, ya que tiene un origen genético. En el resto de los casos, de un 20% a un 30%, es secundario puesto que existen factores causales específicos tales como parto prematuro, uso de tabaco y alcohol por parte de la madre durante la gestación, exposición a altos niveles de plomo en la infancia, daño cerebral por

traumatismo (especialmente los que involucran a la corteza prefrontal) y desnutrición severa en etapas tempranas de la niñez (Van-Wielink, 2004).

Hay que señalar que la causa del TDAH radica en el funcionamiento irregular del cerebro; es decir, las funciones mentales superiores no se manifiestan o lo hacen en forma deficiente, debido a diferencias neuroanatómicas, neuroquímicas o de biología molecular.

1.4.1 Causas neurobiológicas

Estudios neuropsicológicos indican que el déficit principal en el TDAH se debe a una falla en la inhibición de las respuestas (conducta impulsiva), función ejecutiva alojada principalmente en el lóbulo frontal, que actúa en íntima relación con el cuerpo estriado (ganglios basales), y es el que dirige el ingreso, y en menor grado, el egreso de información a dicho lóbulo. Con las técnicas de neuroimagen en pacientes con TDAH se ha detectado una disminución del volumen del cuerpo estriado del lado izquierdo. A la unión de estas dos estructuras se les denomina circuito frontoestriado. Este circuito funciona, principalmente, con el neurotransmisor dopamina. Se ha demostrado también que el cerebelo tiene un menor volumen en algunos sujetos con TDAH (Van-Wielink, 2004).

Ahora bien, cualquiera que sea la causa primaria del TDAH, en todas las personas que lo padecen se ha descubierto una alteración en la distribución normal de los neurotransmisores dopamina, serotonina y norepinefrina (Rickel y Brown, 2007).

1.5 Trastornos asociados

El TDAH está frecuentemente asociado con otros desórdenes que afectan las diversas facetas de la vida del individuo, es decir, perturban su desempeño en el hogar, en la escuela y en su entorno social.

Los trastornos comórbidos que pueden acompañar al TDAH suelen incluir el trastorno de conducta (TC), el trastorno oposicionista desafiante (TOD) o los trastornos de aprendizaje (TA).

Los trastornos de ansiedad que incluyen el trastorno de ansiedad excesiva, el trastorno de ansiedad de separación, el trastorno generalizado de ansiedad o los diferentes trastornos del humor, como el trastorno depresivo principal, trastorno bipolar, también pueden aparecer al mismo tiempo que el TDAH.

1.5.1 Trastornos de conducta

Los trastornos de conducta, junto con los de rendimiento escolar son, a menudo, la causa que lleva a los padres a buscar consejo médico.

Se denominan trastornos de conducta a aquellos comportamientos que, debido a su persistencia y a la afectación que provocan en la vida del niño y su familia, llegan a constituir entidades clínicas definidas. Estos son el desorden de conducta referido a la conducta antisocial y el trastorno oposicionista desafiante.

El solapamiento entre hiperactividad y trastornos de conducta ha originado cierta confusión, en parte porque los correlatos de una y otros son muy similares.

Sin embargo, existe un rasgo distintivo, mientras que en el TDAH la hiperactividad va unida a un bajo desarrollo de las habilidades atencionales, esto no ocurre siempre con los trastornos de conducta. Aunque, algunas investigaciones señalan que la mayoría de los sujetos con trastornos de conducta muestran también hiperactividad (Farré y Narbona, 2000).

1.5.2 Problemas de relación

Dentro de los trastornos de conducta, se pueden señalar los problemas que afectan a la relación con los compañeros. En general, se trata de niños poco aceptados en el grupo, con dificultades para hacer y mantener amistades y que se pelean constantemente, por lo que van creando una imagen negativa, de sí mismos y para los demás.

1.5.3 Conducta desafiante

Entendida como desobediencia, insolencia y una actitud de desacato a las normas sociales, que le da cierto carácter de subjetividad, puesto que está determinada de alguna manera por los valores sociales. Lo que está aprobado en una cultura puede no estarlo en otra. Lo mismo puede ocurrir según los distintos contextos de la vida del niño; dependiendo del nivel de tolerancia de padres, maestras u otras personas encargadas de su tutela, las conductas del niño pueden parecer más o menos graves.

Sin embargo, cuando se presenta un patrón sistemático de conductas oposicionistas y desafiantes persistentes y deliberadas, puede tratarse de un

trastorno de oposición desafiante (TOD). Se caracteriza por ser un problema de conducta recurrente durante el desarrollo. El TOD, que se deriva de métodos disciplinarios inadecuados, puede ser precursor del trastorno de conducta antisocial (TCA), que involucra un comportamiento agresivo y la transgresión de normas sociales y aumenta en forma muy significativa el riesgo de abuso de sustancias y de conductas delictivas en la adolescencia, en comparación con la población que presenta TDAH solamente.

1.5.4 Dificultades de aprendizaje

Se ha visto que la impulsividad puede afectar la actividad cognitiva del niño con TDAH haciendo que las estrategias utilizadas para el aprendizaje sean ineficaces, pero hay que señalar que el TDAH y las dificultades de aprendizaje son dos trastornos diferentes pero que, a menudo, se presentan de forma convergente.

Aproximadamente, de 20% a 30% de los niños que presentan TDAH tiene trastornos de aprendizaje. En cambio, cuando se estudia a los niños con problemas de aprendizaje se encuentra que sólo 17% de ellos padecen TDAH (De la Garza, 2005).

1.5.5 Alteraciones perceptivo-motrices y praxias constructivas

Puesto que el dominio de la motricidad fina es básico y necesario para los aprendizajes académicos, las alteraciones visomotrices del niño con TDAH se manifiestan rápidamente en sus ejecuciones escolares. Presentan además una inadecuada orientación en el espacio y en el tiempo. Le cuesta comprender los

conceptos de derecha, izquierda, antes, después. En matemáticas le resulta difícil orientarse en todos aquellos movimientos y continuos cambios de direccionalidad que suponen las operaciones aritméticas y en la lectura y escritura es donde se manifestará más su problemática, por continuas inversiones, escritura en espejo, mala grafía, inadecuada organización del espacio, etc.

La exploración de los distintos aspectos relacionados con el nivel de integración gnósopraxica es de gran valor diagnóstico, puesto que informa sobre los posibles correlatos orgánicos del síndrome. La evolución de los niños con trastorno perceptual y motor no es tan favorable como los que sólo presentan TDAH.

1.5.6 Trastornos emocionales

Las alteraciones que se manifiestan en el área emocional son, casi siempre secundarias y reactivas al resto de la sintomatología. El concepto que engloba una gran parte de estas alteraciones es el de inestabilidad afectiva. Bajo esa inestabilidad encontramos como característica frecuente la labilidad emocional. Los niños presentan cambios continuos de humor que van de la euforia a la tristeza y de la tranquilidad a la irritación de una manera impredecible. Además, sus reacciones suelen ser exageradas y contradictorias: puede enfadarse exageradamente por una menudencia o quedarse inalterable ante un premio o un castigo (Gratch, 2003).

Aproximadamente, uno de cada cuatro niños que presentan TDAH puede ser diagnosticado con uno o más de los trastornos de ansiedad. Los niños con

trastornos de ansiedad concurrentes con TDAH están preocupados por todo y muestran síntomas explícitos de ansiedad y preocupaciones indebidas acerca de sus habilidades y su rendimiento en situaciones sociales y en ambientes académicos. Los niños con trastornos de ansiedad y TDAH comórbido son más propensos a experimentar una vida más estresante que los que sólo tienen TDAH (Rickel y Brown, 2008).

1.6 Evaluación diagnóstica

La aparente subjetividad y falta de especificidad en el diagnóstico del TDAH se debe a la ausencia de marcadores biológicos que permitan una diagnosis etiológica, pero la realidad es que la falta de estos marcadores afecta a toda la psiquiatría por igual. El diagnóstico es clínico, basado en los síntomas que el niño o la niña presentan, y el hecho de que sea conductual no lo hace subjetivo, ya que existen formas efectivas de medir la conducta. (De Quirós, 2000).

Hay que establecer dos niveles diagnósticos, por las características del niño y por las características del medio:

- a) La evaluación de las características del niño tendrá como objetivo verificar si la historia evolutiva y las conductas presentes en el hogar y el colegio, corroboran la presencia del síndrome, si la conducta se debe a otro trastorno diagnosticable, si hay comorbilidad o asociación de TDAH con otro cuadro psiquiátrico, o si el problema es motivado por tácticas educativas o expectativas inadecuadas por parte de los padres o de la escuela.

b) La evaluación del contexto incluye la descripción de los circuitos interpersonales, ya que pueden potenciar ciertas conductas y conformar una espiral negativa. Este cuadro tiene un curso crónico que obedece a su sustrato biológico, pero las diferentes situaciones ambientales pondrán en mayor o menor evidencia las dificultades que estas características producen. La exigencia de los adultos de que el niño regule su comportamiento en situaciones sociales, como por ejemplo, inhibir la conducta motora y sostener la atención durante una clase, tropieza con las características de los niños con TDAH. La manera en que los padres y profesores intentan modificar estas conductas disciplinando inadecuadamente al niño, puede auspiciar la exacerbación de de las situaciones de conflicto.

En términos generales, es importante tener una perspectiva evolutiva para comprender el significado normal o patológico tanto de las conductas asociadas al TDAH, como de los signos y síntomas de alteraciones del desarrollo. Hay que tomar en cuenta que el síndrome del TDAH se manifiesta en conductas que podrían ser consideradas comunes en la infancia, pero su frecuencia e intensidad las torna inadecuadas para la edad mental del niño.

Puesto que no existe prueba alguna de laboratorio, ya sea bioquímica, electrofisiológica, anatómica o genética que permita identificar el síndrome del TDAH, el diagnóstico, como ya se mencionó, es eminentemente clínico. Por lo tanto, es el resultado de la aplicación de entrevistas estructuradas y de una batería compuesta por pruebas gráficas, verbales, de ejecución, pedagógicas,

proyectivas, escalas para padres y profesores y una evaluación de las funciones atencionales (Soprano, 2000).

El procedimiento de evaluación ha de estar estructurado de acuerdo con la edad del paciente, y el proceso de diagnóstico debe incluir principalmente los criterios adoptados por la APA en el 2000 contenidos en el DSM-IV-TR (anexo 1), que establece dos dimensiones de la conducta, hiperactividad-impulsividad y falta de atención (Rickel y Brown, 2008). Pueden por lo tanto, distinguirse tres subtipos de TDAH:

- a) *Déficit de atención con hiperactividad o combinado*, es el que se presenta con mayor frecuencia, de 60% a 70% de los casos, donde se encuentran presentes todos los síntomas: Inatención, impulsividad e hiperactividad.
- b) *Déficit de atención inatento*, en donde predomina la inatención y no está presente la hiperactividad. Por lo general, se diagnostica más tardíamente y se presenta en 20% de los casos.
- c) *Déficit hiperactivo impulsivo*, en donde no está tan marcada la inatención, pero la inquietud y la impulsividad son la causa principal de las dificultades. Éste es el de menor frecuencia y se observa en menos de 10% de los casos.

Los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del TDAH son casi idénticos a los criterios de la CIE-10 (ver anexo 2), pero no así los códigos diagnósticos, ya que la CIE-10 define unas categorías más estrictas. Mientras que el diagnóstico del DSM-IV-TR requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, los criterios diagnósticos de la CIE-10 requieren al

menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. En la CIE-10, se denomina trastorno de la actividad y la atención, y viene especificado dentro del grupo de trastornos hipercinéticos (Solzi, 2008).

Por otra parte, los cuestionarios y escalas de valoración son instrumentos muy útiles para evaluar los síntomas y conductas relacionadas con el TDAH, ya que permiten recoger información de los padres, tutores, profesores y cuidadores sobre la conducta de los niños en contextos diferentes como la casa y la escuela.

Además, estos instrumentos presentan, generalmente, normas de referencia por lo que se puede establecer la frecuencia e intensidad de los síntomas o conductas alteradas, comparando las puntuaciones de un niño con las de un grupo normativo de su edad y sexo (Amador-Campos, Forns, Guardia y Perú, 2005). Las Escalas de Connors para padres y las de Connors para maestros, han demostrado que pueden diferenciar entre grupos de niños que presentan TDAH y de los que no tienen esta condición (Heydl, 2000).

En lo que se refiere a las Pruebas de Ejecución Computarizadas, éstas son extremadamente útiles en la evaluación del TDAH (Rickel y Brown, 2008), en particular, en aquel con predominio de déficit de atención, ya que en éste se presentan básicamente una afección del estado del reflejo de orientación, de la atención sostenida y de la atención selectiva (Elías y Estañol, 2005).

En el campo de la neurociencia de la cognición (*cognitive neuroscience*), el TDAH es concebido como un trastorno derivado del funcionamiento ineficiente, tanto de la memoria de trabajo que es un proceso de decodificación, como del

resto de las funciones ejecutivas. La importancia de la valoración de las funciones de la atención reside en que el sistema atencional mantiene relaciones de estrecha interdependencia con las funciones ejecutivas y control cognoscitivo; los déficits de una de estas funciones afectan enormemente la integridad de la otra (Denkla, 1996. Citado en Solzi, 2008:52).

En los niños con TDAH, es fundamental valorar los procesos de la atención puesto que forman parte, con el lenguaje, de las funciones cerebrales más complejas y esenciales ya que permiten controlar, regular o modular casi todas las actividades psicológicas e involucran representaciones perceptivas, conceptuales y motoras (Otero y Otero, 2003). La atención está necesariamente implicada en el rendimiento escolar. Los déficits en cualquiera de sus funciones y procesos explican el empobrecimiento del aprendizaje. Los problemas de la atención dificultan especialmente el aprendizaje simbólico así como las tareas complejas que requieren de la atención sostenida (Klassen, Miller, Raina, Lee y Olson, 1999. Citado en Otero y Otero, 2003:3).

En la evaluación de las funciones de la atención con un test computarizado las ventajas son numerosas: mejor estandarización de la aplicación, mayor control de la interferencia de otros procesos cognitivos (memoria de trabajo, cálculo, etc.), diagnóstico más riguroso de los diferentes aspectos del sistema atencional; reducción de la posible influencia de déficits asociados (déficit sensoriales, motores, mnésicos, etc.), corrección automática y resultados inmediatos. Otra ventaja es el registro preciso del tiempo de respuesta a cada uno de los reactivos.

Esencialmente, permiten identificar la presencia o no de un déficit de atención y precisar su naturaleza (Otero y Otero, 2003).

La ejecución de las tareas de vigilancia de este tipo de instrumento, requieren de dirigir la atención a una o más fuentes de información por períodos continuos de tiempo, durante el cual los sujetos deben detectar y responder a pequeños cambios conocidos como “señal” o estímulo crítico. En general se obtienen distintas medidas, tales como la tasa de detección de aciertos, los errores de omisión o falta de respuesta ante los estímulos y los errores de comisión, llamados también falsas alarmas cuando se responde sin que la señal o estímulo crítico haya aparecido (Soprano, 2000). Quienes tienen TDAH manifiestan errores de omisión y errores de comisión que son un indicador de impulsividad (Shepard, Carter, y Cohen, 2000. Citado en Rickel y Brown, 2008). Losier, Mc Grath y Klein (1996) llevaron a cabo un metaanálisis de veintiséis estudios sobre TDAH, y reportaron que los niños con este trastorno muestran un mayor número de errores de omisión y de comisión que los niños sin él.

“...investigadores quebequeses y franceses, Pépin, Laporte y Loranger, han creado un programa para computadora, el TIFA (de acuerdo a sus siglas del nombre en francés: Test Informatisé des Fonctions de l’Attention; en español Evaluación de Funciones de la Atención: EFA), capaz de medir exactamente, en milisegundos, el tiempo de reacción de cada reactivo y también captar cada omisión o error cometido durante su aplicación” (Otero y Otero, 2003:4). “Este programa ha sido adaptado a la población latinoamericana por un equipo mexicano” (Otero, Lavallée, Pépin, Loranger y Hopps, 2004:4). TIFA es poco

sensible a las diferencias culturales o regionales (Pépin, Otero, Lavallée, Laporte y Loranger, 2008).

“La concepción del EFA se apoya sobre el modelo teórico del *Sistema atencional* (ver anexo 3). Este modelo integra las contribuciones teóricas de investigadores como Cohen (1993) y Van Zomeren y Brouwer (1994). El *sistema atencional* está constituido de dos dimensiones principales en las cuales se inscriben los diversos tipos de la atención (Sturm, 1999). La primera dimensión agrupa los aspectos cuantitativos de la atención como la noción clave de *intensidad* (alerta, vigilancia, atención sostenida o concentración), y la segunda incluye los aspectos ligados con la *selectividad* (atención selectiva o focalizada, atención selectiva viso-espacial y atención compartida o dividida). Las dos dimensiones se complementan por un proceso distinto, llamado control atencional que completa el modelo y se muestra responsable principalmente de la administración de los recursos de la atención” (Otero *et al.*, 2004:5).

EFA es una batería de evaluación computarizada que tiene, entre otras, la ventaja de ser bimodal (visual y auditiva). Está constituida por diez sub-tests (Ver anexo 4). Seis reflejan los componentes del sistema atencional (atención selectiva, sostenida y compartida); otros dos sub-tests evalúan el tiempo de reacción, es decir, la velocidad del procesamiento de la información, aspecto ligado a las tareas tradicionales de la atención. Finalmente, dos sub-tests complementarios permiten verificar el control de la atención. Todos están diseñados considerando niveles de dificultad, variedad de procesos, tareas y contenidos que se adaptan al desempeño individual. Se archiva en el expediente del evaluado la historia de

todas sus ejecuciones: aciertos, errores, omisiones, porcentaje de eficiencia, y tiempo de reacción. Puede ser aplicado individualmente o en pequeños grupos (Otero *et al.*, 2004).

EFA es esencialmente, una herramienta que indica la presencia o no de un déficit de atención y permite precisar la naturaleza del problema atencional. Desde una perspectiva clínica y de intervención reeducativa, posibilita además, guiar las intervenciones.

En términos generales, una evaluación diagnóstica completa y detallada contribuye a identificar finamente los trastornos cognitivos y conductuales del niño con TDAH, además de que permite sentar las bases para delinear estrategias de intervención y programas de “remediación” específicos en cada caso.

1.7 Tratamiento

Debido a que el TDAH es un trastorno crónico y sitúa a los niños en un alto riesgo de sufrir gran número de discapacidades funcionales, el tratamiento debe comenzar a temprana edad, dirigirse a diversos niveles de funcionamiento e implementarse en múltiples ambientes y durante largos períodos. En el tratamiento están involucrados el paciente, su familia, profesores, psicólogos y médicos.

1.7.1. Terapias psicológicas

Dentro del marco de intervención, la terapia cognitivo conductual es la opción más aconsejable. Las técnicas conductuales en niños con TDAH están dirigidas a mantener al niño trabajando en las tareas, controlar la impulsividad, obedecer e

incrementar las habilidades sociales al mismo tiempo que tratan de reducir la actividad motriz. Estas técnicas son variadas y pueden adaptarse a múltiples ámbitos. Las más utilizadas para incrementar conductas positivas son los programas de economía de fichas, el reconocimiento social y la atención de los mayores. Para reducir las conductas negativas son el tiempo fuera y la hipercorrección, que es el castigo relacionado con la conducta.

Las técnicas cognitivas son más eficaces cuando se aplican asociadas a las técnicas conductuales, por ejemplo: las autoinstrucciones, las autoafirmaciones, aprender a autoevaluarse y la toma de conciencia de los procesos mentales.

Las terapias psicopedagógicas y otras formas de psicoterapia para tratar la depresión, ansiedad y baja autoestima, suelen ser necesarias.

1.7.2 Terapia farmacológica

La mejora importante en los síntomas del TDAH con el uso de medicamentos es un hecho científicamente comprobado. Algunos fármacos, como el metilfenidato tienen más de 50 años de ser usados con excelentes resultados, si están bien indicados, y junto con la psicoterapia, constituyen la mejor manera de tratar el TDAH (Van-Wielink, 2004).

1.7.2.1 Estimulantes

Los estimulantes del sistema nervioso central son las denominadas drogas psicotrópicas, que conforman el grupo farmacológico mejor estudiado y que más se utiliza en el tratamiento de los desórdenes psicológicos de los niños.

Aparentemente, es paradójico que se administre un estimulante al niño con TDAH, quien parece estar sobreestimulado porque es hiperactivo. Sin embargo, lo que ocurre es que el estimulante al activar el cerebro, en especial a los lóbulos frontales, permite que las funciones ejecutivas se normalicen y que el niño tenga más control de sí mismo, a la vez que mejora su atención.

Las dosis adecuadas de estimulantes tienen un impacto positivo puesto que mejoran el funcionamiento cognoscitivo y la atención, pero si la dosis es excesiva, mejora la conducta pero puede causar deterioro en la cognición, es decir, ocasiona una forma lenta de pensar que se denomina toxicidad cognoscitiva. Por ello, se debe graduar la dosis según la respuesta individual.

La medicación que se usa con más frecuencia incluye el metilfenidato, la dextroanfetamina, la anfetamina combinada y la anfetamina.

Los efectos adversos frecuentes, son por lo general poco importantes y transitorios, de aparición a corto plazo y que desaparecen a las pocas semanas de tratamiento, incluyen: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad y dolor abdominal. En ocasiones se presentan náuseas, pesadillas y mareos.

1.7.2.2 Antidepresivos

Son fármacos no estimulantes que permiten que el cerebro se provea de una mayor cantidad de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y norepinefrina. En general, se utilizan como primera opción para el tratamiento del

TDAH cuando existen tics, o como segunda opción cuando los estimulantes, por alguna razón, no se pueden indicar. Disminuyen la sobreactividad motora y la impulsividad, a la vez que amplían el período de atención. Al mismo tiempo, tienen un efecto positivo cuando existen problemas asociados, como los trastornos de ansiedad y en el humor.

En resumen, la medicación no modifica definitivamente las causas de los síntomas, sino que habilita a la persona que presenta este cuadro a desempeñarse adecuadamente mientras está actuando en su organismo.

1.7.2.3 Limitaciones de la medicación

Hay muchos niños con TDAH para quienes la medicación estimulante no es una estrategia posible, ya sea por la presencia de efectos adversos porque los fármacos no han demostrado ser efectivos, o por decisión de los padres de no utilizar fármacos en el tratamiento de sus hijos.

Los problemas académicos, los interpersonales, la baja autoestima y la conducta oposicionista son mejor manejados por estrategias que pueden aplicar los padres orientados generalmente por psicólogos, aunque la medicación contribuye a que estas técnicas tengan mayor probabilidad de éxito.

Finalmente, hay que señalar que los problemas se presentan, cuando las dificultades del niño interfieren en su capacidad para responder adecuadamente a las exigencias, que de acuerdo a su edad, el medio ambiente impone a los niños para socializar en las pautas culturales. La convivencia acarrea demandas

sociales de reglas compartidas, el acatamiento de consignas, cumplimiento de horarios, producción de trabajo y limitación de las propias necesidades frente a la consideración de los derechos de los demás. La exigencia de los adultos de que el niño regule su conducta en situaciones sociales, tropieza con las características de los niños con TDAH. El supuesto de que el niño debería cumplir con estos requerimientos y la creencia de que no lo hace por falta de empeño, genera demandas insistentes y mantiene los conflictos.

CAPÍTULO II

CONCEPTOS Y TEORÍAS INTUITIVAS

2.1 Formación de conceptos

El sistema cognitivo humano tiene como función analizar los hechos que ocurren en el mundo mediante una organización conceptual que posibilite el entendimiento, interpretación y predicción de los eventos que ocurren en la vida cotidiana. Dicha organización se basa, entre otros procesos en la categorización. El proceso de categorizar es tratar un grupo de cosas como algo equivalente, agruparlos juntos o llamarlos por el mismo nombre (Horcasitas, 2008).

Parecería que el sistema cognitivo humano hace uso de una estructura correlacional del mundo. Es decir, ciertos atributos tienden a darse unidos, mientras que otros rara vez o nunca son compartidos por un mismo objeto. Por ejemplo, las propiedades “tener plumas”, “poner huevos”, “tener pico”, “tener alas”, tienden a darse unidas; y rara vez o nunca se combinan con otras como “ser de madera”, “tener antenas” o “rugir”.

De Vega (1986) afirma que la mente humana está especialmente equipada para detectar y representar estas pautas relativamente invariantes, y no únicamente para establecer finas discriminaciones. El sistema cognitivo reduce la complejidad y variabilidad del universo a una estructura de conceptos limitada, que permite categorizar como equivalentes amplios conjuntos de objetos o eventos particulares. Es importante destacar que los conceptos no son construcciones

mentales arbitrarias, dado que los principios de categorización son universales y tienden a reflejar las discontinuidades o complejos atributos del mundo perceptual (De Vega, 1986).

El proceso que permite la definición de los atributos para establecer la pertenencia de un objeto a una clase u otra se denomina formación de conceptos, que son las representaciones mentales de las categorías, mientras que las categorías son el conjunto de entidades que comparten determinados atributos (Horcasitas, 2008).

La investigación sobre los procesos de categorización ha explorado la estructura de las categorías que posee la gente y su habilidad para adquirir nuevas categorías, de acuerdo con tres perspectivas: la visión clásica, la visión probabilística y la visión del prototipo.

2.1.1 La visión clásica

Esta perspectiva sostiene que todas las instancias de un concepto comparten propiedades comunes que son condiciones necesarias y suficientes para definirlo, por ejemplo, “todos los cuadrados son rojos”. Los estudios clásicos construyen conceptos artificiales que son entidades lógicas del tipo $C = R(x, y, \dots)$, en donde C es un concepto; x, y, ... son los atributos definitorios o relevantes del concepto, y R es una relación lógica que integra ciertos atributos. Por ejemplo, el concepto “triángulo, amarillo, con rayas verticales”, es un concepto con tres atributos definitorios y una relación de conjunción entre éstos. Todas las entidades dentro de la categoría poseen los mismos atributos y “todos los objetos de la

categoría son equivalentes” (De Vega, 1986). Bajo la visión clásica de los conceptos, las categorías son definidas por atributos precisos y con límites claros.

Una de las aseveraciones de esta perspectiva es que no se enfoca en los procesos involucrados en la formación de conceptos, más bien, considera las representaciones. Barrera, León-Sánchez, Palafox y Calderón (2007:116), hacen más claro este punto al afirmar que ...“de esta forma, los conceptos presentan todos los rasgos de la categoría completa más que limitarse a descripciones parciales de cada uno de sus elementos”.

2.1.2 La visión del prototipo

Como una alternativa a la visión clásica, surgió el enfoque que propone que las categorías tienen una entidad prototípica que representa y resume mejor a la categoría; es decir, algunos elementos muy típicos operan como puntos de referencia, desempeñando un papel privilegiado en los procesos de categorización. Dependiendo de lo similar que sea una entidad con el prototipo, ésta poseería diferentes gradientes de pertenencia a la categoría.

Esta perspectiva postuló la existencia de niveles jerárquicos en los que el elemento más representativo o prototípico, sirve como punto de referencia de toda la categoría, de modo que algunos elementos muy típicos desempeñan un papel privilegiado en los procesos de categorización; así, los objetos se ordenarían de acuerdo a la similitud con el prototipo. A diferencia de la concepción clásica, no existe una serie única de atributos compartidos por todos los miembros de la categoría, lo que pone de manifiesto el carácter difuso de los conceptos.

2.1.3 La visión probabilística

De acuerdo con esta versión, los conceptos deben estar representados por medio de las características típicas de una categoría que está organizada alrededor de propiedades o conjuntos de atributos correlacionados.

Desde esta perspectiva, las categorías están organizadas de acuerdo con una combinación aditiva de sus características. La métrica euclidiana da un patrón de separación lineal entre dos categorías así como las distancias entre los atributos de ambas mediante una métrica de similitud (Barrera *et al.*, 2007). Este tipo de modelos representan los objetos como puntos en un espacio de dimensiones, siendo la distancia euclidiana entre los puntos una función de la similitud entre los objetos. Es decir, dos elementos muy similares se representarán más próximos que dos elementos muy diferentes (De Vega, 1986). Por tanto, las categorías son difusas o mal definidas.

Las tres perspectivas mencionadas anteriormente consideran a los conceptos como unidades aisladas, y asumen una organización basada en la similitud que, en sentido estricto, no refleja la coherencia conceptual. Por tal razón, conviene examinar las ventajas de considerar los conceptos organizados en torno a teorías; es decir, asumir que un concepto está organizado y restringido por una teoría en la cual está incorporado (Barrera *et al.*, 2007).

2.1.4 Los conceptos basados en la teoría

En este modelo, “conceptos basados en teorías” (*theory-based*), los conceptos no pueden ser considerados como entidades aisladas; un concepto individual no puede ser comprendido sin entender la forma en la cual se relaciona con otros conceptos. De acuerdo con este punto de vista, los objetos están categorizados en la clase que mejor explica el patrón de atributos que ellos poseen y parte del supuesto de que los conceptos están agrupados en teorías.

Si bien se ha aceptado que los componentes de las teorías son los conceptos, una consecuencia de la investigación en desarrollo conceptual ha sido el abandono del *atomismo conceptual* (definido como el estudio de los conceptos como unidades), a favor de una visión holista que concibe que los conceptos están incorporados dentro de una teoría y se encuentran vinculados los unos con los otros. Estas teorías proveen explicaciones acerca de los conceptos. La coherencia conceptual parecería estar guiada por una “teoría” que cumple con la función de organizar los conceptos (Barrera *et. al*, 2007).

Gelman (1996, citado en Barrera *et al.*, 2007:60) señala que un concepto es un conjunto de propiedades que están asociadas con otras y conforman una unidad que puede referirse tanto a una cosa particular (gallina) como a una categoría (aves) y frecuentemente, se codifica en una palabra (animal). En cambio, una teoría es una estructura más amplia que incluye un conjunto de creencias interrelacionadas, explicaciones causales y predicciones. Por un lado,

conceptos y teorías tienen una fuerte interdependencia y por el otro, ambos son representaciones mentales que ordenan la experiencia.

En otras palabras, dado que un concepto no puede ser comprendido sin entender la forma en la cual se relaciona con otros conceptos, se asume que estos son incorporados dentro de la comprensión teórica del mundo. Por tanto, las teorías son grupos de creencias interrelacionadas, mientras que los conceptos son las unidades conectadas por estas relaciones. En consecuencia, una teoría no existe independientemente de sus conceptos, dado que estos son parcialmente definidos por la teoría en la cual están incorporados (Barrera *et al.*, 2007).

2.2 Teorías intuitivas

Generalmente, el término *teoría* se refiere al conocimiento organizado que tiene la gente. Los sistemas de conocimiento que conciernen a aspectos importantes del mundo han sido llamados teorías intuitivas.

Las teorías intuitivas proveen a los seres humanos con mecanismos explicativos, mediante el establecimiento de relaciones causales entre diversos elementos que conforman el conocimiento. Son un grupo de creencias interrelacionadas cuya función es explicar los fenómenos que ocurren en el mundo y que permiten a los sujetos actuar de forma coherente ante dichos fenómenos. Las teorías intuitivas generan explicaciones, “es decir, una explicación es la respuesta a la pregunta por qué el fenómeno ocurre de la forma en la cual lo hace” Barrera (2007:3); así, una explicación es un intento aparentemente exitoso para incrementar la comprensión de un fenómeno.

Se podría decir que a una teoría intuitiva le subyace una estructura de redes asociativas, que implican relaciones causales representadas como un grupo de creencias (Barrera *et al.*, 2007). Ahora bien, el término teorías implícitas se referiría a conexiones entre unidades de información, aprendidas implícitamente por asociación y a partir de experiencias en grupos sociales reducidos (Pozo, 1996).

2.2.1 Las teorías implícitas

La construcción de conocimientos es una función que está propiciada por tres tipos de orígenes:

a) Biológico, en el que la especie contiene un sistema cognitivo especialmente diseñado para los intercambios sociales.

b) Social, el que favorece un medio interpersonal que estimula la participación en actividades comunes, con una implicación emocional por crear un mundo común que permita la convivencia bajo un marco de conocimientos, habilidades y valores promovidos por su grupo social a través de la creación de contextos en los que se estructuran y organizan tareas, las que se explicitan de manera verbal o no verbal.

c) El representacional, a través de interpretaciones sobre los fenómenos, argumentos sobre el mundo para dar coherencia a su existencia y alimentar sus procesos cognitivos, con la posibilidad de poder elaborar modelos culturales de

conocimiento y síntesis de ellos para poder aplicarlos a sus demandas situacionales y metas personales (Rodríguez *et al.*, 1993).

Las teorías se empiezan a formar desde muy temprano y van modificándose a medida que se va ampliando la experiencia del sujeto, siendo sustituidas por otras mejores con mayor poder explicativo.

Se van elaborando estas teorías o modelos de situaciones que producen las relaciones que se atribuyen al mundo social o al mundo físico, y que permiten desenvolverse dentro de él. Estas teorías se refieren a parcelas o fragmentos de la realidad más o menos extensas. A veces una parcela de la realidad es ampliamente conocida por el sujeto, y otras, mucho menos. Los distintos modelos o teorías no tienen por qué cubrir de la misma forma toda la realidad e incluso a veces pueden ser contradictorias parcialmente entre sí, situación que no sucede con las teorías o modelos científicos (Álvarez, 2002).

La ciencia lo que pretende es construir teorías del mundo con determinadas características como que sean comunicables, que estén sometidas a una serie de controles y que permitan hacer predicciones. Sin embargo, estas teorías de la ciencia, que son de gran utilidad para la acción del hombre en su entorno físico y social, no son compartidos por la mayor parte de los individuos. Realmente, sólo están en manos de unos pocos y la mayor parte de los seres humanos no las utiliza. A pesar de ello, todas las personas, científicas o no, tienen teorías acerca del mundo y de la realidad social.

Los conocimientos tienen una utilidad funcional, sirven para la supervivencia de los individuos, y éstos buscan explicaciones del por qué y del cómo de los fenómenos que guían su acción. Se elaboran así explicaciones, teorías o modelos de los fenómenos, tanto las que constituyen la ciencia, hasta los más simples que pueden ser generalizaciones empíricas de cómo transcurren las cosas, unas veces con fundamento y otras sin él.

Las creencias ordinarias que la gente construye cambian poco a poco a pesar de los avances científicos. Las ideas que la gente común tiene sobre muchos aspectos de la vida que les rodea tiene la característica de que no están sistematizados como los de la ciencia; sin embargo, tienen una cierta coherencia y mucha persistencia, por lo que resisten con fuerza la enseñanza académica.

Las teorías implícitas o ideas previas son, el resultado de la experiencia cotidiana, es decir, tanto de la experiencia sensible intuitiva como del lenguaje cotidiano, los medios de comunicación y las conversaciones en los contextos diarios (Duit, 1995. Citado en Calderón, León-Sánchez, Palafox y Barrera, 2007:82). Las teorías implícitas son el producto de un aprendizaje informal o implícito que tienen por objeto establecer regularidades en el mundo y hacerlo más previsible y controlable (Pozo, 2001). Son representaciones individuales basadas en la acumulación de experiencias personales; experiencias que se obtienen en contacto con ciertas pautas socioculturales definidas por formatos de interacción social y prácticas culturales. Rodrigo *et al.* (1993:14) afirman que ...”las teorías constituyen una función cognitiva individual que facilita la interpretación y ajuste ante el mundo. Pero además, gracias al carácter normativo de la

experiencia social, permiten al individuo comprender otras <realidades> construidas por sus semejantes, posibilitando así los intercambios y procesos de negociación característicos de los grupos sociales”.

Las teorías implícitas se considerarían entonces, representaciones individuales basadas en experiencias sociales y culturales. Es preciso considerar el carácter de funcionalidad de las teorías implícitas, ya que constituyen una herramienta vital para interactuar eficazmente con el medio, son reguladores o guía de las acciones, permitiendo responder a las demandas convencionales y atípicas del entorno (Goldrime, 2000).

2.2.2 Las teorías implícitas y el TDAH

El desconocimiento de las dificultades inherentes a este cuadro ocasiona que las personas tengan concepciones intuitivas erróneas de los niños que padecen el TDAH.

Por lo general, se les conceptúa entre inquietos e insoportables, inmaduros, testarudos, temperamentales, inconsistentes, entrometidos y con evidentes deseos de ser constantemente el centro de atención tanto de los adultos como de sus pares. Los padres y maestros responden aumentando las demandas y acciones correctivas como consecuencia lógica del concepto que tienen del niño.

En el caso de los profesores, como resultado de sus creencias, tienden a responsabilizar a sus alumnos con TDAH de su mal desempeño en el aula, porque dan por hecho que no quieren esforzarse, y por lo tanto, se ocupan menos de su

condición académica, no obstante que se ha comprobado que el rendimiento escolar de los niños con TDAH es de inferior calidad a la que se esperaría dada su capacidad intelectual y sigue siendo igualmente pobre año tras año (Orjales, 1998). Es común también que los profesores consideren que los niños que tienen problemas de conducta en el colegio, padecen TDAH.

En una investigación realizada en el 2006, (Maniadaki, Sonuga-Barke, Kakouros y Karaba) con 295 parejas de padres de niños de preescolar de entre cuatro y seis años, se encontró que los padres de niños que informaron de conductas relacionadas con TDAH en sus hijos, creen que tales conductas son menos graves y tienen un impacto menos severo, que los padres de familia que no reportaron estas conductas en sus propios hijos. Los investigadores concluyeron que los padres cuyos niños muestran comportamientos asociados a los síntomas del TDAH, tienden a percibirlos como patrones normales del desarrollo y no acuden a un especialista. La razón más frecuente manifestada por los padres para no acudir a servicios de salud especializados, es porque creen que pueden manejar por su cuenta los problemas de sus hijos. Los investigadores afirman que una posible explicación a este fenómeno es que los padres se han acostumbrado a tratar con este tipo de comportamientos perturbadores desde muy temprano en la vida de sus niños y no saben si se trata de una condición seria o no.

Es frecuente que los padres agotados de los citatorios de los maestros que perciben como acusatorios, crean implícitamente que toda la responsabilidad es del colegio o niegan la existencia de problemas evidentes en sus hijos. Bussing, Zima,

Gary y Wilson (2003), entrevistaron a 389 padres de niños con TDAH o que presentaban conductas relacionadas con el trastorno y encontraron que el 23% de los sujetos adjudicaron como factor causal a situaciones relacionadas con la escuela.

Por el carácter simplificador de la realidad de las teorías implícitas, al centrarse en los rasgos más esenciales y predictivos del mundo cotidiano, se distancian del conocimiento científico con fines explicativos porque posiblemente se basan en diferentes fuentes de información, al realizar juicios sobre los procesos causales; por ejemplo, es poco probable que los padres y profesores consulten literatura especializada y que su principal fuente sean los medios de comunicación masiva, que promueven una variedad de explicaciones alternativas del TDAH.

Es común también que las personas sostengan la teoría implícita de que la conducta de los niños con TDAH, es consecuencia de una falla en las funciones paternas, o que los niños reflejan y son únicamente el producto de la crianza, como sostiene el modelo causal basado en la dinámica familiar de las teorías psicosociales. En la investigación de Kwasman, Tinsley y Leper (1995), los sujetos atribuyen la causa del TDAH a aspectos relacionadas con el ambiente del hogar; en particular, a la falta de disciplina, de atención, de tolerancia para el niño y el aprendizaje de comportamientos desadaptativos. Este tipo de atribuciones son más frecuentes en los padres de los niños que no padecen TDAH, porque los padres que tienen niños diagnosticados lo atribuyen causalmente a factores genéticos y neurológicos; es decir, los relacionados con las funciones del cerebro.

La inestabilidad emocional de los niños con TDAH provoca que la convivencia con ellos sea difícil y poco motivadora incluso para los propios padres, a los que su hijo les resulta incomprensible, ya que muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se les conceptúa como “insoportables”.

Por otra parte, la relación del niño con TDAH con sus compañeros es complicada, ya que no sigue las normas de juego marcadas, por lo que le resulta difícil el esparcimiento en equipo; tampoco espera su turno, se irrita si las cosas no se hacen como él quiere y, a menudo, quedan excluidos por sus pares que los consideran como entrometidos y tramposos.

Todos los comportamientos mencionados provocan a menudo la marginación, con lo que se agravan sus relaciones y originan un rechazo social que es causa de otros trastornos en el área conductual y afectiva.

2.2.3 Cambios en las teorías implícitas

Hay que considerar la importancia de la función adaptativa del aprendizaje para la predicción y el control del entorno y para la supervivencia física y psicológica. Los procesos de aprendizaje están activados en todo momento.

En la interacción cotidiana con los objetos y las personas se observan ciertas pautas estables de sucesos y comportamientos que permiten extraer regularidades; así, a través de un aprendizaje implícito basado en procesos asociativos, se establecen conexiones y secuencias predictivas.

El aprendizaje implícito no requiere del propósito deliberado de aprender, ni de la conciencia de lo que se está aprendiendo y el conocimiento implícito se utiliza sin ser consciente de que se está usando dicho conocimiento. Este aprendizaje implícito o incidental se relaciona con la detección y organización de las regularidades del medio circundante, para extraer características esenciales y predictivas en forma de teorías implícitas.

El cambio de las teorías implícitas es un desafío que requiere de procesos constructivos, de toma de conciencia de los conocimientos implícitos y reflexión deliberada, es decir, procesos de metacognición que permitan hacer explícito el saber implícito, con el propósito de reestructurar el conocimiento para poder cambiarlo por nuevas concepciones. Las teorías implícitas no se almacenan como tales sino que son el resultado de procesos de activación de síntesis de conocimientos o de creencias, que se elaboran en respuesta a ciertas demandas.

CAPÍTULO III

MÉTODO

El objeto de este estudio fue investigar las concepciones que tienen los padres de familia acerca del TDAH y más tarde evaluar si esas creencias fueron susceptibles de reestructuración, por medio de una intervención informativa que incluyó los conceptos relacionados con el trastorno, para lo que se utilizó un diseño test, intervención, postest (A-B-A).

Para explorar las teorías intuitivas de los padres acerca del TDAH, considerando su carácter de implícitas, se elaboró un cuestionario con preguntas relacionadas con los aspectos más importantes del trastorno. Las preguntas se diseñaron para respuestas abiertas, con la finalidad de obtener la mayor información posible.

Posteriormente, se impartió a los padres una conferencia con información relevante acerca del TDAH, para que comprendieran la dinámica del trastorno, lo que eventualmente podría modificar aquellas concepciones intuitivas, que les impiden reconocer el síndrome en sus hijos para tomar medidas eficaces. Finalmente, a los que asistieron a la conferencia, se les aplicó nuevamente el mismo cuestionario.

El explicitar el conocimiento y lograr su reestructura, podría colocar a los padres en el centro de la escena como agentes de cambio del comportamiento de sus hijos, ya que su participación activa es condición indispensable, si se ha de obtener una modificación duradera de las características del síndrome.

3.1 Participantes

Participaron 40 adultos relacionados directamente con niños de edad escolar (6 a 12 años de edad), que son estudiantes de una escuela primaria privada al Sur de la Ciudad de México. El muestreo fue no probabilístico; se invitó de manera abierta a los padres de familia a la conferencia que se realizó en el Colegio, sobre TDAH. En el estudio se incluyó sólo a los asistentes.

Se contó con la participación de 24 madres, tres padres, dos abuelos, cinco tíos, cinco profesoras y una terapeuta. Se presentaron valores extremos de edad ($h=56$), con tendencia a edades mayores. Veinticinco de los participantes ($n=25$) informaron que trabajaba fuera de casa. El nivel de estudios fue heterogéneo, aunque hubo una proporción ligeramente superior de sujetos con preparación profesional.

La mayoría de los participantes (87.5%) negó que ellos o sus parejas hubieran sido diagnosticados con TDAH. La cantidad de hijos osciló entre uno y tres. Ocho de los padres informaron tener un hijo diagnosticado con TDAH, de los cuales, seis son niños y dos niñas. (Ver tabla 1).

3.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las creencias de los padres que conforman una teoría intuitiva para comprender el TDAH?
- Cuando se les proporciona información relevante a padres de familia ¿son capaces de cambiar o reestructurar sus teorías intuitivas acerca del TDAH?

3.3 Objetivo general

Conocer y analizar las creencias de padres de familia acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

3.4 Objetivos específicos

- Investigar las teorías intuitivas de los padres de familia acerca del TDAH.
- Evaluar y analizar si esas creencias son susceptibles de reestructuración, mediante una intervención informativa de conceptos centrales del TDAH.

3.5 Hipótesis general

Si los padres de familia tuvieran teorías intuitivas erróneas respecto del TDAH y se lograran cambios respecto de la concepción del síndrome, se esperaría que dicho cambio les permitiera distinguir entre conductas normales y patológicas de sus hijos; por lo tanto, les podrían proveer de una necesaria atención especializada o por el contrario, si les han atribuido un trastorno inexistente, desechar tal creencia.

3.6 Variables

V.D. Conceptos y teorías intuitivas acerca del TDAH

V.I. Presentación PowerPoint® de conceptos del TDAH.

3.7 Instrumentos

Se elaboró un cuestionario *ex profeso* que pretendió medir las creencias de los padres sobre el TDAH. El cuestionario se compuso de una sección de datos

generales (nombre, edad, sexo, profesión y/o actividad, nivel máximo de estudios, estado civil), cantidad de hijos, sexo y si el cuestionado, su pareja o alguno de sus hijos han sido diagnosticados con TDAH. La segunda parte se conformó de diez preguntas abiertas acerca del trastorno. El cuestionario se muestra en el anexo 4.

La evaluación de la confiabilidad del instrumento se realizó por el método de interjueces. Se llevó a cabo un estudio piloto en el que participaron 60 sujetos de características sociodemográficas similares a los de la muestra de esta investigación y se les aplicó el cuestionario. Con las respuestas de cada una de las preguntas abiertas se desarrolló un sistema de categorías, para su clasificación. Después, utilizando las categorías creadas para cada respuesta, se solicitó a seis conocedores del tema (jueces) que categorizaran, de manera individual, las respuestas a los cuestionarios. Posteriormente, se analizó el grado de acuerdo alcanzado de la clasificación que realizaron los jueces para cada pregunta mediante la prueba de coeficiente kappa propuesto por Fleiss. Los resultados fueron los siguientes³: Para la pregunta dos, $\kappa=0.74$; pregunta tres, $\kappa=0.58$; pregunta cuatro, $\kappa=0.86$; pregunta cinco, $\kappa=1.00$; pregunta seis, $\kappa=1.00$; pregunta siete, $\kappa=1.00$; pregunta ocho, $\kappa=0.87$; pregunta nueve, $\kappa=0.75$ y pregunta diez, $\kappa=0.65$. En promedio, el acuerdo entre jueces fue de $\kappa=0.78$. Todos los valores arrojados se consideran altamente confiables. El piloteo mostró que las

³ Pregunta dos: „¿Conoce las características más importantes del TDAH?"; pregunta tres: „¿Qué conductas presenta un niño con TDAH?"; pregunta cuatro: „¿Cree que un niño podría desarrollar TDAH? ¿Por qué?"; pregunta cinco: „¿Cree que el TDAH se hereda?"; pregunta seis: „¿Considera que el TDAH puede curarse?"; pregunta siete: „¿Ha escuchado hablar de las alternativas de tratamiento para el TDAH?"; pregunta ocho: „¿Considera que la terapia psicológica es recomendable para los niños con TDAH?"; pregunta nueve: „¿Considera que el tratamiento con fármacos es perjudicial para los niños con TDAH?"; „¿Por qué?"; pregunta diez: „¿Cuáles son las posibles repercusiones sociales, escolares y familiares que tiene para un niño el TDAH?".

preguntas significan lo mismo para todos las personas que respondieron el cuestionario. Al aplicarlo a los sujetos de investigación, las respuestas se ajustaron a las categorías validadas por los jueces, confirmando así, una medición consistente, es decir, solidez en la confiabilidad del instrumento.

El cuestionario tiene validez de constructo, que indica cómo se relaciona una medición con otras de acuerdo a la teoría (desórdenes mentales) que concierne a los conceptos que se están midiendo. Las preguntas están fundamentadas en la teoría y en los criterios especializados prevalentes actualmente del TDAH. En lo que se refiere a la etiología, se revisaron datos científicos neurológicos contenidos en los textos de De la Garza (2005); Guerci (2008); Rickel y Brown (2008) y Van-Wielink (2004). En la elaboración de las preguntas relacionadas con la sintomatología, se consideraron los términos, conceptos y síntomas del DSM-IV-TR, que difunde los criterios diagnósticos específicos de la Academia Americana de Psiquiatría. En cuanto a las opciones de tratamiento se consultaron las obras de De la Garza (2005); Giusti (2000); Heydl y Bernaldo de Quirós (2000); Rickel y Brown (2008) y Van Wielink (2004).

Se elaboró también para los participantes, una presentación *ex profeso*, con información médico-científica sobre el TDAH (definición, diagnóstico, características, causas, consecuencias, tratamiento, pronóstico y trastornos asociados. Fue elaborada con el programa Microsoft® PowerPoint® 2007. Constó de 30 diapositivas, en las que se intercalaron texto e imágenes a color. Para detalles, véase anexo 5.

3.8 Diseño y procedimiento

Se utilizó un diseño test-intervención-retest (ABA), denominado también pretest-postest por Kerlinger y Howard (2002). Este tipo de diseño cuasiexperimental es de uso corriente en la investigación en Psicología y Educación (Craig y Metzke, 1982; León y Montero, 2002). En cada ocasión, antes y después de la intervención, los sujetos contestaron el cuestionario de creencias sobre TDAH que les fue enviado con sus hijos. El test se realizó cinco días antes de la conferencia y el retest, cinco días después de la misma.

La intervención consistió en presentar información sobre el TDAH a los participantes, en una conferencia impartida en el auditorio de la escuela, por una psicóloga conocedora del tema utilizando para ello la presentación elaborada con el programa Microsoft® PowerPoint® 2007 (Anexo 5).

3.9 Análisis de datos

Los datos fueron analizados con la prueba V de Cramer del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). A partir de las correlaciones encontradas, se contrastaron las respuestas test-retest, y se identificaron los cambios inter-test.

Del análisis de correlaciones, se obtuvo la fuerza de asociación entre las respuestas en ambos momentos (pretest y postest), la relevancia estadística de tales asociaciones y la tabla de contingencia de las respuestas de cada pregunta, que permitió la observación de los cambios individuales que tuvieron lugar. Este

análisis dio sustento estadístico y permitió obtener las conclusiones sobre las diferencias antes-después.

3.10 Resultados

La composición demográfica de la muestra se puede observar en la tabla 1 y el análisis de diferencias, por escolaridad y por ocupación, en la tabla 2.

Tabla 1. *Composición demográfica de la muestra en función del parentesco o relación de los participantes con los niños.*

<i>Parentesco o relación con los niños</i>	<i>n</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Nivel de estudios</i>	<i>Número de hijos</i>	<i>Número de hijos con TDAH</i>	<i>Sexo de los hijos con TDAH</i>
Madres (23-57 años)	24	Hogar: 13 Fuera de casa: 11	Sec. y EMS: 14 Lic. y Mtría.: 10	4: 1 hijo 14: 2 hijos 6: 3 hijos	18: 0 hijos 6: 1 hijo=6 con TDAH	Fem.: 1 Masc.: 5
Padres (35-41 años)	3	Fuera de casa: 3	Lic. y Mtría.: 3	2: 2 hijos 1: 3 hijos	3: 0 hijos	---
Abuelos (73-79 años)	2	Hogar: 2	Sec. y EMS: 2	2: 5 hijos	2: 0 hijos	---
Tíos (30-56 años)	5	Fuera de casa: 5	Sec. y EMS: 2 Lic. y Mtría.: 3	1: 0 hijos 2: 1 hijo 2: 2 hijos	5: 0 hijos	---
Profesoras (30-57 años)	5	Fuera de casa: 5	Sec. y EMS: 1 Lic. y Mtría.: 4	1: 0 hijos 2: 2 hijos 2: 3 hijos	3: 0 hijos 2: 1 hijo=2 con TDAH	Fem.: 1 Masc.: 1
Terapeuta (34 años)	1	Fuera de casa: 1	Lic. y Mtría.: 1	1: 0 hijos	---	---
<i>Totales</i>	40	---	---	80	8	---

EMS: Educación Media Superior

Para determinar si existían diferencias significativas en las respuestas de los participantes, por nivel de estudios y por ocupación, se utilizó la prueba Chi cuadrada. Se adoptó el criterio fisheriano de considerar significativo todo resultado con probabilidad de error tipo I menor o igual a 0.05. La prueba arrojó resultados negativos en ambos casos. No se encontraron diferencias significativas entre

quienes tienen secundaria y educación media superior ($f_o=19$), y quienes tienen licenciatura o posgrado ($f_o=21$): $\chi^2=0.100$; g.l.=1; $p=NS$. Tampoco entre aquellos participantes que se dedican al hogar ($f_o=15$), y los que desempeñan algún trabajo fuera de casa ($f_o = 25$): $\chi^2=2.500$; $p=NS$.

Tabla 2. Diferencias entre grupos por escolaridad y por ocupación

Variable	Grupo	f_o	f_e	χ^2	g.l.	P
Escolaridad	Secundaria y nivel medio superior	19	20	0.100	1	NS* 0.752
	Licenciatura y Maestría	21	20			
Ocupación	Hogar	15	20	2.500	1	NS* 0.114
	Fuera de casa	25	20			

* $p > 0.05$; f_o = frecuencia observada; f_e = frecuencia esperada.

Finalmente, se evaluaron los resultados con el propósito de analizar el marco conceptual de los padres de familia sobre el TDAH y su probable reestructuración. El análisis de las respuestas pretest-postest se inició por las preguntas relacionadas con los síntomas, seguido por las de etiología, para luego abordar los diferentes tipos de tratamiento y las posibles repercusiones para los niños que padecen el trastorno. Los resultados se acompañan de tablas de contingencia que permiten apreciar los cambios individuales y colectivos, con la finalidad de facilitar su apreciación:

La respuesta al cuestionamiento de si habían oído hablar del TDAH, el 90% de los sujetos mencionó haber tenido acceso a información del síndrome antes de la conferencia. Obviamente, después de la intervención el 100% afirmó saber sobre el trastorno.

En la pregunta acerca de las características más importantes del TDAH, la distribución de las respuestas cambió de manera importante después de que los sujetos recibieron información en la conferencia. La mayoría de ellos (n=34) identificaron dos o más de los síntomas del trastorno, casi duplicándose la cantidad de respuestas del pretest en esa categoría (n=19). Ver tabla 3.

Tabla 3. Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta '¿Sabe o conoce usted algunas de las características más importantes del TDAH?'

Antes	Después				Total
	No sé o no respondió	Déficit de atención	Hiperactividad	Dos o más síntomas	
No sé o no respondió	0	1	0	6	7
Déficit de atención	0	1	0	8	9
Hiperactividad	0	0	0	5	5
Dos o más síntomas	0	4	0	15	19
Total	0	6	0	34	40

V=0.196; p=NS: Relación estadística baja. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=24).

Al explorar las conductas que los padres asocian con el trastorno, se encontró una dispersión significativa entre las categorías de respuesta, como se aprecia en la tabla 4. En el análisis cualitativo de las contestaciones, tanto en el pretest como en el posttest, los sujetos incluyeron comportamientos relacionados con trastornos de conducta en la categoría de dos o más síntomas del TDAH.

Tabla 4. Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta ‘¿Qué conductas cree usted que presenta un niño con TDAH?’

Antes	Después					Total
	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>	<i>Problemas de conducta</i>	<i>Problemas emocionales</i>	<i>Dos o más síntomas</i>	
<i>Inatención</i>	1	0	3	0	4	8
<i>Hiperactividad</i>	0	1	1	0	4	6
<i>Problemas de conducta</i>	1	1	3	0	2	7
<i>Problemas emocionales</i>	1	2	1	0	1	5
<i>Dos o más síntomas</i>	1	1	2	2	8	14
Total	4	5	10	2	19	40

V=0.295; $p=NS$: Relación estadística baja. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=27).

La creencia que mostró el mayor número de cambios con la información proporcionada en la conferencia, fue aquella que se refiere al papel que juega la herencia en la etiología del trastorno. A la pregunta ‘¿cree que el TDAH se hereda?’ Respondieron “sí” el 50% de los sujetos en el pretest y el 100% en el retest (Tabla 5).

Tabla 5. Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta ‘¿Cree usted que el TDAH se hereda?’

Antes	Después			Total
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sé</i>	
<i>Sí</i>	20	0	0	20
<i>No</i>	15	0	0	15
<i>No sé</i>	5	0	0	5
Total	40	0	0	40

V: No procede (observaciones mayores a cero sólo en una categoría). Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=20).

Las respuestas al cuestionamiento „¿por qué cree usted que un niño podría desarrollar TDAH?’, en el pretest 18 sujetos y en el retest 30, identificaron el factor genético como causa principal del TDAH, que también fue incluido en la categoría multicausal (Tabla 6).

Tabla 6. *Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta „¿Por qué cree usted que un niño podría desarrollar TDAH?’*

Antes	Después					Total
	No sé o no contestó	Genética herencia	Problemas neurológicos	Problemas emocionales	Multicausal	
No sé o no contestó	3	7	0	1	1	12
Genética (herencia)	1	7	0	0	3	11
Problemas neurológicos	1	2	1	0	1	5
Problemas emocionales	1	3	1	0	0	5
Multicausal	1	4	0	0	2	7
Total	7	23	2	1	7	40

$V=0.276$; $p=NS$: Relación estadística baja. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia ($n=27$).

En lo que se refiere a si los padres consideran que el TDAH se cura, más de la mitad de la muestra cambió de opinión. Antes de la presentación, 30 pensaban que el TDAH sí se cura; luego de ésta sólo 10 lo consideraron así (Tabla 7).

Tabla 7. Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta '¿Considera usted que el TDAH puede llegar a curarse en algún momento o por medio de algún tratamiento?'

Antes	Después		Total
	Sí	No	
Sí	8	22	30
No	2	8	10
Total	10	30	40

V=0.067; p=NS: Sin relación estadística. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=24).

En la exploración de las alternativas de tratamiento para el TDAH, antes de la presentación 25 de los padres afirmaban que el TDAH debía tratarse de manera multidisciplinaria; luego de ésta, el número se incrementó a 32. Las creencias de los ocho sujetos restantes, se dispersaron entre las otras alternativas (Tabla 8).

Tabla 8. Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta '¿Ha escuchado hablar de las posibles alternativas de tratamiento para el TDAH? Menciónelas'.

Antes	Después				Total
	No sé o no contestó	Terapia psicológica	Tratamiento médico-farmacológico	Tratamiento multidisciplinario	
No sé o no contestó	0	1	1	3	5
Terapia psicológica	0	0	1	4	5
Tratamiento médico-farmacológico	0	0	1	4	5
Tratamiento multidisciplinario	2	2	0	21	25
Total	2	3	3	32	40

V=0.263; p=NS: Relación estadística baja. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=18).

Otra de las preguntas a los sujetos fue si creían que la psicoterapia es recomendable para niños con TDAH. Antes de la conferencia 38 de los padres dijeron sí; después, los 40 contestaron afirmativamente.

En cuanto a las razones por las que creen que es recomendable la psicoterapia, el análisis estadístico no sustentó una relación test-retest. De manera congruente, los cambios fueron numerosos (n=29), pero se distribuyeron entre todas las categorías de respuesta, como se ilustra en la tabla 9.

Tabla 9. Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta „¿Por qué considera usted que la terapia psicológica es recomendable para los niños que presentan el TDAH?”

Antes	Después					Total
	No sé o no contestó	Controla síntomas de hiperactividad	Controla síntomas inatención	Tratamiento problemas emocionales	Tratamiento problemas cognitivo-conductuales	
No sé o no contestó	0	4	2	1	1	8
Controla síntomas hiperactividad	0	2	0	1	5	8
Controla síntomas inatención	0	0	2	0	1	3
Tratamiento problemas emocionales	2	2	1	1	2	8
Tratamiento de problemas cognitivo-conductuales	1	2	2	2	6	13
Total	3	10	7	5	15	40

V=0.332; p=NS: Relación estadística moderada baja. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=29).

Por otra parte, la creencia de los sujetos acerca de la medicación para el tratamiento del TDAH, antes de la conferencia fue desfavorable para 14 de los sujetos, pero luego de ésta, sólo 5 la consideraron perjudicial (Tabla 10).

Tabla 10. *Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta '¿Considera usted que el tratamiento con fármacos o medicamentos es perjudicial para los niños con TDAH?'*

Antes	Después			Total
	Sí	No	No sé	
Sí	5	9	0	14
No	0	21	0	21
No sé	0	5	0	5
Total	5	35	0	40

$V=0.515$; $p=0.005$: Relación estadística moderada alta (el cambio se dio en una misma dirección). Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=14).

En lo que se refiere a las opiniones de por qué la terapia farmacológica es o no perjudicial para los niños con TDAH, la proporción de padres que afirmaba que los fármacos generan adicción u otros efectos secundarios, descendió de 12 en el pretest, a 6 en el retest. Por otra parte, las creencias a favor de la medicación se dividieron en dos. Después de la conferencia, la mitad de la muestra (n=20) pensó que no es perjudicial la farmacoterapia, siempre y cuando se lleve a cabo bajo control médico. Los padres restantes (n=14) afirmaron que los medicamentos ayudan a controlar los síntomas (Tabla 11).

Tabla 11. *Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta ‘¿Por qué considera usted que el tratamiento con fármacos o medicamentos es [o no] perjudicial para los niños con TDAH?’*

Antes	Después				Total
	No sé o no contestó	Genera adicción u otros efectos secundarios	No son perjudiciales bajo control médico	Controla síntomas	
No sé o no contestó	0	0	4	2	6
Genera adicción u otros efectos secundarios	0	5	6	1	12
No son perjudiciales bajo control médico	0	1	5	5	11
Controla síntomas	0	0	5	6	11
Total	0	6	20	14	40

V=0.402; p=0.045: Correlación moderada baja. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta (n=24).

Respecto de las posibles repercusiones que tiene para un niño el TDAH, en la tabla 12 puede verse que el rechazo social y los problemas de conducta, se consideran los principales problemas de los niños(as) que padecen TDAH, seguidos por un bajo rendimiento escolar y de baja autoestima.

Tabla 12. *Respuestas observadas antes y después de la conferencia (cambios individuales) para la pregunta ‘¿Cuáles cree usted que son las posibles repercusiones sociales, escolares y familiares que tiene para un niño(a) el TDAH?’*

Antes	Después				Total
	Baja autoestima	Bajo rendimiento escolar	Problemas de conducta	Rechazo social	
Baja autoestima	1	2	1	2	6
Bajo rendimiento escolar	0	1	1	5	7
Problemas de conducta	1	2	2	1	6
Rechazo social	1	4	7	9	21
Total	3	9	11	17	40

V=0.233; p=NS: Relación estadística baja. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después de la conferencia (n=27).

Finalmente, en las respuestas a la pregunta de si alguno de sus hijos podría presentar TDAH, la mayoría de los padres creían ser capaces de discriminar si lo padecen o no (pretest n=33 y postest n=36).

Sobre las razones que tendrían para creerlo, en el pretest, 16 afirmaron saber si sus hijos presentaban síntomas o no, y en el postest 24 (Tabla 13).

Tabla 13. *Respuestas observadas antes y después de la conferencia para la pregunta „¿Por qué (cree usted [o no] que alguno de sus hijos podría presentar TDAH)?”*

Antes	Después			Total
	<i>No sé o no contestó</i>	<i>No presenta síntomas</i>	<i>Sí presenta síntomas</i>	
<i>No sé o no contestó</i>	14	4	6	24
<i>No presenta síntomas</i>	1	7	0	8
<i>Sí presenta síntomas</i>	1	1	6	8
Total	16	12	12	40

V=0.549; $p=0.000$: Relación estadística moderada. Las celdas sombreadas indican los sujetos que cambiaron de respuesta después (n=13).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Es cierto que en muchos casos puede ser difícil llegar a distinguir a un niño normal de otro con TDAH, ya que las diferencias son cuantitativas y no cualitativas. Es decir, las conductas que niños normales presentan eventualmente, el niño con TDAH las presenta la mayor parte del tiempo.

Es común que los padres y docentes se desorienten, porque los niños no pueden mantener la atención en un tema escolar, pero sí pueden hacerlo en otras actividades como computación, música o algún deporte, para las que sí están muy motivados.

De acuerdo con las investigaciones de Bussing, Zima, Perwien, Belin y Widawsky (1998), los principales obstáculos en la detección y búsqueda de asistencia profesional para los niños que padecen TDAH, están vinculados a la falta de reconocimiento de los síntomas como problema y a la creencia de que la hiperactividad o el déficit de atención, no requieren de intervención especializada.

Por su parte, Kapil, Taylor y Beecham (2003), en su investigación acerca de la percepción de los padres de la hiperactividad en sus hijos, encontraron que lo advierten como un problema hasta que ésta impacta en sus trabajos y en las finanzas familiares, lo que determina el uso de los servicios especializados en salud mental.

En 1995, Kwasman, *et al.*, investigaron las teorías implícitas acerca de las causas de los comportamientos relacionados con el TDAH y encontraron que además de la influencia genética y el desequilibrio químico, los padres los atribuyen a situaciones tales como: entorno familiar inestable, conflictos conyugales o de otros familiares; crianza de los hijos culpándose uno al otro, la mala alimentación, alergias a los alimentos, medio ambiente muy estimulante e inclusive al aburrimiento.

Las distintas estructuras de creencias de los padres, acerca de los comportamientos de sus hijos producen un importante efecto en lo emocional, en los métodos de crianza y desde luego en la posibilidad de buscar orientación consultando a un especialista.

Benlock (1997:30) afirma: "...las teorías implícitas son un tipo de entidad cognitiva, inconsciente e implícita, que ejercen una enorme influencia en la conducta (tanto en la reflexión como en la actuación) y en la respuesta a determinados problemas". Así, cualquier plan médico y programa de modificación y entrenamiento de la conducta para ser efectivo, frecuentemente requiere de un cambio en las expectativas, creencias y atribuciones firmemente establecidas de los padres, con relación a los comportamientos del niño y sus causas (Giusti, 2000). De esta manera, la identificación y el tratamiento del TDAH, con la colaboración entre profesionales y padres de familia, no se verá en riesgo.

Con esta investigación se buscó definir las teorías intuitivas de los padres de familia acerca del TDAH y evaluar si sus creencias fueron susceptibles de

cambio, mediante una intervención en la que se les dieron a conocer los conceptos fundamentales del trastorno.

De acuerdo con la literatura revisada, podemos afirmar que las personas establecen dos tipos de explicaciones: una para dar cuenta de los fenómenos de la vida cotidiana y otra para la actividad formal. “El término teoría suele designar las ideas que tienen las personas sobre las cosas y los sucesos”. Benlloch (1997:32). El sistema cognitivo humano, permite construir explicaciones a partir de la información que posee. A esto se le denomina teorías implícitas, en las que el sujeto juega un papel creador y pone su propia marca en la estructuración que realiza.

El hecho de que las teorías implícitas son construcciones derivadas de las experiencias cotidianas, parecería reflejarse en la estructuración de las explicaciones acerca del TDAH.

Los resultados de este estudio muestran que se trata de una entidad nosológica muy difundida en la sociedad, puesto que todos los sujetos de investigación han escuchado hablar del trastorno y aunque los conceptos no son precisos, es evidente que cumplen con la función de dar una explicación coherente a un fenómeno relativamente frecuente.

Los conceptos relacionados con los síntomas concentración/atención e hiperactividad/impulsividad, reflejados en las respuestas de los sujetos, están vinculados coherentemente en la teoría intuitiva de los padres acerca de este padecimiento y muestran un paralelo con las actuales definiciones de la naturaleza

del TDAH que se encuentran en el DSM-IV-TR. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Dryer *et al.*, (2006) con 670 sujetos, en su investigación de las teorías implícitas acerca del TDAH.

Lo anterior tiene sentido si consideramos que las principales fuentes de información de la mayoría de las personas sobre el TDAH son los medios masivos de comunicación y las conversaciones que sostienen en su vida cotidiana. "...las teorías implícitas son construcciones personales realizadas a partir de experiencias que en su mayor parte son sociales y culturales..." (Rodrigo *et al.*, 1993:28).

Por otro lado, al explorar los comportamientos que se relacionan con el trastorno descubrimos, tanto en el test como en el retest, que los padres asocian los problemas conductuales graves como parte del síndrome. Algunos de los ejemplos que mencionan como conductas relacionadas con el TDAH son: la oposición a la autoridad, la rebeldía y la agresión, que no son parte específica del trastorno. A diferencia del niño negativista, agresivo o desafiante, el que tiene TDAH es hiperactivo, impulsivo y simplemente posterga las actividades de manera indefinida.

De los resultados del postest se infiere, que a pesar de haber recibido información precisa respecto de los comportamientos específicos relacionados con el TDAH, los sujetos tienen la tendencia a asociar los síntomas de otras patologías como el trastorno de conducta y el trastorno oposicionista desafiante con el TDAH,

y aunque son condiciones comórbidas frecuentes, no forman parte del mismo síndrome.

Una de las principales características de las teorías intuitivas es que el conjunto de creencias es resistente al cambio, León-Sánchez *et al.* (2005:64) mencionan que “los sujetos atados a la teoría tienen dificultades para ver la evidencia”. Es posible que esta afirmación sea una explicación al hecho de que, a pesar de que durante la conferencia se informó de manera puntual sobre los síntomas y las conductas específicos del TDAH, y de haber definido el concepto de comorbilidad con otros trastornos, los resultados indican que las creencias que los padres sustentaban de las conductas específicas que asocian a la sintomatología del TDAH, no se modificaron.

Por otra parte, en lo que se refiere a la etiología del trastorno, en el pretest, el 50% de los sujetos afirmaron que el TDAH se hereda. Estos resultados coinciden con los de Kwasman *et al.* (1995) y Bussing *et al.* (2006), que estudiaron las causas a las que los padres atribuyen el TDAH en sus hijos y encontraron que el 69% y el 58%, respectivamente, creen que se debe a la influencia genética y al desequilibrio químico. Los resultados de la presente investigación muestran que hay acuerdo en que la causa del TDAH es endógena. Esta creencia difícilmente puede basarse en la literatura científica, más bien se sustenta en la publicidad que se ha generado en los medios de comunicación populares. Las declaraciones afirmando que la base del trastorno son factores genéticos y neuropsicológicos se encuentran comúnmente en revistas, televisión y folletos de información. Después de la intervención el 100% de los sujetos afirmó que el TDAH es hereditario.

Ahora bien, la opinión sobre si la medicación es favorable en el tratamiento del TDAH, antes de la conferencia era del 52.5%; luego de ésta, el apoyo a la farmacoterapia fue del 87.50%. Pareciera que la creencia de que el TDAH es de origen endógeno, implicaría que la principal herramienta para tratar algunos de los síntomas es el uso de medicamentos. Es decir, la creencia de la naturaleza orgánica del trastorno, puede conducir a una mayor aceptación del uso de fármacos para tratar esta condición. Del análisis cualitativo de las respuestas se infiere, que es posible que los padres vinculen el hecho de que el trastorno tenga una base orgánica, con la necesidad de medicamentos para corregir el desequilibrio a nivel neurológico.

En lo que se refiere a la terapia psicológica, en el pretest el 80%, y en el retest el 93% de los padres de familia, afirmaron que es recomendable. Indudablemente hay muchas formas de psicoterapia que pueden ser útiles para los niños con TDAH, especialmente las intervenciones conductuales y las aproximaciones psicoeducativas. Se puede dirigir además, a aspectos de funcionamiento que no responden ante una medicación. La terapia aborda cuestiones frecuentes en las personas con el padecimiento como la autoeficacia y la baja autoestima.

Por otra parte, derivado del análisis de los resultados, encontramos que una de las creencias fundamentales de los padres de familia acerca del tratamiento del TDAH, es la necesidad de una intervención multidisciplinaria. Esto coincide con la opinión de muchos expertos en el sentido de que el tratamiento multidisciplinario, con la participación y colaboración entre profesionales y padres de familia, es la

principal opción para obtener mejores resultados en el tratamiento (Kwasman *et al.*, 1995).

En cuanto a las respuestas a la pregunta de cuáles creían que son las posibles repercusiones sociales, escolares y familiares para un niño con TDAH, en el test y en el retest, menos de la mitad de los sujetos afirmó que son el pobre rendimiento escolar y la baja autoestima. El 52.5% en el test y hasta el 70% en el retest, opinó que las consecuencias más graves son las dificultades conductuales y especialmente, el rechazo social. Es evidente que los padres de familia tienen una clara percepción de las consecuencias del trastorno.

Las relaciones sociales son habilidades poco comprendidas y muy importantes para el sano desempeño de la personalidad del niño, en especial del que tiene TDAH. El 50% tienen problemas de adaptación social, particularmente con sus compañeros; pero es casi seguro que la alteración de las relaciones sociales esté presente en todas las esferas de la vida, como lo son las de padre-hijo, hermano-hermano, amigo-amigo, entre otras (Guillermo Van-Wielink, 2004). Las alteraciones en este terreno se derivan de los síntomas propios del TDAH, pues la impulsividad y la inatención rompen la armonía del comportamiento interpersonal social.

Respecto de las respuestas a la pregunta: „¿por qué cree usted que alguno de sus hijos podría presentar TDAH?“, los sujetos manifestaron no saber si el comportamiento de sus hijos era normal o si presentaba o no síntomas del trastorno (60% en el test y el 40% en el retest), aun después de haber recibido

información en la conferencia. Si consideramos que “las teorías implícitas son un conjunto de principios que restringen tanto nuestra forma de afrontar como de interpretar o atender a las distintas situaciones a las que nos enfrentamos” (Mateos *et al.*, 2006:79), una posible explicación para las respuestas de los padres, es que éstos se han acostumbrado a tratar con comportamientos perturbadores desde muy temprano en la vida de sus hijos, y no los perciben como una condición seria. Por lo tanto, los califican como poco graves (Maniadaki *et al.*, 2006).

Las creencias revisadas hasta el momento son de gran importancia si tomamos en cuenta que, los aspectos previos que los padres consideran para buscar asesoramiento de un especialista son la gravedad percibida de los comportamientos del niño y el impacto familiar, social y escolar de los mismos. Algunas decisiones de este tipo están guiadas por nuestra psicología intuitiva, es decir, “tratamos de explicarnos el comportamiento de los otros a partir de un conjunto de presupuestos teóricos que hacen referencia a que tenemos una mente con intenciones y deseos que guía nuestra conducta, nuestra cognición y nuestros afectos” (Pozo, Scheuer, Mateos y Del Puy, 2006:80). Cuando las personas, siguiendo una demanda pragmática, interpretan los sucesos, producen inferencias mas allá de la información recibida y planean su comportamiento, es que sus representaciones funcionan en el nivel de creencias (Rodrigo, 1999).

Algunas ideas intuitivas parecen coincidir con mayor facilidad con las teorías científicas mientras que otras persisten al margen de la enseñanza formal. Estas concepciones constituyen teorías que contribuyen a dar sentido, producen

explicaciones y su función predictiva es fundamental para usarlas en el pensamiento cotidiano, por lo tanto, principios explicativos que son falsos para la ciencia pueden ser perfectamente coherentes para los sujetos que las emplean (Benlloch, 1997).

Una explicación a que algunos padres no modificaran sus ideas previas del TDAH después de la intervención, se debió probablemente a las características de las ideas intuitivas, que...“son espontáneas y personales puesto que surgen de un modo natural en la mente de la persona, como una elaboración propia del sujeto sin necesidad de instrucción previa; son implícitas y por lo tanto inconscientes para el propio sujeto. Son persistentes a lo largo del tiempo y resistentes al cambio mediante la instrucción. Son científicamente incorrectas, ya que su grado de abstracción es limitado y están muy influidas por lo observable. Son incoherentes o contradictorias entre sí: situaciones o tareas que requieren un mismo tipo de ideas son resueltas utilizando diferentes conceptos” (Pozo y Carretero, 1987. Citado en Benlloch, 1997:71,72).

Es necesario plantearse la pregunta de cuál es el tipo de cambio conceptual que debería promoverse para modificar algunas de las creencias del TDAH, para que los padres puedan enfrentar la terapéutica en caso de que sus hijos lo padezcan. Pozo *et al.* (2006:130) afirman: ...“para que un cambio conceptual fuera más fructífero debería entenderse como un proceso de redescrición representacional, usando el término de Karmiloff-Smith, por el que se trataría de que las nuevas formas de conocimiento explícito, más complejas, no intenten sustituir, sino más bien redescibir, explicar; es decir, hacerlos explícitos en el

marco de un nuevo sistema de conocimientos que les da un nuevo significado”. Como afirman León-Sánchez *et al.*, (2005:67) ...“la reestructuración en el sentido débil, implica una nueva relación entre los conceptos y la adición de algunos nuevos”.

Las ideas contenidas en las respuestas del cuestionario, se analizaron en el marco de las teorías de los sujetos, por lo tanto se consideró a los enunciados como la expresión de creencias y a las explicaciones en su conjunto como la expresión de las teorías implícitas sobre el TDAH.

Se podría concluir entonces, que los cambios que hayan tenido lugar probablemente supondrían, no tanto el haber sustituido unas ideas (o teorías) por otras, si no que, muchas de las viejas ideas se conservaron, y lo hicieron dentro del marco de una nueva teoría que cambia notablemente su significado (Pozo, 1999). Podría inferirse que algunos de los participantes reestructuraron su marco de referencia cognitiva respecto del TDAH, su conocimiento se enriqueció y los principios básicos se afianzaron, como afirman Carey y Spelke (2002).

Limitaciones del estudio

A lo largo de esta investigación se identificaron limitaciones que se señalan para establecer la utilidad de los resultados y conclusiones, a fin de que sean consideradas para prevenir que se repitan en otros estudios.

La primera fue el tamaño de la muestra que se redujo a menos de la mitad después de la conferencia, lo que pudo suscitarse, por la falta de interés de muchos padres que no tienen dificultades con sus hijos, relacionadas con el TDAH.

La limitación más evidente fue que los sujetos no expresaron creencias adicionales a las que se abordaron de manera directa por cada pregunta, a pesar de tratarse de un cuestionario de respuestas abiertas. Durante los análisis realizados se hicieron notorias las omisiones en la información recabada. Por ejemplo, faltó conocer las acciones que tomarían los padres si sus hijos presentaran TDAH; a qué especialista acudirían o lo que opinan de las conductas relacionadas con el trastorno.

Otra de las limitaciones, consistió en que la información que se pretendía obtener, con los cuestionarios del retest que se entregaron a los niños en el Colegio, para que los papás los contestaran en casa y los regresaran a la escuela. La recuperación fue lenta y las respuestas menos completas en relación a las del pretest.

En consecuencia, este estudio no exploró la gama de creencias sobre el TDAH, por lo tanto los resultados de esta investigación no ofrecen una imagen de lo que constituiría una teoría intuitiva del TDAH.

Por último, hay que señalar que son escasas las investigaciones de las teorías implícitas del TDAH. No se encontró alguna en la que se investigaran las concepciones intuitivas de los padres de alumnos en instituciones educativas, lo que impidió comparar los resultados obtenidos en este trabajo.

Sugerencias para estudios posteriores

Con el fin de cubrir las deficiencias en la forma de recabar la información, se podría considerar el diseño de un instrumento que contenga preguntas más específicas; cuestionarios tipo *likert*, frases incompletas o reactivos de opción múltiple. Podrían considerarse además del cuestionario, entrevistas estructuradas con padres de familia de diversas instituciones escolares. Estas alternativas permitirían ampliar o profundizar el conocimiento que se tiene sobre las teorías intuitivas de los padres sobre el TDAH.

Por otra parte, se sugiere explorar las creencias implícitas de los profesores, puesto que son en primera instancia, los que pueden identificar las conductas de sus alumnos, relacionadas con el TDAH.

ANEXO 1

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

DSM-IV-TR

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

(DSM-IV-TR)

Puede ser (1) o (2)

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

Desatención

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

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

(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

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

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

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es

Hiperactividad

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

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

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

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

(e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

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

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

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

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

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

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

Subtipos

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de este trastorno.

F98.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]. 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).

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

Procedimiento de tipificación

Algunos sujetos que en un primer estadio del trastorno presentaban el tipo con predominio de déficit de atención o el tipo con predominio hiperactivo-impulsivo pueden llegar a desarrollar el tipo combinado y viceversa. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse a partir del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses. Si se mantienen síntomas clínicamente significativos, pero ya no se cumplen los criterios de ninguno de los subtipos, el diagnóstico apropiado es el de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. Cuando los síntomas de un sujeto no cumplen actualmente todos los criterios del trastorno y no queda claro si tales criterios se cumplían con anterioridad, debe diagnosticarse un trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

ANEXO 2

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS
CIE 10**

F90 TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por comienzo precoz (normalmente en los primeros cinco años de vida), falta de persistencia en las tareas que requieren un esfuerzo intelectual y tendencia a cambiar de una actividad a otra sin acabar ninguna, además de una actividad desorganizada, irregular y excesiva. Pueden asociarse otras anomalías varias. Los niños hiperkinéticos son, a menudo, descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por un desafío deliberado de las mismas; por falta de premeditación. Sus relaciones con los adultos suelen ser socialmente desinhibidas, con una falta de la prudencia y la reserva naturales. Sin impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y el lenguaje. Las complicaciones secundarias incluyen comportamiento disocial y baja autoestima.

Excluye: Trastornos de ansiedad
Trastornos afectivos
Trastornos generalizados del desarrollo
Esquizofrenia

CDI-10

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben de ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incomodo ante las tareas tales como las domesticas, que requieren un esfuerzo mental mantenido.

7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de la hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos y pies, o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en la que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse solo por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p.ej., irrumpe en las conversaciones sociales o juegos de los otros).
4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.

G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben de estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de ésta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuente. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño, no es normalmente suficiente).

G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.), episodio maniaco (F30.), episodio depresivo (F32.) o trastornos de ansiedad (F41.).

Nota diagnóstica

Muchos expertos reconocen también la existencia de entidades sindrómicas del trastorno hiperactivo. De los niños que cumplen criterios varios, pero que no muestran anomalías del tipo hiperactividad/impulsividad, se dice que padecen un *déficit de atención*; por el contrario, los niños que no cumplen los criterios para las anomalías de la atención, pero que cumplen los criterios en las otras áreas, padecerían un *trastorno de la actividad*. De la misma manera, los niños que cumplen criterios diagnósticos en un solo una situación (p. ej., solo en casa o en el colegio) pueden etiquetarse como *trastorno específico del hogar o trastorno específico del colegio*. Estas categorías no están incluidas todavía en la clasificación principal debido a una insuficiente validación empírica, y porque a muchos niños con estos trastornos subsindrómicos muestran también otros síntomas (tales como trastorno disocial desafiante y oposicionista, F91.3) y deben por ello ser clasificados en la categoría apropiada.

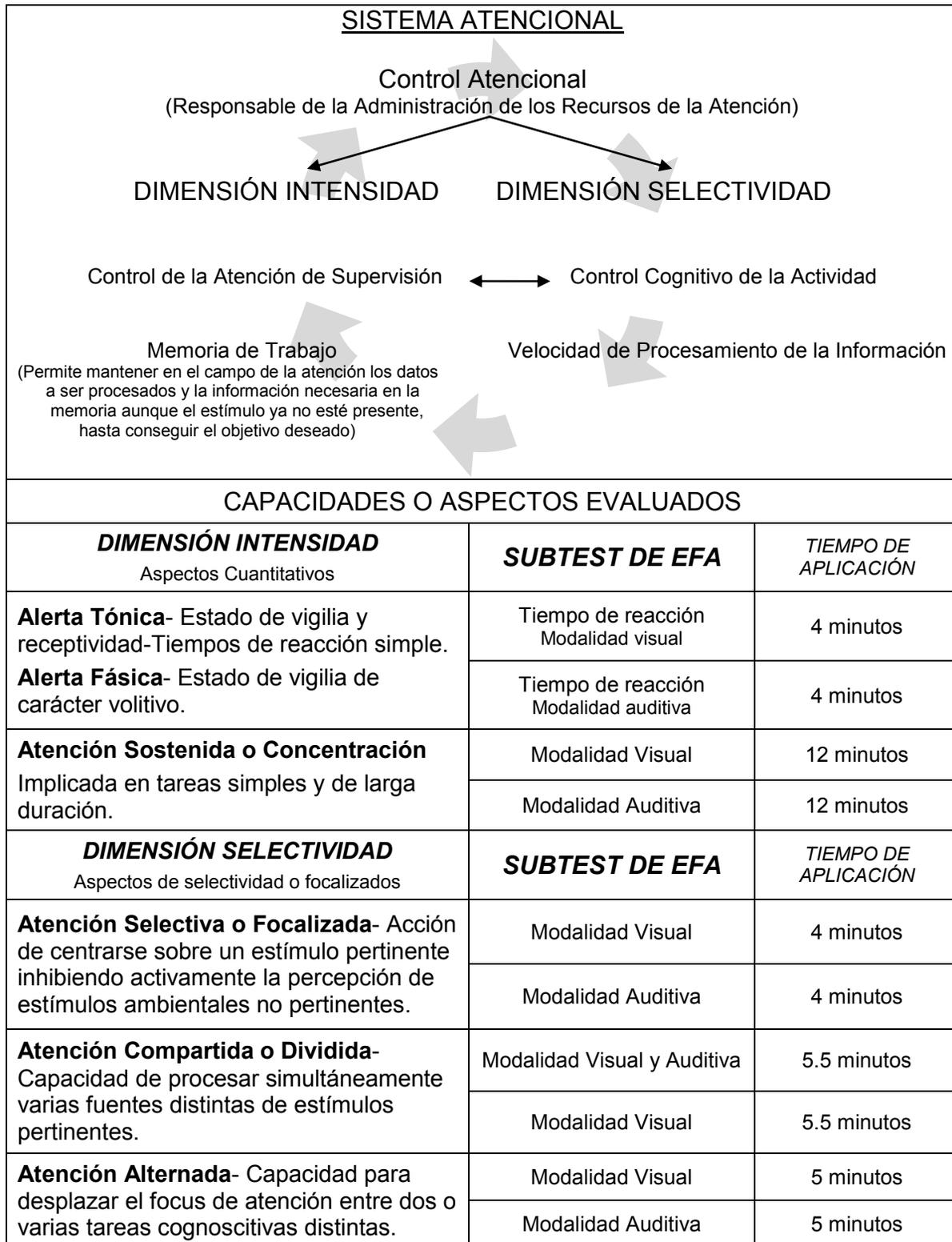
F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
Trastorno por hiperactividad con déficit de atención.
Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye: trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1).

ANEXO 3
DIAGRAMA DE PRUEBA EFA

PRUEBA DE EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DE LA ATENCIÓN (EFA)



ANEXO 4
CUESTIONARIO DEL TDAH

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo (F) (M)

Profesión y/o Actividad:

Nivel máximo de estudios:

Estado civil:

¿Usted o su pareja fueron diagnosticados con TDAH en algún momento de su infancia? (Sí) (No) (No lo sé)

Número de hijos:

¿Tiene hijos diagnosticados con TDAH? (Sí) (No)

¿Cuántos? _____ Sexo (F) (M)

¿Cree usted que alguno de sus hijos podría presentar TDAH? (Sí) (No)

¿Por qué? _____

Instrucciones:

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas. En este cuestionario **NO** estamos interesados en obtener explicaciones científicas acerca del TDAH, más bien buscamos conocer su opinión acerca de dicho trastorno. Por esta razón, le pido que responda lo que usted crea sin importar que tanta información tenga acerca del tema. La información recabada por medio de este cuestionario será utilizada con fines de investigación y las personas que lo respondan se mantendrán en el anonimato.

CUESTIONARIO

¿Alguna vez ha escuchado hablar del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

(Sí)

(No)

¿Sabe o conoce usted algunas de las características más importantes del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad? Menciónelas:

¿Qué conductas cree usted que presenta un niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

¿Por qué cree usted que un niño podría desarrollar Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

¿Cree usted que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se hereda?

(Sí) (No)

¿Cuáles cree usted que son las posibles repercusiones sociales, escolares y familiares que tiene para un niño(a) el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

¿Considera usted que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad puede llegar a curarse en algún momento o por medio de algún tratamiento?

(Sí) (No)

¿Ha escuchado hablar de las posibles alternativas de tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad? Mencíonelas:

¿Considera usted que la terapia psicológica es recomendable para los niños que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad? ¿Por qué?

¿Considera usted que el tratamiento con fármacos o medicamentos es perjudicial para los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad? ¿Por qué?

ANEXO 5
DIAPOSITIVAS DE LA CONFERENCIA DEL TDAH

DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD



Colegio Sac-bé
Marta Galván

¿Qué es el Déficit de Atención con Hiperactividad?

El Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) **con o sin Hiperactividad**, está constituido por un conjunto de *fenómenos neuropsicológicos*

- Síntomas principales:
- * Inatención
 - * Hiperactividad
 - * Impulsividad

Períodos cortos de atención y la hiperactividad



¿Por qué se le llama trastorno y no enfermedad?

Al TDAH se le llama trastorno porque es **un conjunto de síntomas** que tienen una *causa* común y que siguen una *evolución* igual.

No se usa la palabra enfermedad denota lesión

¿Qué es el déficit de atención?

Se refiere al hecho de que los períodos en los que puede mantenerse la atención tienen una duración insuficiente,



¿Qué es la hiperactividad?

A la hiperactividad se le llama también hipercinesia, y es la actividad psicomotora exagerada. Eso significa que tanto los pensamientos como la actividad física ocurren a una velocidad que consideramos aumentada para la edad del sujeto.

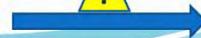


¿Cuándo se diagnostica?

En la niñez temprana



Profesores
Psicólogos



Padres

¿Es hereditario este trastorno?

El estudio en gemelos ha demostrado que el TDAH es altamente hereditario.



¿Se cura el TDAH?

Se trata de un trastorno que acompañará toda la vida a los sujetos que lo padecen, sin embargo, a medida que el niño **madura** puede aprender estrategias nuevas y desarrollar habilidades específicas para **controlar sus síntomas**.

¿En que afecta tener Deficit de Atención con Hiperactividad?

En casi todos los niños, el TDAH tiene implicaciones negativas, tanto en su desempeño social como en el académico y familiar, de manera que afecta al desarrollo integral del sujeto.



¿Cómo se trata el TDAH?

- Modificación de la conducta del niño, sus hermanos, sus padres y, en caso necesario, los profesores escolares.
- Terapias dirigidas a los problemas emocionales, de aprendizaje o para adquirir habilidades y estrategias que permitan dominar los problemas derivados del TDAH.
- Medicamentos.



¿Son útiles los medicamentos en el TDAH?

- Cuando están **indicados por un profesional** especializado son **extremadamente útiles**, ya que está científicamente comprobado que reducen los síntomas y, por tanto, mejoran la calidad de vida de la persona.
- No todos los sujetos con TDAH requieren un tratamiento médico.
- El tratamiento del TDAH utilizando medicamentos es una decisión bien pensada y basada en evidencia científica por parte del médico.

Creencias falsas

- El niño se va a curar del TDAH sin tratamiento y con el tiempo: **Falso**
- Si se dan medicamentos al niño se les hace adictos: **Falso**
- Los medicamentos son tóxicos: **Cierto Parcialmente**
- Con terapias va a mejorar: **Cierto**
- Todos los pacientes con TDAH deben medicarse: **Falso**

REPERCUSIONES

¿Cuáles cree usted que son **las posibles repercusiones sociales, escolares y familiares** que tiene para un niño(a) el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?



DIFICULTADES EN LAS RELACIONES SOCIALES

Dificultad para mantener una amistad o para solucionar un conflicto.

No son capaces de predecir las consecuencias de sus conductas, sin darse cuenta de que sus acciones les limitan socialmente.

A los niños mayores se les considera inútiles o vagos.

Entre los mayores, debido a la falta de base escolar acumulada, tiene problemas relacionados con: modificación de hábitos de trabajo, mala caligrafía, falta de conocimientos básicos y de vocabulario, bajo nivel lector, etc.

REPERCUSIONES PERSONALES

Inadaptación escolar

Problemas de conducta

Autoimagen negativa



En algunos casos presentan síntomas depresivos

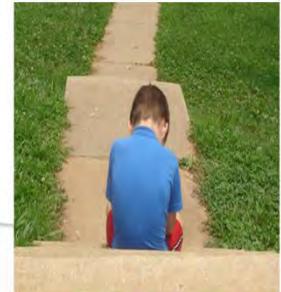
REPERCUSIONES PERSONALES

Fracasos

Ansiedad

Frustración

Obsesión



EL EFECTO "BOLA DE NIEVE"

El TDAH a pesar de tener en su base una sintomatología aparentemente simple, cuando no se subsana con la intervención adecuada, puede generar problemas cada vez mas graves.

EL EFECTO "BOLA DE NIEVE"

Si tomamos en cuenta que el **rendimiento escolar** es la primera prueba de **valía personal** que experimenta el niño, y que de la aceptación de los compañeros de clase depende que el niño tenga **buena o mala autoimagen social**, comprenderemos las repercusiones que esta sintomatología va teniendo en el **desarrollo de la personalidad**.

Los problemas escolares del niño hiperactivo dependerán en gran medida de:

- Su capacidad intelectual, que puede compensar en un principio muchas de sus dificultades
- De la actitud de los padres
- De su capacidad para adaptarse a la problemática de su hijo
- Del asesoramiento de los especialistas

LA CONDUCTA IMPULSIVA

La impulsividad conductual ligada a la falta de control motriz y emocional, lleva al niño hiperactivo a **actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones, llevado por un deseo de gratificación inmediata**. Los niños impulsivos funcionan con el lema **deseo y actúo**, mientras que los niños reflexivos se rigen por **deseo, pienso y luego actúo**.

LA BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

La **sucesión de situaciones frustrantes** en combinación con las **escasas experiencias de éxito**, producen en el niño un sentimiento de **indefensión**, que contribuye a hacerle más **intolerante ante situaciones de exigencia**. Cuando la exigencia no está controlada el niño se desespera, “tira la toalla” y se niega a trabajar o a obedecer.

LA BAJA AUTOESTIMA O AUTOESTIMA APARENTEMENTE INFLADA

La falta de control de los efectos de su comportamiento sobre la realidad: **“yo me esfuerzo, pero no tengo éxito, haga lo que haga”**.

LA NECESIDAD DE LLAMAR LA ATENCIÓN

El niño **no es capaz** de llamar la atención en forma **positiva** y se **acostumbrará** a que estén **pendientes de él** utilizando **su mal comportamiento**. Saber entender este aspecto es vital importancia para conseguir cambios en la conducta del niño.

En algunos casos, el niño hiperactivo también puede presentar:

- Dificultades en la coordinación motriz
- Dificultades en la estructuración perceptiva

Todo esto resulta incompatible con el aprendizaje escolar y muy deteriorante de las relaciones con el entorno.

COMORBILIDAD

Es cuando dos o más padecimientos asociados entre si, y se manifiestan en un mismo individuo.

Trastornos de Conducta

Comportamientos :

Disruptivos

Agresivos

Antisociales



Conducta Desafiante

- Desobediencia
- Intolerancia
- Desacato a las normas sociales



paa265000012 fotosearch.es



Trastorno
de personalidad

Agresividad

Auto agresividad

Heteroagresividad

Tendencia a los robos y mentiras



Problemas de Socialización

Niños poco aceptados

Pelean constantemente

Dificultades en el juego en equipo

Trastornos Emocionales

Comorbilidad o secundarios y reactivos al TDAH

Ansiedad

Depresión

Falta de motivación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (2005). Alteraciones anatómico-funcionales en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. *Salud Mental*, vol. 28 (3), 1-12.
- Álvarez, L. (2002). *Las teorías implícitas de una muestra de estudiantes de la carrera de psicología de la FES Zaragoza, sobre el perfil profesional del psicólogo*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Amador-Campos, J; Forns, M; Guardia, J. y Pero, M. (2005). Utilidad diagnóstica del cuestionario TDAH y del perfil de atención para discriminar entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos del aprendizaje. *Anuario de Psicología-Universidad de Barcelona*, vol. 36 (2), 211-224.
- Antología metodológica*. (1991). Programa de Publicaciones de Material Didáctico. División de Estudios Profesionales. Facultad de Psicología. México: U.N.A.M.
- Barragán-Pérez, E; De la Peña-Olvera, F; Ortiz-León, S; Ruiz-García, M; Hernández-Aguilar, J; Palacios-Cruz, L. y Suárez-Reynaga, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 64 (5), 326-345.
- Barrera, K. (2007). *Entre la vida y la muerte: La coherencia conceptual una "necesidad" teórica en la conformación de un dominio específico*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Barrera, K; León-Sánchez, R; Palafox, G. y Calderón, E. (2007). Construyendo el conocimiento en el desarrollo cognitivo: formando teorías y explicaciones y las ideas previas y la construcción de conocimientos. En Z. Monroy; P. Fernández (eds). *Lenguaje, significado y psicología*, pp. 111 a 134. Facultad de Psicología. México: U.N.A.M.
- Benlloch, M. (1997). *Desarrollo cognitivo y teorías implícitas en el aprendizaje de las ciencias*. España: Visor.
- Bernaldo de Quirós, G. (2000). El síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. En E. Joselevich, *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños adolescentes y adultos*, pp. 19-39. Argentina: Paidós.
- Biederman, J. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorders: a life-span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 59 (7), 4-16.
- Biederman, J; Faraone, S; Keenan, K; Steingard, R. y Tsuang, M. (1991). Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 148 (2), 251-256.

- Biederman, J; López, F; Boellner, S. y Chandler, M. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study of SLI381 (Adderall XR) in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, vol. 110 (2), 258-266.
- Bussing, R; Zima, B; Gary, F y Wilson, C. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 30 (2), 176-189.
- Bussing, R; Zima, B; Perwien, A; Belin, T. y Widawski, M. (1998). Children in special education programs: ADHD, use of services and unmet needs. *American Journal of Public Health*, vol. 88 (6), 880-886.
- Calderón, E; León-Sánchez, R; Palafox, G. y Barrera, K. (2007). Las ideas previas y la construcción de conocimientos. En Z. Monroy; P. Fernández (eds.). *Lenguaje, significado y psicología*, pp. 81 a 96. Facultad de Psicología. México: U.N.A.M.
- Carey, S. y Spelke, E. (2002). Conocimiento dominio-específico y cambio conceptual. En H. Lawrence. *Cartografía de la mente*, pp. 243-284. México: Gedisa.
- Craig, J. y Metze, L. (1982). *Métodos de la investigación psicológica*. México: Interamericana.
- Castillo, A. (2007). *Las teorías implícitas de un grupo de maestros sobre la escritura*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2002). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill.
- Cortada de Kohan, N. (1994). *Teorías psicométricas y construcción de tests*. Buenos Aires. Argentina: Lugar Editorial, S. A.
- De la Garza, F. (2005). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos*. México: Trillas.
- De Vega, M. (1986). *Introducción a la psicología cognitiva*. México: Alianza Editorial.
- Dryer, R; Kiernan, M. y Tyson, G. (2006). Implicit theories of the characteristics and causes of attention-deficit hyperactivity disorder held by parents and professionals in the psychological, educational, medical and allied health fields. *Australian Journal of Psychology*, vol. 58 (2), 79-92.
- Elías, Y. y Estañol, B. (2005). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. México: Trillas.
- Farré, A. y Narbona, J. (2000). *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. España: Tea Ediciones.

- Giusti, E. (2000). Programa de orientación y entrenamiento a padres de niños con AD/HD. En E. Joselevich, *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD) en niños adolescentes y adultos*, pp.129-152. Argentina: Paidós.
- Goldrine, T. (2000). *Teorías implícitas en la formación de asesores para apoyar el proceso de cambio en la escuela*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Gratch, L. (2003). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Guersi, G. (2008). Neurobiología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. En S. Solzi, *Abordaje interdisciplinario del déficit de atención*, pp. 59-63. Buenos Aires. Argentina: Espacio Editorial.
- Heydl, P. (2000). Evaluación diagnóstica. En E. Joselevich, *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD) en niños adolescentes y adultos*, pp. 55-77. Argentina: Paidós.
- Heydl, P. y Bernaldo de Quirós. (2000). AD/HD tratamiento farmacológico. En E. Joselevich, *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD) en niños adolescentes y adultos*, pp. 101-127. Argentina: Paidós.
- Horcasitas, D. (2008). *El desarrollo del concepto animal en niños y la enseñanza de las cadenas alimenticias*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: U.N.A.M.
- Jay, R. y Swerdlick, M. (2002). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw Hill.
- Joffre-Velázquez, V; García Maldonado G. y Joffre-Mora, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 9 (4), 176-181.
- Joselevich, E. (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños adolescentes y adultos*. Argentina: Paidós.
- Kapil, S; Taylor, E y Beecham, J. (2003). Parental perception of problem and mental health service use for hyperactivity. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, vol. 42 (12), 1410-1414.
- Kwasman, A; Tinsley y Lepper, H. (1995). Pediatrician's knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of ADHA. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol.149 (11), 1211-1216.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw
- Kerlinger, F. y Howard, B. (2002). *Investigación del comportamiento. Método de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.

- León-Sánchez, R; Palafox, G; Calderón, E. y Barrera, K., (2005). Construcción de conocimientos y especificidad de dominio. En Monroy, Z; Medina, A. (eds.). *Objeto y realidad en psicología*, pp. 51-79. Facultad de Psicología. México: U.N.A.M.
- López, E. y Lara, A. (2004). Urge atender “niños problema”. *Reforma*, 12 de julio 2004, p. 22, sección A.
- Losier, B; McGrath, P y Klein, R. (1996). Error patterns on the continuous performance test in non-medicated and medicated samples of children with and without ADHD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, vol. 37 (8), 971-987.
- Luria, A. (1986). *Atención y memoria*. España: Martínez Roca.
- Maniadaki, K; Sonuga, E; Kakouros, E. y Karaba, R. (2006). Parental beliefs about the nature of ADHD behaviors and their relationship to referral intentions in preschool children. *Child: care, health and development*, vol. 33 (2), 188-195.
- Mateos, M; Scheuer, N. y Martín, F. (2006). Enfoques en el estudio de las concepciones sobre el aprendizaje y la enseñanza. En J. Pozo; N. Scheuer; M. del Puy; M. Mateos; E. Martín. y M. de la Cruz. *Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje*, pp. 55 a 94. España: Graó. De IRIF, S. L.
- Maya, Y. (2001). *Las creencias acerca de la drogadicción*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Mendoza, M. (2003). *¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros*. México: Trillas.
- Michanie, C. (2000). Comorbilidad en el AD/HD. En E. Joselevich, *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños adolescentes y adultos*, pp. 41-53. Argentina: Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Recuperado el 19 de abril de 2010, de la página de la OPS, http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v24n2-Actu_CIE.htm
- Orjales, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. España: Cepe, S.L.
- Otero, A., Lavallée, M., Pépin, M., Loranger, M. y Hopps, S. (2004). *Evaluación de las funciones de la atención: una investigación con niños mexicanos de primaria con el programa de cómputo EFA*. México: Juntos Construimos. Instituto para el Aprendizaje y el Desarrollo, S. C.
- Otero, A. y Otero, M. (2003). *Evaluación de las funciones de la atención*. México: Juntos Construimos. Instituto para el Aprendizaje y el Desarrollo, S. C.

- Pascual Castroviejo, I. (2008). *Hiperactividad*. España: Ediciones Días de Santos.
- Pépin, M., Otero, A., Lavallée, M., Laporte, P. y Loranger, M. (2008, junio). *The development of attention among 6 to 15 years old children from four different cultural backgrounds*. Ponencia en cartel presentada en la 38th Annual Meeting of the Jean Piaget Society, Quebec, Canadá.
- Pozo, J. (2006). *Adquisición de conocimiento*. España: Ediciones Morata, S. L.
- Pozo, J. (1999). *El cambio conceptual en el conocimiento físico y social: del desarrollo a la instrucción en contexto y desarrollo social*. España: Síntesis, S. A.
- Pozo, J. (2001). *Humana mente. El mundo, la conciencia y la carne*. España: Ediciones Morata, S. L.
- Pozo, J. (1996). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. España: Ediciones Morata, S. L.
- Pozo, J; Scheuer, N; Mateos, M. y Del Puy, M. (2006). Las teorías implícitas sobre el aprendizaje y la enseñanza. En J. Pozo; N. Scheuer; M. del Puy; M. Mateos; E. Martín. y M. de la Cruz. *Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje*, pp. 95-132. España: Graó. De IRIF, S. L.
- Rickel, A y Brown, R. (2008). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Manual Moderno.
- Rodrigo, M. (1999). Etapas, contextos, dominios y teorías implícitas en el desarrollo social. En M. Rodrigo. *Contexto y desarrollo social*. España: Síntesis, S. A.
- Rodrigo, Rodríguez y Marrero. (1993). *Las teorías implícitas*. Barcelona. España: Visor.
- Ruiz García, M; Gutiérrez Moctezuma, J; Garza Morales, S. y De la Peña Olvera, F. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, Vol. 62 (2), 145-154.
- Rutter, M. (1982). Syndromes attributed to "minimal brain dysfunction" in childhood. *Psychiatry. American Journal of Psychiatry*, vol. 139 (1), 21-32.
- Solzi, S. (2008). *Abordaje interdisciplinario del déficit de atención*. Buenos Aires. Argentina: Espacio Editorial.
- Soprano, A. (2000). La evaluación neuropsicológica en el niño con AD/HD. En E. Joselevich, *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD) en niños adolescentes y adultos*, pp. 79-99. Argentina: Paidós.
- Van-Wielink, G. (2004). *Déficit de atención con hiperactividad*. México: Trillas.