



# UNIVERSIDAD INSURGENTES

*Plantel Xola*

LICENCIATURA EN PEDAGOGIA CON  
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE  
3315-23

“TDA/H: UN TRASTORNO CONDUCTUAL,  
SU DESARROLLO VISTO BAJO LA PERSPECTIVA PEDAGOGICA”

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PEDAGOGÍA  
P R E S E N T A :

**C. LILIBEL CAROLINA TORRES CEDILLO**

ASESORA: LIC. NIVEA BELLO GARCES

MEXICO D. F.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **A ti mamá**

Mi gran motivación y ejemplo de lucha.

Por tus consejos, apoyo y cariño  
¡Gracias!.

Para ti todos mis triunfos.....

## **A todos los que han creído en mí...**

¡Gracias!  
Por su apoyo incondicional, llevaré siempre conmigo todos los momentos que hemos vivido juntos.

Todo mi respeto y cariño...

## **Lic. Ma. Enriqueta Zarza**

Por su gran apoyo en la realización de este trabajo.

## ÍNDICE

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b> | <b>7</b>  |
| <b>PROPÓSITOS.....</b>   | <b>10</b> |

### CAPÍTULO I

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CONCEPTOS QUE NO SON TDA/H.....</b>                | <b>14</b> |
| <b>1.1 HIPERACTIVIDAD.....</b>                        | <b>17</b> |
| Definición.....                                       | 17        |
| Etiología.....  | 19        |
| Características.....                                  | 21        |
| <b>1.2 SÍNDROME HIPERQUINÉTICO.....</b>               | <b>23</b> |
| Definición.....                                       | 24        |
| Etiología.....  | 26        |
| Síntomas Coexistentes.....                            | 29        |
| Agresividad.....                                      | 29        |
| Destrucción.....                                      | 30        |
| Hiperactividad Motora y Verbal.....                   | 31        |
| Inatención.....                                       | 32        |
| Irritabilidad.....                                    | 32        |
| Impulsividad.....                                     | 32        |
| Incoordinación Muscular (Dispraxia).....              | 33        |
| Disforia (Ansiedad / Baja Autoestima).....            | 34        |
| Desobediencia Patológica.....                         | 34        |
| Trastornos del Aprendizaje.....                       | 35        |
| Esquema (Problemas Conductuales - Generalidades)..... | 37        |

### CAPÍTULO II

|  |           |
|--|-----------|
| <b>TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA/H)...</b> | <b>39</b> |
| <b>2.1 TRASTORNO DE CONDUCTA.....</b>                                  | <b>41</b> |
| <b>2.2 DÉFICIT DE ATENCIÓN.....</b>                                    | <b>42</b> |
| <b>2.3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA/H).....</b>              | <b>44</b> |
| <b>2.4 ETIOLOGÍA.....</b>  | <b>47</b> |
| Factores Neurofisiológicos.....  | 47        |
| Factores Genéticos.....  | 49        |
| Factores Sociales.....   | 49        |
| <b>2.5 MANIFESTACIONES.....</b>  | <b>51</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| Inatención.....                                  | 51        |
| Impulsividad.....                                | 52        |
| Hiperactividad.....                              | 53        |
| <b>2.6 DIAGNÓSTICO.....</b>                      | <b>54</b> |
| Predominantemente Desatento.....                 | 55        |
| Predominantemente Hiperactivo – Impulsivo.....   | 56        |
| Combinado.....                                   | 56        |
| <b>2.7 TRASTORNOS COEXISTENTES AL TDA/H.....</b> | <b>57</b> |
| Trastorno Negativista - Desafiante (ODD).....    | 57        |
| Trastorno Disocial (CD).....                     | 59        |
| <b>2.8 DATOS ESTADÍSTICOS.....</b>               | <b>61</b> |

### CAPÍTULO III

|   |           |
|---|-----------|
| <b>REPERCUSIONES DEL TDA/H EN NIÑOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR.....</b> | <b>66</b> |
| <b>3.1 REPERCUSIONES FÍSICAS.....</b>                             | <b>66</b> |
| <b>3.2 REPERCUSIONES EMOCIONALES.....</b>                         | <b>68</b> |
| <b>3.3 REPERCUSIONES DE CONDUCTA.....</b>                         | <b>69</b> |
| <b>3.4 REPERCUSIONES EN EL APRENDIZAJE.....</b>                   | <b>71</b> |
| <b>3.5 CUESTIONARIOS PARA IDENTIFICAR A NIÑOS CON TDA/H.....</b>  | <b>76</b> |

### CAPÍTULO IV

|   |           |
|---|-----------|
| <b>MANEJO Y TRATAMIENTO DEL TDA/H.....</b>                        | <b>79</b> |
| <b>4.1 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO.....</b>                    | <b>79</b> |
| <b>4.1.1 PRIMERA LÍNEA DE MEDICACIÓN “PSICOESTIMULANTES”.....</b> | <b>82</b> |
| Definición.....   | 82        |
| Contraindicaciones de los Psicoestimulantes.....                  | 83        |
| Efectos Secundarios.....  | 83        |
| Efecto Rebote.....  | 84        |
| Psicoestimulantes más conocidos y utilizados                      |           |
| Metilfenidato (RITALINA).....                                     | 85        |
| Dextroanfetamina (DEXEDRINA).....                                 | 86        |
| Pemolina Magnesio (TAMILAN).....                                  | 87        |

|  |     |
|--|-----|
| <b>4.1.2 SEGUNDA LÍNEA DE MEDICACIÓN “ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS”.</b>       | 88  |
| Definición.....  | 88  |
| Precauciones y Efectos Diversos.....   | 89  |
| Antidepresivos Tricíclicos más conocidos y utilizados                        |     |
| Imipramina (TROFANIL).....   | 90  |
| Clomipramina (ANAFRANIL).....  | 91  |
| <b>4.1.3 TERCERA LÍNEA DE MEDICACIÓN “ANTIPSIÓTICOS” (NEUROLÉPTICOS)....</b> | 92  |
| Definición.....  | 92  |
| Antipsicóticos (Neurolépticos) más conocidos y utilizados                    |     |
| Haloperidol.....   | 93  |
| Clorpromazina.....   | 94  |
| Tioridazina.....   | 95  |
| <b>4.2 INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA.....</b>                                      | 96  |
| <b>4.2.1 ENTREVISTAS.....</b>  | 98  |
| <b>4.2.2 IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS.....</b>                                | 100 |
| Objetivo y Procedimiento.....  | 100 |
| Forma 1. Lista de Evaluación de Excesos Conductuales.....                    | 103 |
| Forma 2. Resumen de Listas de Evaluación de Excesos Conductuales.....        | 107 |
| <b>4.2.3 MEDICIÓN DE LA CONDUCTA.....</b>                                    | 108 |
| Objetivos y Procedimiento.....   | 108 |
| Forma 3. Registro de Frecuencia.....   | 110 |
| Forma 4. Registro de Duración.....   | 110 |
| <b>4.2.4 APRENDIZAJE DE CONDUCTA.....</b>                                    | 111 |
| Objetivos y Procedimiento.....   | 111 |
| Forma 5. Aprendizaje de Conducta.....  | 115 |
| <b>4.2.5 ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS NUEVAS.....</b>                        | 111 |
| Objetivo y Procedimiento.....  | 111 |
| Forma 6. Establecimiento de Conductas Nuevas.....                            | 115 |
| <b>4.2.6 DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS.....</b>                     | 122 |
| Objetivos y Procedimiento.....   | 122 |
| Empleo de Técnicas.....  | 123 |
| <b>4.2.7 TAREAS EVOLUTIVAS.....</b>  | 128 |
| Actividades de Relajación.....   | 128 |
| Actividades de Control Muscular.....   | 130 |
| Actividades de Control Visomotor y Cognitivo.....                            | 132 |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>CONCLUSIONES.....</b>  | <b>134</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍAS.....</b> | <b>140</b> |
| <b>ANEXOS</b>             |            |

## INTRODUCCIÓN

Hablar de diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención (TDA) no es nuevo, ya que la primera descripción clínica realizada para caracterizar a individuos que presentaban este trastorno de conducta, fue realizada por George Still y Alfred Tredgold (1902), quienes en ese momento conceptualizaron este trastorno como *“un defecto en el control moral”*<sup>1</sup>, resaltando el hecho de que son los niños quienes presentan mayor incidencia de este trastorno en comparación con las niñas de la misma edad, siendo hasta nuestros días un hecho clínicamente comprobado según estudios realizados por la OMS en su informe 2001 sobre la salud mental en el mundo.

Según Still (1909) y de acuerdo al criterio médico de aquella época, señaló a los trastornos de aprendizaje, la hiperactividad y las dificultades para mantener atención como los síntomas más destacables de este defecto en el control moral, posteriormente asoció estos síntomas a malformaciones congénitas, además de un alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidio entre los familiares de los niños, aseverando que la génesis o la etiología de este trastorno es hereditaria.

En la actualidad se sabe que existen distintos factores que pueden ser la causa del Trastorno por Déficit de Atención como los factores neurofisiológicos y sociales además de los genéticos o biológicos, y que los síntomas como la impulsividad, la hiperactividad, la inatención además de otros síntomas coexistentes como el trastorno negativista y el disocial que nos llevar a identificar a niños que presentan este trastorno (TDA/H).

Durante mucho tiempo los(las) niños(as) que presentaban los síntomas antes mencionados fueron considerados como poseedores de un daño o

---

<sup>1</sup> Gratch, Luis Oscar, ***El Trastorno por Déficit de Atención (ADD - ADHD)***, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires – México, p.11.

disfunción cerebral mínima, que se creía se originaba como un trauma en el momento del parto, pero esta lesión jamás se encontró, siendo hasta 1937 cuando se dio la clasificación de hiperquinético a los(las) niños(os) que si presentaban esta disfunción cerebral mínima y esto fue gracias a los estudios realizados por Charles Bradley.<sup>2</sup>

Desafortunadamente el desconocimiento de los distintos trastornos de conducta nos llevan a escuchar o a emplear de manera errónea, terminología que difícilmente podemos manejar, ya que el proceso de diagnóstico, manejo y tratamiento, sólo pueden realizarse por especialistas como psiquiatras (paidopsiquiatras), neurólogos, psicólogos, médicos, pedagogos o terapeutas dependiendo del proceso que se esté llevando, ya que de no hacerse así puede afectar de manera emocional a un(una) niño(a) que sea catalogado o evidenciado ante un grupo como un niño o niña problema, así que el(la) profesor(a) o profesores(as) deberán evitar hacer algún tipo de diagnóstico o evidenciar los síntomas manifestados por el(la) niño(a) ante su grupo y los padres deberán evitar evidenciarlo antes sus hermanos(as).

Durante el desarrollo de este trabajo se hace una diferenciación entre los términos hiperactividad e hiperquinésis, que según la investigación realizada, son estos dos términos los que a menudo son confundidos con el trastorno por déficit de atención, además de presentar una serie de síntomas que coexisten al síndrome hiperquinético; posteriormente se entra de lleno al trastorno por déficit de atención y su clasificación con hiperactividad (TDA/H) debido a que es el tema principal de este trabajo, además de que se establece mediante los síntomas el posible diagnóstico que se divide en tres subgrupos que son el distraído – inatento, hiperactivo – impulsivo y el combinado.

---

<sup>2</sup> Ibidem p.12.

El TDA/H tiene consecuencias tanto en la casa y principalmente en la escuela por lo que en este trabajo se abordan diferentes repercusiones en áreas como son la física, emocional, de conducta y de aprendizaje.

Otro de los temas de gran interés y que sin lugar a dudas requiere de un amplio espacio para poder darse a conocer, es el tratamiento psicofarmacológico que se tratará en tres líneas de medicación que son empleadas actualmente por instituciones del Sector Salud y para concluir se presenta una intervención pedagógica, que puede ser tomada como alternativa para tratar casos de niños diagnosticados con TDA/H y que además presenten problemas en el ámbito escolar; requiriendo así la participación del pedagogo que será el asesor de todo el proceso de trabajo y quien deberá contar con el apoyo e interés de las o los profesores que estén en contacto con el niño o la niña a tratar, así como el de los padres de familia cuya participación será necesaria y decisiva en este largo proceso.

## **PROPÓSITOS**

Los propósitos que se consideran como la motivación para realizar este trabajo de investigación son los siguientes

Primeramente se parte de la diferenciación de terminología que se emplea de manera errónea para dirigirse al trastorno conductual TDA/H (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), siendo la hiperactividad uno de los síntomas característicos de éste trastorno (el que da la clasificación con hiperactividad) y de otros tales como la hiperquinésis, se considera la hiperactividad como el punto de partida en el establecimiento de terminología; pero no basta con conocer los términos o definiciones de los trastornos antes mencionados, también se requiere del conocimiento de la etiología y las características que diferencian a unos de otros, así es que se tendrá un conocimiento general y las implicaciones de los términos antes mencionados.

Una vez que se ha determinado la diferenciación entre la terminología que se considera es la que presenta mayor confusión en su empleo, se inicia de lleno con el tema central que es el Trastornos por Déficit de Atención como entidad patológica, en el que se establecen además otros puntos a desarrollar y que son de gran relevancia como la etiología, manifestaciones, diagnóstico, trastornos que coexisten a éste y los datos estadísticos que muestran un panorama general y que arrojan datos de la población mexicana que padece este trastorno de atención actualmente. Posteriormente surge la necesidad de conocer las posibles repercusiones del TDA/H en niños(as) en el ámbito escolar y que el presentarlos o no, dependerá de cada caso en particular, pero según la información obtenida dichas repercusiones suelen presentarse de manera física, emocional, de conducta y en el aprendizaje.

Otro de los propósitos, resulta de la necesidad de conocer cuál o cuáles son los tratamientos que se emplean en niños(as), una vez que se ha diagnosticado en ellos TDA/H, por lo que en este trabajo de investigación se considera necesario

mostrar las 3 líneas de medicación que son empleados en la actualidad, bajo los programas establecidos por el Sector Salud que requieren de manejo, cuidado y control extremo por parte de los especialistas como neurólogos, psiquiatras y psicólogos que además y debido al tipo de sustancias que las integran, deberá darse a conocer principalmente a los padres y profesores (pedagogos) que tipo de efectos resultarán al ser administrados los medicamentos, para que puedan identificar la reacción que se tendrá y prever efectos perjudiciales. El manejo de sustancias psicofarmacológicas parte de una primera línea de medicación (psicoestimulantes), su administración dependerá de la edad y el grado de afectación del trastorno y podrá disminuir o incrementar de acuerdo a la forma en que evoluciona el comportamiento del(a) niño(a), de ser necesario se podrá acceder a las otras línea de medicación (Antidepresivos Tricíclicos) o (antipsicóticos).

El otro tratamiento que se integra en este trabajo de investigación, es el tratamiento pedagógico, que de acuerdo a la información proporcionada por instituciones que atienden casos de niños(as) que ya han sido diagnosticados con TDA/H, es trabajado por pedagogos y psicólogos que siguen un proceso de técnicas consecutiva y evolutivas.

Las técnicas proporcionadas por instituciones se trabajan dependiendo a los criterios y el caso particular que presentan los(las) niños(as), pero todos coinciden como finalidad principal, el control de los síntomas que presentan los niños y que afectan su desarrollo físico, intelectual y afectivo – social. En base a lo anterior y de acuerdo a mi análisis crítico, se incluye como intervención pedagógica un proceso pedagógico formado por técnicas que tienen objetivos específicos y que parten de la obtención de información (entrevistas) tanto de los padres como de los(las) profesores(las) y del mismo niño(a) en el que se incluyen formatos que se emplean actualmente y que pueden ser retomados como alternativa para cumplir la finalidad para la que fueron realizados (obtención de información), así como mantener la confidencialidad de los datos o la información

que se obtengan de ellos, posteriormente sigue la identificación de conductas y la medición de frecuencia y duración de éstas, siguiendo a este tratamiento pedagógico, el aprendizaje y establecimiento de nuevas conductas que disminuirán las conductas problemáticas; cada una de las técnicas que integran el tratamiento pedagógico tienen un objetivo específico un procedimiento a seguir y fichas técnicas que se proporcionan para tener un control y conocer la evolución del caso que se está tratando, que se deberán incluir como parte del expediente del niño y que pueda favorecer la integración del niño tanto familiar como escolar.

# **CAPÍTULO I**

## **CONCEPTOS QUE NO SON TDA/H**

## I. CONCEPTOS QUE NO SON TDA/H

La importancia de titular este capítulo como *Conceptos que no son TDA/H*, se establece básicamente en tres puntos que son considerados de gran relevancia y que se mencionan a continuación; primeramente es necesario señalar que es más frecuente y sobre todo en la etapa escolar de un(una) niño(a) entre los 5 y los 12 años que los(las) profesores(as), sean quienes detecten los problemas de conducta cuando ingresan a la etapa escolar, pero es hasta que perciben diferencias en el comportamiento de un(una) niño (a) en comparación con el resto, que empiezan a tener indicios de que algo más ocurre con él o ella, por lo cual y de manera desafortunada, muchos profesores(as) emiten un diagnóstico erróneo.

El segundo punto consiste en el desconocimiento que tienen los(las) profesores(as) de la conceptualización de terminología utilizada para abordar temas tan importantes como son los trastornos o desordenes de conductas, emiten juicios previos o evidencian un desorden de conducta de manera inadecuada; los(las) profesores(as) no podrán hacer un diagnóstico, pero si tienen una función importante y es la de canalizar al(a) niño(a) con especialistas, quienes serán los encargados de realizar estudios o pruebas que le permitan dar un diagnóstico acertado y puedan iniciar a tratar al niño o niña según sea el caso.

El último punto es imprescindible ya que antes de evidenciar al(a) niño(a) o establecer un diagnóstico, será necesario que no se alarme a los padres antes de la intervención de los especialistas, que puedan profundizar en el tema y reconocer cual es la etiología de dicho desorden que se está manifestando.

El profesor titular de un grupo puede observar que en comparación a los demás integrantes del grupo, un(una) niño (a) particularmente puede presentar síntomas o manifestaciones de conducta que no son las *regulares* que presenta el o la escolar a cierta edad, pero la observación no es una base fehaciente para establecer un diagnóstico, ni mucho menos para evidenciar ante el grupo al(a)

alumno(a) que los presenta; el(la) profesor(a) tiene que buscar la participación de especialistas al igual que la de los padres, siendo que el objetivo principal que se desea lograr, es que el(la) niño(a) mejore el trastorno de conducta que presenta, que casi siempre se presenta con otros trastornos coexistentes, generando no sólo problemas de aprendizaje y perjudicar su desempeño en la escuela, sino que puede generar otros trastornos físicos o emocionales.

Es necesario hacer mención que el trabajo que se requiere para mejorar los trastorno de conducta, físicos o emocionales que presenta un(una) niño(a) sea cual sea, coexistentes o no, debe ser integrado de manera “interdisciplinaria”<sup>1</sup> haciendo partícipes a los especialistas que se requieran para el manejo de los trastornos o desordenes a tratar, como psiquiatras, médicos, psicólogos, pedagogos, profesores y terapeutas; al igual que integrar a los padres en el proceso que se va a seguir, ya que ellos también son parte fundamental; proceso va a depender del caso y la disposición del(a) niño (a) para mejorar, así como de la colaboración y la unión entre los dos sistemas institución - familia con el(la) niño(a), será indispensable establecer y llevar el ritmo del tratamiento adecuado por lo que se requiere tanto del trabajo en la institución con los especialistas y en el hogar con los padres.

Según lo anterior y una vez aclarada la importancia de conocer que son y cuáles podrían ser los trastornos de conducta que presenta un niño tales como: la hiperactividad (HA), la hiperquinésis (DCM), el trastorno por déficit de atención (TDA) y otros que puedan ser coexistentes o no, al igual que sus manifestaciones y las diferencias que existen entre estos trastornos con los que hay mayor confusión, en este capítulo se presenta de manera entendible y haciendo uso de la conceptualización de la terminología actual que se ha ido modificando con el paso del tiempo y gracias a los estudios recientes realizados por psiquiatras, médicos y

---

<sup>1</sup> Renshaw, Domeena C., (1998), *El Niño Hiperactivo*, Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V. 6ª reimpresión, México p.13.

psicólogos a continuación se establezca de manera específica, la diferencia entre terminología que suele ser confundida y así como las diferentes manifestaciones o síntomas que suelen presentar.

Todo esto con la finalidad de que a los(las) profesores(as), padres de familia y demás personas a quienes les interesen estos temas o hayan observado que alguno de sus hijos(as) o niños(as) con los que se relacionan tenga un trastorno de conducta, puedan ampliar las posibilidades de identificar un trastorno, o si es que presentan una serie de síntomas que puedan ser parte de una entidad clínica y tengan la posibilidad de canalizarlos con especialistas y sean tratados a tiempo para controlar el trastorno que presentan.

## 1.1 HIPERACTIVIDAD (HA)

### Definición

Conforme se ha avanzado en las investigaciones de los trastornos de conducta y desde el punto de vista de muchos doctores, psicólogos y/o especialistas se ha definido a la hiperactividad a lo largo de muchos años, a continuación se enlistan una serie de definiciones dadas por diversos especialistas y que se utilizaron en apoyo para la elaboración de este trabajo.

- La hiperactividad es un síntoma frecuente, observable en muchos niños, que debe evaluarse en relación a la historia del desarrollo mental y neurológico del individuo y tomando en cuenta las circunstancias del hogar y la escuela (Renshaw 77).
- La hiperactividad es un termino que describe un conjunto de trastornos conductuales característicos (Vallet 80).
- La hiperactividad como una pauta infantil persistente caracterizada por una inquietud y una falta de atención excesivas (Safer y Allen 99).

Para este trabajo la definición de Hiperactividad (HA) se retoma como “un alto nivel de actividad que se presenta de manera consistente y que se manifiesta en situaciones en las que resulta claramente inadecuada acompañada de incapacidad para inhibir o dominar una actividad” (Strauss 76)<sup>2</sup>.

El empleo de la palabra hiperactividad (actividad exagerada) se utiliza constantemente de manera errónea, ya que los signos que manifiesta un(una) niño(a) a menudo son confundidos con los de un síndrome; la hiperactividad es

---

<sup>2</sup> Farnham – Diggory, Sylvia, (1983), *Dificultades de Aprendizaje*, Capítulo VI, Ediciones Morata, S.A., 2ª Edición, Madrid, p. 119 –133.

considerada como un síntoma, que consiste en un alto nivel de actividad cuyas principales manifestaciones son la Inquietud o la incapacidad para dominar una actividad en particular y la falta de atención excesiva, que son reconocidas cuando el(la) niño(a) en comparación con otros(as) de la misma edad y el mismo grado escolar las manifiestan continua y progresivamente.

La excesiva actividad, la inquietud y la distractibilidad son *regulares* como parte del crecimiento y desarrollo del(a) niño(a) sobre todo antes de ingresar a la escuela, pero si la actividad exagerada y las características antes mencionadas siguen hasta la edad de ir a la escuela (5 a los 6 años) puede ser considerada como una posible *inmadurez* que poco a poco irá desapareciendo según las expectativas de los padres, pero si las muestras de conducta verbal o motora incontroladas no desaparecen y al contrario son más constantes e incontenibles por parte del(a) profesor(a) o de los padres, es necesario recurrir a la ayuda de especialistas, puesto que la observación no puede ser considerada como una prueba fehaciente de que presenta un trastorno de conducta y mucho menos tener la certeza de cuál es, sin realizar una exploración del(a) niño(a) física, neurológica y sociológica (antecedentes hereditarios, problemas familiares, relación con los compañeros y otras.), es importante que cuando se empiecen a presentar las primeras manifestaciones se traten de manera adecuada ya que de seguir puede agudizarse el problema y generar una entidad patológica que pudo haberse evitado.

De manera general podemos decir que la hiperactividad es considerada como la actividad exagerada que presenta un(una) niño(a) de manera constante y progresiva, y aunque en la etapa escolar la hiperactividad es considerada como común; cuando se manifiesta sin razón alguna y afecta su desarrollo físico, cognitivo y afectivo- social, podemos hablar de un problema que requiere la participación de especialistas para conocer su etiología y seguir un tratamiento.

## Etiología

Pero ¿Cuál es la causa por la que las o los niños presentan hiperactividad?, es una pregunta que muchos padres y profesores(as) se plantean cuando detectan que un(una) niño(a) en particular esta presentando una serie de actividades exageradas en comparación con los demás niños(as); en realidad esta pregunta tiene mucha razón de ser, por que cada vez es más frecuente escuchar que en un aula se detectan, no uno sino, varios niños(as) con este síntoma.

Se presenta una mayor incidencia de hiperactividad en casos de niños(as) con defectos cerebrales como son “encefalitis, espasmos”<sup>3</sup> (con y sin fiebre), lesiones y parálisis cerebral, en los dos últimos estados se presenta una incidencia mayor de hiperactividad como es “la tercera parte de los niños con espasmos y la quinta parte de los niños que presentan parálisis cerebral, tienen antecedentes en su historial clínico con este síntoma.”<sup>4</sup>

Las influencias genéticas pueden ser la causante decisiva en el desarrollo de la hiperactividad y otros problemas coexistentes, por lo que en la etapa escolar los(las) niños(as) son considerados como inquietos, temperamentales, entrometidos y agresivos, siendo necesario que antes de establecer un diagnóstico se conozca cuál fue el proceso prenatal y perinatal del(la) niño(a), si fue parto natural o cesárea, su peso al nacer, su calificación del APGAR y si hubo sufrimiento fetal, así como realizar el historial clínico familiar para conocer los antecedentes que presentaron los demás miembros de su familia y que pueda o no heredar el(a) niño(a); como dificultades de aprendizaje, problemas conductuales o hiperactividad. “Aproximadamente entre el 20% y el 35% de 100 casos los padres de niños(as) hiperactivos presentan a su vez historiales con

---

<sup>3</sup> **Encefalitis.** Cualquier enfermedad infecciosa del sistema nervioso central humano caracterizada por inflamación del cerebro.

**Espasmo.** Contracción muscular violenta, involuntaria y anómala. El espasmo o calambre, se caracteriza por ser una contracción muscular muy prolongada y potente que se relaja con lentitud. (Safer y Allen).

<sup>4</sup> D. Safer y R. Allen, (1999), **Niños Hiperactivos “Diagnósticos y Tratamiento”**, Aula XXI, Santillana, p.41.

hiperactividad o problemas de conducta durante su niñez.”<sup>5</sup> También es preciso conocer las circunstancias por las que atraviesa la familia ya que un hogar inestable, caótico, con falta de armonía o donde existe separación de los padres pueden ser circunstancias generadoras de problemas de conducta o desarrollar en el(la) niño(a) hiperactividad.

Los informes de los padres sobre el historial familiar y evolutivo del(a) niño(a) son útiles, pero los informes escolares lo son más, ya que es en la escuela donde se maneja la investigación de manera más objetiva, siendo el(la) profesor(a) quien observa y maneja información sobre el(la) niño(a). Estos informes nos proporcionan testimonios sobre la conducta actual que presenta en las horas de clase y de recreo, su desempeño en las actividades escolares y la relación que tiene con los demás integrantes del grupo; en caso de ser necesario también será pertinente tener los informes conductuales que fueron realizados por profesores(as) de grados anteriores. Siendo lo ideal, obtener una combinación de datos procedentes de los padres y la escuela.

Los problemas de aprendizaje son un tema que se escucha a la par de hiperactividad, pero un(una) niño(a) que manifiesta actividad exagerada (hiperactividad) puede o no presentar problemas de aprendizaje, ya que su coeficiente intelectual (CI) no está en un nivel menor al promedio, al contrario su capacidad perceptiva se encuentra más desarrollada gracias al exceso de energía que presenta, según Farnham – Diggory “los niños hiperactivos conocen y entienden su mundo manipulándolo”<sup>6</sup>, por tanto ellos no necesitan permanecer sedentarios o copiar todo lo que les pide el profesor para entender y retener cierta información; un(una) niño(a) hiperactivo necesita observar, manipular, tocar y ejecutar lo que le están enseñando, para que logre mantener su atención solo el tiempo suficiente para captar la información dada.

---

<sup>5</sup> Ibidem p.42.

<sup>6</sup> Farnham – Diggory, Sylvia. Op. cit. p.120.

Otro de los elementos que pueden contribuir a que un(una) niño(a) manifieste actividad exagerada es el ritmo actual en que se vive, ya que el bombardeo de información, la televisión, las computadoras y los juegos electrónicos han contribuido a que haya una sobreestimulación en los(las) niños(as), siendo una de las causas por la que pierden su habilidad para concentrarse.

Por lo general, el(la) niño(a) que manifiesta hiperactividad, no se da cuenta de que tiene un problema, para el o ella esta actividad exagerada es parte de su vida por lo que es necesario que no se evidencie al niño frente al grupo escolar, ni se de al niño algún tipo de calificativo.

## **Características**

Los(las) niños(as) con hiperactividad en general manifiestan energía sin control, agitación continua y gran distractibilidad lo que limita su atención para realizar cualquier actividad o deja proyectos inconclusos.

Si en el salón de clases, un niño(a) presenta manifestaciones particulares a diferencia de los otros, los(las) profesores(as) coinciden frecuentemente en que: cambia constantemente de actividad, olvida el material académico que ha memorizado, destruye el material, manifiesta cierta inmadurez en las destrezas que requieran buena coordinación motriz, cambia de sitio con frecuencia, se balancea, salta sobre los pupitres, hace berrinches, pelea frecuentemente, desafía a sus superiores, no obedece órdenes, se burla, enuresis nocturna<sup>7</sup>, miente con frecuencia, no puede dormir, no teme a correctivos y muchas más.

---

<sup>7</sup> **Enuresis nocturna.** Emisión involuntaria de orina; cuando es nocturna puede ser originada por alteraciones psicológicas o por problemas conductuales. Si se produce durante el día su origen puede asociarse a enfermedades de la vejiga. (Velasco, Fernández Rafael).

Si un profesor o padre de familia observa en el(la) niño(a) alguna de las manifestaciones anteriores o note actividad exagerada, es muy importante que busque ayuda, muchos padres creen que tiene la culpa del comportamiento de sus hijos(as), pero ahora lo que adquiere mayor relevancia es controlar esta dificultad antes de que se desarrolle un síndrome como el trastorno por déficit de atención, empeore su desempeño escolar o sea generador de problemas tanto en la escuela como en casa o en el lugar y con la gente que lo rodea.

Hasta aquí podemos concluir que la hiperactividad es un síntoma que se presenta en niños(as) regularmente y que su principal característica es la presencia de energía sin control y la distractibilidad que impiden que logre realizar o concluir sus actividades. Su etiología es genética, debido a que la mayoría de las o los niños que son diagnosticados con HA tienen como antecedente que alguno de sus padres presenta el mismo diagnóstico, por lo que antes de ser diagnosticado se debe conocer su historial clínico y familiar, pero además se deben de considerar otros aspectos generadores de este síntoma como situaciones familiares u otras que lo sobreestimulen e impidan que logre poner atención.

En cuanto a los problemas de aprendizaje los(las) niños(as) con HA pueden tenerlos o no, por lo que la búsqueda de nuevos métodos, técnicas y estrategias que le permitan integrarse a un grupo escolar requiere de la participación de especialistas o profesionales como lo pedagogos; que deberán contribuir de manera interdisciplinaria tanto con los profesores, los padres de familia y el(la) mismo(a) niño(a) con la finalidad de controlar el proceso por el que pasa y mejore su calidad de vida.

Otro trastorno de conducta con el que hay confusión en la terminología es el *Síndrome Hiperquinético*, hasta hace unos años también conocida como *disfunción cerebral mínima* (DCM), a diferencia de la hiperactividad este trastorno presenta una serie de manifestaciones que forman una entidad patológica lo que le da la denominación de “síndrome”

Se denomina *síndrome* al conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad. Los médicos se percatan de que se manifiesta una constante en los signos y síntomas que caracterizan a un grupo de pacientes.

Los especialistas sólo designan a un grupo de signos y síntomas como *síndrome* cuando el estudio histórico o los antecedentes que presenta tal estado, tienen un grado de coherencia que puede ser anticipado, es decir, los médicos pueden emitir un pronóstico.

## 1.2 SÍNDROME HIPERQUINÉTICO

Al igual que la hiperactividad y otros trastornos conductuales, a lo largo de los años se han ido realizando investigaciones sobre este síndrome y se han dado algunas definiciones que en seguida se presentan.

- El síndrome hiperquinético es una serie de manifestaciones de conducta, que forman una entidad clínica de espectro muy amplio, desde formas leves a graves. El término *disfunción cerebral mínima* describe los fenómenos de las alteraciones del conocimiento, percepción y aprendizaje, que se ven comúnmente en este padecimiento. (Renshaw 77)

La misma autora hace una diferenciación en el empleo de los términos hiperquinésis y disfunción cerebral mínima.

El término *síndrome hiperquinético* se usa para describir el componente del *síndrome relativo a la conducta*, es decir la hiperactividad, la distractibilidad y la escasa capacidad de atención; en cambio al hablar de *disfunción cerebral mínima* se señala una deficiencia de funcionamiento entre los *procesos del pensamiento, el aprendizaje y la ejecución motora*.

- La hiperquinésis es el más aparente de los trastornos de conducta. No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño (Velasco 80).
- La disfunción cerebral mínima se conoce comúnmente por sus iniciales (DCM), se basa por lo general, en un defecto de percepción o de aprendizaje habitualmente asociado a la hiperactividad y a la falta de atención (Safer y Allen 99).

## Definición

De acuerdo con la observación clínica, “el síndrome hiperquinético constituye una entidad patológica denominada como *disfunción cerebral mínima*”.<sup>8</sup> El síndrome hiperquinético no se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente (movimiento extremo).

La disfunción que presenta el niño (a) genera una excesiva actividad sensorial, es decir, estímulos externo y estímulos internos, generan que el niño (a) este permanentemente hiperestimulado; siendo está la característica fundamental que da origen a la necesidad de permanecer en constante movimiento.

---

<sup>8</sup> Sneyers, Ana, (1979), *Problemática de la disfunción Cerebral Mínima*, 1ª Edición, Barcelona, p.267.

Principalmente los estímulos internos como el hambre, dolor, sed y otros, tienen mayor intensidad y requieren de una satisfacción inmediata, de no ser así altera seriamente la conducta, es por esto que la manifestación es permanente y se presenta en todo lugar.

Los(las) niños(as) con disfunción cerebral son inquietos en el hogar, en la escuela y fuera de ella, a diferencia de otros(as) niños(as) cuyo problema no es disfunción cerebral, ya que es más selectiva en sentido de que se manifiesta sólo en momentos o lugares que lo originan o lo evocan.

Anteriormente los pediatras y/o psiquiatras, consideraban que los síntomas hiperquinéticos disminuían con la edad, pero desafortunadamente cuando se tenía un seguimiento sobre casos particulares de jóvenes, continuaban teniendo una persistencia en los problemas en cuestiones académicas, adaptación social y desarrollo emocional, por lo que es recomendable que en el momento en el que padres de familia o profesores(as) perciban que en su hijo(a) o en su alumno(a) se están presentando síntomas que van más allá de la hiperactividad, es recomendable que se lleven con especialistas, principalmente neurólogos, para que sean ellos quienes determinen el problema que se está presentando, detecten la presencia de problemas neurológicos, en caso de ser así, que establezcan el lugar y la gravedad de posibles lesiones cerebrales *mínimas* o no, y que dispongan mediante una serie de acciones las mejores alternativas que permitan controlar los problemas de salud físicos, cognitivos, emocionales y de conducta que presenta un(una) niño(a) con este síndrome.

## Etiología

Al igual que otros síndromes la etiología del síndrome hiperquinético es una pregunta primordial y constante que nos hacemos todos a los que nos interesa el tema sobre la conducta infantil, pero si evocamos que este síndrome particularmente constituye una entidad patológica definida anteriormente como lesión cerebral es importante conocer la génesis de esta entidad.

La lesión cerebral puede producirse desde el momento de la gestación, pasando por el parto y hasta muchos años después, a continuación se enlistan los factores que con mayor frecuencia producen lesión cerebral en tres etapas diferentes que son las prenatal, neonatal y posnatal.

### - Etapa prenatal

Periodo comprendido desde el momento de la concepción hasta los nueve meses de gestación (antes del nacimiento). Durante esta etapa pueden ocurrir los siguientes factores que producen cambios estructurales que dan origen a la disfunción.

1. Padecimientos infecciosos de la madre durante el periodo de gestación principalmente la “rubéola y toxoplasmosis”<sup>9</sup>.
2. Anoxia del producto, producida por las siguientes situaciones: anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios y otros.

---

<sup>9</sup> **Rubéola.** Enfermedad contagiosa de corta duración, causada por una infección viral, se caracteriza por una erupción de color rosado, que dura de uno a cuatro días, tiene a veces consecuencias graves en la mujer gestante. El recién nacido puede verse afectado por varias anomalías congénitas, incluyendo defectos cardíacos, retraso mental, sordera y cataratas.

**Toxoplasmosis,** infección por parásitos, cuyo agente causal es el microorganismo *Toxoplasma gondii*. El curso de la enfermedad suele ser leve y se caracteriza por poco llamativos síntomas que recuerdan a los de un catarro común. Sin embargo, si una mujer contrae la toxoplasmosis durante el embarazo esta enfermedad puede ocasionar anomalías congénitas graves en el feto.

Spevak, Jack, (1975), *Su Niño (Un manual para padres)*, Meredith Corporation, 2ª edición, México, p.382.

3. Hemorragia cerebral en el producto (microhemorragias) producidas principalmente por: “toxemia”<sup>10</sup> durante el embarazo, trauma directo y diátesis hemorrágica.
4. Exposición excesiva a los rayos X.
5. Diabetes mellitus.
6. Factor Rh (aglutinógeno que se encuentra en la sangre del 85% de la población a los cuales se les designa Rh positivo y los que no poseen el aglutinógeno son Rh negativo<sup>11</sup>).
7. Amenaza de aborto.
8. Demasiados años en la madre o demasiado joven.

- Etapa Neonatal

Esta etapa esta comprendida por el tiempo que dura el proceso de parto y entre los factores están:

1. Anoxia neonatorum se produce cuando hay obstrucción mecánica respiratoria al nacer, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa ó desprendimiento de placenta e hipotensión pronunciada.
2. Todas las distocias que producen sufrimiento fetal como: aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción al parto.
3. Niños prematuros con bajo peso al nacer.
4. Puntuación baja en la prueba que valora el estado de salud del neonato (APGAR).

---

<sup>10</sup> **Toxemia.** Situación clínica caracterizada por la presencia de toxinas o materiales tóxicos en la sangre (bacteria, químico u hormonal). Ibidem p.383.

<sup>11</sup> Sola, Mendoza Juan, (1998), **Puericultura**, Editorial Trillas, 6ª reimpresión, México, p.58.

- Etapa Posnatal

Esta es la etapa posterior al trabajo de parto y al nacimiento, se consideran con mayor frecuencia las siguientes causas:

1. Enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida como son: el sarampión, la escarlatina y neumonías; así como la encefalitis y la meningitis.
2. Traumatismos craneanos.
3. Secuelas debido a la incompatibilidad del factor Rh.
4. Neoplasias cerebrales (crecimiento celular anómalo).
5. Anoxias accidentales pasajeras.
6. Epilepsia y fiebres altas con convulsiones.

Estos son considerados como los factores que con mayor frecuencia son las causantes de la lesión cerebral, por lo que es imprescindible aclarar que la disfunción cerebral con o sin lesión demostrable, es el antecedente de las manifestaciones del síndrome hiperquinético.

A manera de conclusión se puede decir que el síndrome hiperquinético es considerado así, porque es el resultado de una entidad patológica denominada como disfunción cerebral mínima y que se caracteriza por manifestar movimiento exagerado extremo, además de que coexisten casi siempre una serie de síntomas que agravan el problema. También es importante mencionar que la etiología puede darse durante tres etapas del desarrollo de cualquier ser humano que son prenatal, neonatal y posnatal y que al igual que la hiperactividad requiere de la participación de especialistas de manera interdisciplinaria en la que el niño (a) ha de ser atendido por procedimientos especiales que lo ayuden a controlar el problema de conducta y de salud que presenta.

## **Síntomas Coexistentes**

Strauss señala que “los niños con lesión cerebral son excéntricos, incoordinados, desinhibidos, socialmente rechazados y con reacción catastrófica”<sup>12</sup>, por lo que podemos decir que la sintomatología conductual que presentan los niños (as) con esta entidad patológica se presenta de manera recurrente y persistente, cabe señalar que para ser considerado como síndrome no podemos olvidar que este implicará un conjunto de características coexistentes. A continuación se mencionan y definen las características de una serie de síntomas que se presentan en los niños (as) escolares con inteligencia “regular” y que pueden integrar el síndrome hiperquinético.

### ***Agresividad***

Todos los seres humanos tenemos momentos de irritación a las que respondemos con enojo; las explosiones de disgusto son generalmente episodios ocasionales, pero no así los conflictos crónicos que son repetidos un día tras otro como ataques de sus compañeros, temor a los castigos en casa, la represión de sentimientos de ira y otros son los generadores de agresión en el niño (a).

Los contactos sociales de la infancia determinan definitivamente el carácter de la conducta social del adulto, es por esto que los acontecimientos que el(la) niño(a) vive durante los primeros años de vida pueden ser los generadores de un comportamiento agresivo al ingresar a la escuela, muchos niños(as) cuando reciben ayuda psicológica relatan hechos o conflictos intensos que pueden ser la causa de este síndrome, pero otros más simplemente lo olvidan y el actuar agresivo es una forma de exteriorizar la represión de sentimientos. Otro generador es la *rivalidad* casi siempre generada por un(una) hermano(a) menor; la necesidad de acaparar la atención de los padres genera en el(la) niño(a) ansiedad y enojo

---

<sup>12</sup> Strauss, A. A. y Lehtinen, L. E., (1947), *Psicopatología y Educación: La Lesión Cerebral en Niños*, Vol. 1, Estados Unidos, p.24.

que lo llevarán a ser agresivo con el bebé o proyectarlo en la escuela con algún compañero(a) o con el profesor(a).

Al hacer una evaluación es necesario conocer si la agresividad es persistente e intensa; para esto es necesario interrogar a los dos padres de forma cuidadosa, tratando de conocer las posibles causas que lo originan y rescatar detalles exactos de los primeros años del(a) niño(a); de cuándo, cómo, y con qué frecuencia se observa la agresión y de que forma se maneja por parte de ellos, igualmente es necesario conocer los antecedentes que presenta la o el niño en la escuela y las observaciones realizadas por el(la) profesor(a) actual y de ser necesario también el de los(las) profesores(as) anteriores, para conocer el comportamiento del(a) niño(a) en clase y con sus compañeros(as) de grupo o con la comunidad escolar.

### ***Destructividad***

Sólo se considerará a la destructividad como un síntoma, dependiendo de la frecuencia con la que un(una) niño(a) destruya, tanto en casa como en la escuela, los objetos que tenga más próximos a él o ella, haciendo uso de herramientas como palos, juguetes, cucharas, tijeras y otros, o destruyéndolos con sus manos y/o sus pies.

Si este no es un comportamiento que el(la) niño(a) realice de manera persistente, sino que sea de manera esporádica, difícilmente puede ser considerado como un síntoma, ya que será descrito como una *reacción* a cierta impotencia o frustración, que se presente en determinado momento.

La destrucción de objetos en casa va desde sus juguetes hasta objetos como floreros, vidrios de ventanas, adornos y muebles; también se toman en la escuela como un indicio de destructividad; cuando el(la) profesor(a) señala que el material que le ha proporcionado para la elaboración de actividades está roto o

incompleto, rompe el lápiz, los colores y no solamente los de él o ella sino de sus compañeros(as), este comportamiento sin lugar a dudas genera en sus compañeros(as) rechazo y que lo excluyan del grupo.

### ***Hiperactividad motora y verbal***

Sí la hiperactividad pasa de ser un síntoma y se convierte en una conducta incontrolable que afecta el desarrollo *regular* de un(una) niño(a) y perdura después de los ocho años de edad, se puede considerar que ya es una entidad patológica que requiere estudio y de tratamiento.

Una vez que la hiperactividad es considerada como una entidad patológica es necesario establecer de que forma se manifiesta con mayor persistencia, si es, la hiperactividad verbal ó la motora, pero en general sea una o la otra, se manifiestan de manera incontrolada y casi permanente haciendo imposible la capacidad del(a) niño(a) para mantener el foco de su atención durante la explicación de un tema, la conversación con alguien (casa, escuela y/o amigos) o cualquier actividad física o intelectual; esta incontrolable manifestación de conducta llega a irritar a otros niños(as) especialmente a los adultos con los que se relaciona, generando una serie de problemas que le afectan no sólo en su aprendizaje sino de manera afectiva, la cual puede o no, desarrollar un trastorno del sueño ya que a veces la hiperactividad se incrementa durante la noche, de tal manera que se dificulta el poder dormir; o dormir pronto y despertar pocas horas después manifestar signos propios de la hiperquinésis como, hablar en voz alta cuando está somnoliento, levantarse por la madrugada, ponerse a jugar o despertar a su familia.

### ***Inatención***

La inatención es un síntoma que integra y es persistente en este síndrome, es producto de la distractibilidad que impide que el niño centre su atención teniendo como resultado problemas grandes para aprender. Los cortos periodos de tiempo en los que el(la) niño(a) con este síndrome logra centrar su atención requieren que sean aprovechados al máximo, requiriéndose a demás de la participación de especialistas ya que la inatención que presenta no le permite jerarquizar o darle prioridad a las actividades primarias que debiera realizar primordialmente, pero debido a su imposibilidad para discriminar una actividad secundaria se necesita de una mayor atención por parte de sus padres en casa, como de los profesores, pedagogos o especialistas en la escuela que tendrán que adoptar el papel de guía.

### ***Irritabilidad***

La irritabilidad es uno de los síntomas característicos de los(las) niños(as) hiperquinéticos. Este síntoma consiste en la producción de manifestaciones intensas generando una reactividad emocional alterada; un(una) niño(a) hiperquinético muestra baja tolerancia a la frustración que puede pasar sorpresivamente del enojo a la risa y/o al llanto, así como hacer berrinches incontrolables mostrando siempre escaso control sobre su conducta generando que los padres o profesores(as) pierdan la paciencia.

### ***Impulsividad***

Un(una) niño(a) con este síntoma *hace lo que su impulso le indica*, no piensa en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos (no demora la satisfacción de sus demandas).

Una de las acciones que realiza con mayor frecuencia es la de los hurtos tanto en casa como en la escuela, ya que su necesidad de satisfacción lo lleva a la obtención de objetos a realizar acciones sin la mayor preocupación. Frecuentemente es considerado como un(una) niño(a) temerario (que no mide el peligro) por lo que se ve involucrado en conflictos interpersonales y desarrolla una conducta antisocial; la conducta del(a) niño(a) en ocasiones llega a ser exasperante por lo que son conocidos como *las o los niños eternamente castigados*.

### ***Incoordinación Muscular (Dispraxia)***

Algunos de los(las) niños(as) que son diagnosticados como hiperquinéticos tienen un aceptable desarrollo motor e incluso muestran cierta habilidad para llevar a cabo actividades físicas o creativas, pero también hay casos en que “los niños exhiben una torpeza general”<sup>13</sup>, en el que se ven involucrados la coordinación motriz gruesa como la fina, a esta forma de incoordinación se le clasifica como *dispraxia*<sup>14</sup>, presentando caídas constantes, se golpea cuando va caminado con la pared, muebles u obstáculos, así como la dificultad para mantener cosas entre las manos, imposibilitando la oportunidad de integrarse en juegos o actividades físicas con amigos(as) y/o compañeros(as).

En cuanto a la coordinación motriz fina se detecta fácilmente en la caligrafía deficiente o en la imposibilidad de trabajar en áreas limitadas en la escuela o usar materiales (pupitres, cuadernos, libros hojas y otros) o realizar actividades en casa como atarse los zapatos, abotonarse la camisa, comer y demás.

---

<sup>13</sup> Velasco, Fernández Rafael, (1997), ***El Niño Hiperquinético***, (Los Síndromes de Disfunción Cerebral), 4ª reim. Editorial Trillas, México, pp. 33.

<sup>14</sup> *Ibidem* p.34.

## ***Disforia***

Al igual que la irritabilidad, la disforia pertenece a la esfera afectiva del(la) niño(a), ésta se caracteriza por la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad.

La depresión es un *trastorno mental*<sup>15</sup>, las o los niños se sienten inútiles, culpables, tristes e indefensos debido a las situaciones que se presentan en el ambiente y con los miembros con los que se relaciona, generándoles una autoestima precaria, “los niños con disfunción cerebral se consideran a sí mismos incapaces, diferentes, malos e inadecuados”<sup>16</sup>, por lo que será necesario hacerles estudios de personalidad y obtener informes de sus padres y profesores; en cuanto a la ansiedad difícilmente se presenta de manera intensa y prolongada, pero sí la manifiesta cuando percibe ante él, situaciones nuevas o inesperadas.

## ***Desobediencia Patológica***

Se considera una patología porque los niños muestran *incapacidad* para la comprensión de órdenes verbales impuestas tanto en la casa como en la escuela.

Las órdenes y reglas dadas por los adultos son desobedecidas por el(la) niño(a), pero la actitud que muestra no es de quien desobedece sabiendo que comete una falta y que puede ser castigado por ella o que tiene que ocultar para evitar regaños, sino que la o el niño no comprende porque es una falta o por que se le ha prohibido hacer algo, es por esto que ve innecesario ocultarla, es más sigue cometiéndola una y otra vez, mostrando sorpresa cada vez que se le regaña o castiga.

---

<sup>15</sup> **Trastorno mental.** Afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social.

<sup>16</sup> *Ibidem* p. 125.

## ***Trastornos del Aprendizaje***

La disociación, la inversión del campo visual y la perseveración, son considerados desórdenes del proceso cognitivo en el área visomotora que, afectan el rendimiento del(a) niño(a) en el área de aprendizaje.

*La disociación* es la incapacidad que se tiene para ver las cosas como un todo, esta dificultad se puede observar al aplicar test visomotores. El(la) niño(a) presenta incapacidad de conceptualizar cosas separadas de una unidad significativa; el(la) niño(a) no dibuja correctamente las formas que se presentan como estímulos visuales ya que las invierte, las fragmenta y/o las corta; posteriormente pueden aparecer problemas en la escritura como disgrafía o en la lectura como dislexia.

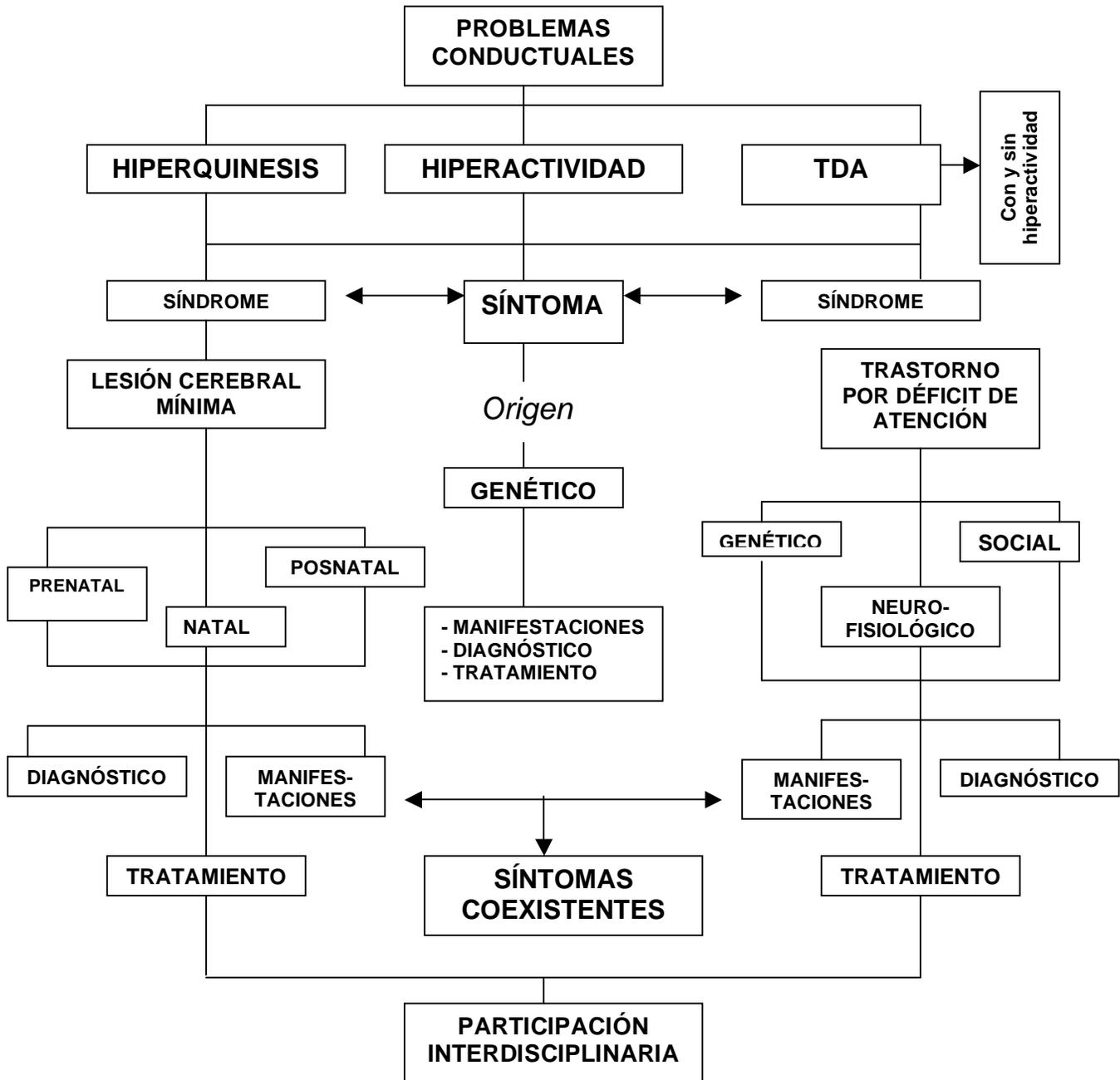
*Inversión del campo visual* esta es otra característica que interviene en el proceso cognitivo del(a) niño(a) ya que al observar una figura no puede destacar una figura del fondo donde se encuentra, a lo cual el(la) niño(a) le da mayor relevancia al fondo aconteciendo problemas en el aprendizaje debido a que los estímulos que provienen del campo sensorial adquieren el mismo valor, lo cual es un impedimento para centrar la atención en la figura principal.

*La perseveración* se considera como la incapacidad que tiene un(una) niño(a) para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra, en el caso de las o los niños con disfunción cerebral se presenta como un efecto posterior y prolongado ya que no puede discriminar una actividad de otra como por ejemplo; el(la) niño(a) continúa realizando una actividad aunque ya se haya concluido o sigue hablando del tema anterior aunque se haya cambiado de materia.

Es importante mencionar que pueden presentarse todos o sólo algunos de los síntomas que coexisten al síndrome hiperquinético antes mencionados, pero por lo general son los que se presentan comúnmente y/o con mayor frecuencia.

En el siguiente cuadro se establecen generalidades de los problemas de conducta que se han expuesto con anterioridad como son la hiperactividad (HA) y la hiperquinésis (DCM), además de las generalidades y la relación con el trastorno por déficit de atención (TDA) antes de iniciar de lleno con este trastorno que ha sido la motivación principal para la elaboración de este trabajo.

## ESQUEMA (PROBLEMAS CONDUCTUALES - GENERALIDADES)



# **CAPÍTULO II**

## **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA/H)**

## II. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA/H)

Desafortunadamente la confusión en la terminología utilizada para hablar sobre un trastorno de conducta, nos lleva a darnos cuenta de que existen diversos trastornos conductuales que en la actualidad son poco conocidos y diagnosticados de manera errónea por personas que no están autorizados para hacerlo, y que al hacerlo de manera equivocada puede generar incremento en el problema que presenta un(una) niño (a) que es señalado como tal, al que no sólo se afecta de manera emocional sino cognitiva y hasta física, creando una situación problemática y la pérdida de estabilidad para el niño y para la familia.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H), es el tema central para el desarrollo de este trabajo, por lo que es conveniente ir abordando paso a paso la terminología que definen los puntos más relevantes que se requieren para profundizarlo, así que hay que partir desde, por qué es un trastorno de conducta y cuáles sus implicaciones, además de hacer un primer acercamiento para saber a qué llamamos déficit de atención y posteriormente entrar de lleno con todos los aspectos fundamentales para conocer qué es el TDA/H.

Uno de los puntos que se abordan en este capítulo, es el de los datos estadísticos, ya que son éstos, los que nos permiten tener un conocimiento actual de la situación de este trastorno de conducta y su incidencia en nuestro país, por lo que hablar de TDA/H, es hablar de un tema que se escucha cada vez con más frecuencia no sólo entre los(las) profesores(as) y los padres de familia sino en medios de comunicación que han dedicado gran espacio para informar sobre qué es y el aumento considerable que se ha registrado.

Instituciones como el Centro Especializado en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (CETDAH) y El Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH (GENPETDAH), se han dedicado a atender caso de niños(as) con este trastorno conductual, también hacer investigaciones que permitan lograr

una mayor detección de este trastorno, siendo el diagnóstico tardío uno de los principales problemas que se presentan en nuestro país, ya que el tratamiento empieza en una etapa avanzada. Además de la existencia de otros trastornos que casi siempre coexisten con el TDA/H como son el negativista–desafiante y el trastorno disocial, que también se abordaran en el desarrollo de este capítulo.

La etiología, las manifestaciones y el diagnóstico son tres aspectos que no se pueden dejar de lado y que requieren de un gran espacio para profundizar, así que éste es un capítulo que tratará cada uno de los aspectos antes mencionados, tratando de aclarar qué es el TDA/H y qué lo diferencia de otros trastornos de conducta.

## 2.1 TRASTORNO DE CONDUCTA

Se considera como un “trastorno de conducta a cualquier alteración del comportamiento”<sup>19</sup> que presenta un(una) niño(a), caracterizado por acciones y reacciones antisociales que presenta en comparación con los demás individuos de su edad, este problema no aparece de un día para otro, por lo cual la etiología puede ser diversa, ya que existen gran variedad de síntomas que van evolucionando con el tiempo hasta establecer un patrón uniforme que se convierte en un problema de salud o una entidad patológica (síndrome).

Los(las) niños(as) y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener poca capacidad de planificar, evitar riesgos y aprender de sus experiencias negativas, pero también los niños que provienen de hogares en desventaja, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos.

Los trastornos de conducta implican ciertos comportamientos que se consideran desviaciones de la conducta regular, en la etapa escolar se detecta a un(una) niño(a) con dicha problemática cuando manifiesta comportamientos antisociales como la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (como las ausencias escolares o escaparse), la violación de los derechos ajenos principalmente el robo o la agresión física hacia otros. Estos comportamientos a veces se presentan juntos, pero puede suceder que aparezca uno o varios de ellos sin estar acompañados por ninguno de los demás; por lo que genera conflictos no sólo en el salón de clases, sino también con sus compañeros(as) y/o los(las) profesores(as); es posible que tenga problemas en toda la comunidad escolar, por lo que requerirá de la participación además de su profesor(a), de personal especializado de la institución en caso de contar con ella, sino es así, es pertinente que estos niños sean canalizados o enviados con especialistas.

---

<sup>19</sup> López-Ibor, Aliño Juan J., *DSM – IV- TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Editorial MASSON, Edición Española, pp. 90.

## 2.2 DÉFICIT DE ATENCIÓN

El déficit de atención es un problema que se presenta en niños(as) y se detecta casi siempre al ingresar a la escuela y consiste en la imposibilidad para mantener atención, para controlar los impulsos y el nivel de actividad, estos problemas se reflejan en el deterioro de la voluntad del(a) niño(a) para controlar su conducta por largo tiempo, presentado así una escasa atención sostenida, no consigue permanecer concentrado un tiempo similar al que pueden hacerlo otros niños de la misma edad.

Esta situación se manifiesta claramente cuando el(la) niño(a) no puede mantener en su mente lo que ha sido explicado por el(la) profesor(a), o para lograr la realización y culminación de una actividad en particular, ya que para la o el niño las actividades pueden ser largas, repetitivas o carentes de atractivo; además de que no entiende la importancia entre las actividades que realiza y las consecuencias que pueden tener.

Los(las) niños(a) con déficit de atención a menudo indican sentirse *cansados* o *aburridos* y como consecuencia, abandonan o cambian fácilmente de una actividad a otra; la principal causante son los diferentes estímulos que generan distracción en él o ella, así que aunque la actividad sea atractiva para el(la) niño(a) al fijar su atención en otro estímulo hace imposible que pueda realizarla, pero ya que se habla de atención, no se puede olvidar que, es un punto importante al que debe dársele la importancia debida por lo que a continuación se habla de este proceso.

“La atención no es un proceso psíquico, es un estado del individuo que se manifiesta en la concentración que tiene sobre algo”<sup>20</sup>; sin embargo en el sistema nervioso del ser humano actúan un gran número de excitadores; estos pueden ser

---

<sup>20</sup> Liublinskaia, A.A., (1965), *Desarrollo Psíquico del Niño*, Editorial Grijalbo, 5ª Edición, México, pp.207.

externos como la luz, los olores y los sonidos, además de los excitadores internos como la sensación de hambre, dolor, sed, cansancio, preocupaciones y vivencias.

Un ejemplo de este proceso se percibe de manera constante en un aula cuando el(la) profesor(a) da una explicación en clase y durante este tiempo otros excitadores pasan inadvertidos, se puede decir que *su acción queda inhibida*, por lo que el resultado es que el(la) niño(a) preste atención al lenguaje del profesor ya que este logra ser el centro de atención; pero si al pasar el tiempo cualquier otro excitador ya sea interno o externo inhiben al lenguaje del profesor, este ahora logra ser el centro de atención, ahora la o el niño se va a concentrar en la acción del nuevo excitador que será el que perciba con toda claridad.

Lo que se aprecia en el ejemplo anterior es sin lugar a dudas que los procesos de excitación son más intensos y predominan sobre los procesos de inhibición, lo que significa es que el sistema nervioso del niño está sometido a un intenso trabajo.

Debido a que la excitación se produce en la corteza del cerebro y que el proceso nervioso del estímulo muestra tendencia a propagarse fácilmente por ella, la concentración exige un intenso proceso de inhibición en los sectores vecinos de la corteza, de otro modo no puede surgir un foco suficientemente intenso de excitación nerviosa, por lo que se requiere de un entrenamiento de los procesos nerviosos en diversos tipos de actividades organizadas que pueden llegar a formar la facultad de concentración más prolongada y estable.

Un(una) niño(a) que presenta déficit de atención no logra inhibir los excitadores llámense internos o externos, por lo que el primer foco de atención deja de ser predominante y ahora éste queda inhibido. Pero las causas de la inatención son muy variadas pueden ser generadas por fatiga, porque el(la) niño(a) duerme poco o por la sobreexcitación del sistema nervioso del(la) niño(a), así que es necesario

encontrar el origen en cada caso concreto ya que la estabilidad de la atención se logra por procedimientos distintos.

### 2.3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA/H)

El trastorno por déficit de atención conocido como (TDA) por sus siglas en español, ya sea con o sin *hiperactividad*, “es un trastorno de base neurológica o neuroquímica”<sup>21</sup>, que constituye una entidad patológica cuyo grado de afectación en cada niño dependerá de la armonía psíquica, capacidad intelectual, el contexto familiar y social en el que se desenvuelve; estas características son decisivas para identificar el trastorno.

Una diferencia entre el déficit con hiperactividad y sin ella, es que el diagnóstico de TDA/H es mucho más frecuente de identificar debido a que las manifestaciones perturbadoras de una o un niño en el ámbito familiar y escolar, evidencian la existencia de algún trastorno; de igual forma un(una) niño(a) aparentemente *tranquilo* también puede ser diagnosticado con este trastorno de conducta ya que aunque no presente alteraciones en su comportamiento, el problema por el cual será atendido es quizás la dificultad para poner atención sostenida.

Las características esenciales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) son un patrón persistente de *desatención, hiperactividad e impulsividad*, cuyos síntomas pudieron haber aparecido antes de los 7 años de edad, pero no es sino hasta que ingresa a la escuela cuando puede detectarse un trastorno de conducta; debido a que el comportamiento que presenta un(una) niño(a) en particular al ser comparado con los demás de su edad en su aula escolar, denota una serie de conductas de manera persistentes y progresivas que impiden que pueda poner atención principalmente. Algunos niños(as)

---

<sup>21</sup> Gratch, Luis Oscar. Op cit. p.17.

desafortunadamente son diagnosticados con TDA/H tiempo después, a pesar de que los síntomas se han presentado durante varios años en el ámbito familiar y escolar.

Los médicos no saben exactamente qué es lo que causa el TDA/H, sin embargo, investigadores que estudian el cerebro están llegando a comprender lo que puede causarlo, ellos creen que algunas personas con este trastorno no tienen suficientes cantidades de ciertas sustancias llamadas *neurotransmisores* en su cerebro, que son las sustancias químicas que ayudan al cerebro a controlar la conducta, de las cuales se hablará más adelante cuando se aborde el tema de la etiología.

Los(las) niños(as) con TDA/H tienen dificultad para prestar atención sostenida ó poca persistencia en la realización de tareas tanto en casa como en la escuela; estos pueden ser mucho más activos e impulsivos ó solamente esto último, ya que aunque realizan un gran esfuerzo para mantener atención no consiguen permanecer concentrados un tiempo similar al que pueden hacerlo otros niños(as) de la misma edad.

Una de las experiencias más fascinantes con las que el ser humano tiene relación durante toda su vida es sin duda *el aprendizaje*, por lo que es importante considerar que *las dificultades de aprendizaje* suelen ser el principal motivo por el que los padres consultan a los neurólogos o los psicólogos; sin lugar a duda los trastornos cognitivos o conductuales constituyen en el ámbito escolar la principal fuente de preocupación para los padres, pues con frecuencia son indicadores de que *algo no esta bien* y esto puede ocasionar que sea rechazado por sus compañeros(as) o sea conocido como *la o el niño problema*.

Por tanto no se puede olvidar que la escuela es el primer lugar donde el(la) niño(a) interactúa con extraños, pone a prueba sus aptitudes y su rendimiento académico en comparación con los demás niños de su etapa evolutiva. También

es el lugar donde se encuentra un elemento clave que es *la o el profesor de grupo*, quien es la persona que casi siempre se encargará de la identificación de un posible trastorno de conducta, pero al hacerlo deberá de evitar evidenciar ante el grupo que el niño o la niña esta presentando dicho problema, tampoco deberá alarmar a los padres, pero lo que si tendrá que hacer es procurar que sea un especialista quien realice un diagnóstico adecuado y pueda iniciar un tratamiento en el que además se requerirá de la intervención de un grupo interdisciplinario de especialistas quienes serán la base de todo el proceso en el manejo y tratamiento que permita controlar al(a) niño (a), así como a mejorar su relación con los demás; su rendimiento académico e integrarse a un grupo regular. Las dificultades que durante la infancia afectan el aprendizaje y la conducta, si no son tratadas adecuadamente, es posible que durante la adolescencia se transforme en serios trastornos de conducta y de aprendizaje.

Uno de los problemas que desafortunadamente se presenta en la actualidad y de manera recurrente es la *sobrediagnóstico*, esto puede deberse a la tendencia en la observación, producto de los fanatismos teóricos, de la confusión en terminología y los beneficios económicos de personas sin ética, por eso y sin lugar a dudas es necesario canalizar y/o recurrir a instituciones ó especialistas que presten los servicios pertinentes y que se conozcan con veracidad de los servicios con que cuentan para evitar cualquier tipo de ultraje o mal servicio, así como la seriedad y discreción en el manejo y tratamiento del problema que esta presentando el niño y todos los involucrados en este trastorno.

A manera de resumen el desorden por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H), es un trastorno de conducta caracterizado por un grupo de síntomas que lo denominan como una entidad patológica, destacando la inatención o la dificultad para poner atención sostenida por un largo periodo de tiempo, la impulsividad y la hiperactividad en algunos casos, siendo ésta última la más frecuente lo que implica que pueda ser diagnosticada con mayor incidencia. En caso de que un(una) niño(a) presente estos síntomas además de otros coexistentes (casi

siempre hay más síntomas que coexisten), es necesario que el diagnóstico sea realizado por especialistas que se encuentren en condiciones de hacerlo como; neurólogos, pediatras, psiquiatras y psicólogos; quienes además de poder diagnosticarlo pueden manejar y establecer un tratamiento que permita controlar y mejorar éste trastorno por déficit de atención (TDA/H) en el que se podrán integrar otros especialistas como pedagogos y terapeutas.

En los siguientes puntos se abordarán temas que complementan todos los cuestionamientos que nos hacemos cuando hablamos sobre este trastorno de conducta y que nos llevan a un mayor entendimiento de este déficit de atención con hiperactividad como son la etiología, manifestaciones y el diagnóstico, así como datos estadísticos que son realizados por instituciones que se encargan no sólo de hacer investigaciones sino de diagnosticar y tratar casos específicos de niños con TDA/H.

## 2.4 ETIOLOGÍA

### Factores Neurofisiológicos

La explicación respecto a la etiología en este trastorno (TDA/H), “sitúa la dificultad en la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar futuros eventos”<sup>22</sup>.

Retomando un poco la definición de síndrome que se abordó en el capítulo anterior decimos que se considera como *síndrome* a un conjunto de signos y síntomas que aparecen en un grupo de pacientes cuyas características son similares constituyendo así una entidad patológica que requiere de la intervención

---

<sup>22</sup> Las personas que han padecido **lesiones en la corteza cerebral prefrontal** (encefalitis y traumatismos) se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y poco dispuestos a seguir reglas.

de especialistas cuyo tratamiento es similar en cada caso ya que la respuesta es relativamente igual en todos los pacientes.

En casos que son diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) aparece una sintomatología similar, una etiología en común o que se encuentra dentro de los registrados como posibles orígenes e iguales respuestas terapéuticas. Entonces veamos en qué consiste el TDA/H y cuáles son los trastornos neuroquímicos que motivan su sintomatología.

Gracias a los importantes avances en neurofisiología ahora sabemos que las distintas áreas del sistema nervioso central poseen diferentes funciones; ciertos grupos de células del tejido nervioso sintetizan sustancias químicas conocidas como “neurotransmisores”<sup>23</sup> como la dopamina, noradrenalina, la acetilcolina y la serotonina. “El sistema límbico, función muy importante del sistema nervioso central y el lóbulo frontal son las principales localizaciones anatómicas del sistema encargado de la atención, desde allí las células nerviosas envían sus proyecciones a diferentes áreas del cerebro, por lo que una gran parte de éste participa en las tareas de atención y aprendizaje”<sup>24</sup>; así que la interrelación entre estos grupos neuronales es mediatizada por la intervención de los neurotransmisores ya mencionados. Por ejemplo, durante la clase de español un niño necesita permanecer tranquilo y poniendo atención y después durante la clase de educación física o en un partido de fútbol deberá correr y atender las reglas de juego; como podemos ver diferentes tipos de actividades exigen diferentes tipos de atención y no todos los niños pueden lograrlo, los niños con TDA/H poseen dificultades específicas e independientes de la voluntad.

---

<sup>23</sup> **Neurotransmisor.** Sustancia química que interviene en la producción de impulsos nerviosos en las uniones sinápticas entre neuronas o entre una neurona y el órgano que inerva. Los distintos neurotransmisores se elaboran en el cuerpo de las neuronas, desde donde son conducidos a las terminaciones presinápticas en las que se almacenan en forma de vesículas. Con la llegada de un estímulo nervioso son liberados desde estas posiciones permitiendo la transmisión del mismo.

<sup>24</sup> Gratch, Luis Oscar. Op. Cit. p.16.

## **Factores Genéticos**

Uno de los principales procedimientos realizados por los neurólogos o especialistas que tratan casos de niños(as) con trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDA/H, es sin lugar a dudas la entrevista a los padres, cuyo objetivo será conocer los antecedentes familiares que pueden ser decisivos para intuir en el origen de este trastorno de conducta y otros posibles síntomas que presenta un(una) niño(a) en particular; siendo el origen genético el que se considera según datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Siquiátrica uno de los puntos más recurrentes al elaborar un historial clínico del niño TDA/H (de 100 casos el 50% es por herencia), al conocer el historial familiar por lo menos uno de los dos padres tuvo antecedentes o presentó problemas conductuales durante su niñez o adolescencia, en primer lugar hiperactividad, en segundo lugar déficit de atención y posteriormente otros síntomas conductuales.

La mayoría de los casos de adultos que en su niñez o adolescencia no fueron diagnosticados y tratados adecuadamente durante su vida adulta posiblemente mejorará en algunos síntomas, pero otros seguirán siendo evidentes, ya que erróneamente se pensaba que las o los niños con TDA/H conforme crecían mejoraban hasta que los síntomas que dan origen a esta entidad patológica desaparecían, pero esto no es así, según la Fundación Federico Hoth... “al llegar a la etapa adulta y con un buen tratamiento el TDA/H mejora considerablemente, pero no se elimina, sólo se controla”<sup>25</sup>.

## **Factores Sociales**

Se puede observar mayor desatención en niños(as) diagnosticados con TDA/H cuando en el aula escolar el ambiente académico es poco estimulante, por lo que es importante resaltar que además de que un(una) niño(a) que presenta

---

<sup>25</sup> La Fundación Federico Hoth, A.C., se funda en el año 2000. Su principal proyecto es el desarrollo de un programa efectivo para la atención del TDAH a nivel nacional.

déficit de atención con hiperactividad, tiene serias dificultades para mantener su comportamiento dirigido hacia un objetivo determinado, la situación empeora cuando el ambiente que vive es caótico, inadecuado o desorganizado; esto también puede vivirlo en el hogar pero hay que subrayar que los factores sociales no son el origen en sí, sino que estos factores sociales pueden agravar la situación conductual y la etiología del trastorno por déficit de atención.

Una familia más organizada, con reglas más consistentes, si bien no resulta ser la cura para el trastorno, sí puede influir en la intensidad de algunas manifestaciones sintomáticas aunque no de todas.

Como hace algunos años no se conocían con precisión las alteraciones neuroquímicas la etiología era atribuida a otros factores que en la actualidad son descartadas y que a continuación se señalan:

- El exceso de azúcar en la alimentación.
- La alergia a sustancias como los colorantes en los alimentos.
- La falta de algún tipo de vitamina.
- Mirar televisión por tiempos desmedidos.
- Los videojuegos.
- El divorcio de los padres durante esta etapa escolar o antes.
- Los conflictos familiares (estos pueden ser una de las causas que incrementan el problema de conducta pero no lo ocasiona).

Antes de atribuir a uno u otro factor etiológico es necesario que se haga una revisión minuciosa del caso que se está tratando, así como realizar todos los estudios y procedimientos necesarios para evitar un mal diagnóstico o confusión entre problemas y descartar cualquier otro síndrome o disfunción cerebral.

## 2.5 MANIFESTACIONES

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por la presencia de tres manifestaciones principalmente que se hacen más evidentes en los niños sobre todo cuando han ingresado al ámbito escolar.

### *A. Inatención*

- La imposibilidad para mantener la atención por largos periodos (atención sostenida).
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para mantener un buen desempeño en sus actividades escolares a pesar de no tener problemas cognitivos.
- Atención selectiva.

### *B. Impulsividad*

- Conductas impredecibles

### *C. Hiperactividad*

- Actividad exagerada e incontrolable.

## **Inatención**

La inatención suele manifestarse en situaciones académicas, el trabajo suele ser sucio, descuidado, inapropiado ó no corresponde a lo que indicó el(la) profesor(a) y es realizado sin comprensión. El(la) niño(a) no sólo manifiesta dificultad para mantener atención en actividades académicas sino también lúdicas, en las que pasa por alto reglas o indicaciones, resultando difícil persistir en cualquier actividad o juego hasta finalizar. Un(una) niño(a) que es diagnosticado con TDA/H pasa de una actividad a otra y deja inconclusas las dos anteriores para ir a una tercera que no culminará como las anteriores.

Si un(una) niño(a) constantemente manifiesta incapacidad para culminar actividades posiblemente si sea por problemas de atención pero antes de que sea puntuado de esta manera será necesario conocer si no hay otras posibles razones por las que no logre culminar sus actividades y también es importante saber qué tan constante es esta situación y si se efectúa de manera progresiva.

Otra de las situaciones que prevalece en niños con déficit de atención es la variabilidad en la atención denominada como “atención selectiva”<sup>26</sup> que consiste en una peculiaridad en las que pareciera que sólo tienen interés en las cosas que les gustan o entretienen y que logran culminar, pero cuando se pierde el interés dejan de realizarlas o las dejan inconclusas.

## **Impulsividad**

Un niño que manifiesta impulsividad no mide la consecuencia de sus actos y los realiza de manera impredecible.

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, muestra dificultad para esperar su turno y aplazar respuestas así que las da de manera precipitada, aún sin que las preguntas no hayan sido terminadas de formular, pero esta situación no sólo se presenta en clase sino en cualquier conversación generando problemas en situaciones sociales, familiares y académicas principalmente con sus hermanos(as) y compañeros(as).

Otros signos son los comentarios fuera de lugar, groseros o sin sentido, la irreverencia a normas impuestas por la o el profesor, se apropia de objetos ajenos los destruye e incluso puede negar la acción que realizó de manera burlona y con el afán de molestar.

---

<sup>26</sup> Gratch, Luis Oscar. Op. Cit. p.18.

La impulsividad puede dar lugar a accidentes, incluso incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

## **Hiperactividad**

La hiperactividad es un síntoma que se presenta en muchos trastornos de conducta, así mismo en el déficit de atención siendo este síntoma, la hiperactividad, el que da la clasificación del déficit de atención con y sin hiperactividad.

Este síntoma se detecta cuando el(la) niño(a) no permanece sentado cuando se espera que así lo haga, esta inquieto(a) o no deja de moverse cuando realiza actividades lúdicas, en horas de recreo corre sin control, salta constantemente, experimenta dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades planeadas ya sea por los(las) profesores(as) o sus mismos compañeros(as).

Además de denotar actividad física exagerada la hiperactividad puede ser también manifestada de manera verbal ya que habla de manera excesiva. Es necesario aclarar que los(las) niños(as) en edad escolar manifiestan cierta movilidad o inquietud, es normalmente activo, pero esto es diferente cuando se le dificulta estar sentado, se mueven sin motivo, se levanta, aplaude o toma cualquier objeto y lo juguetea.

Además de los síntomas antes mencionados se pueden presentar más síntomas coexistentes como la ansiedad y otros trastornos de conducta como el trastorno disocial, trastornos de aprendizaje, trastornos de estado de ánimo como la depresión y la baja autoestima además de problemas de salud como la epilepsia que será necesario considerarlos en cada caso particular e incluirlos en su historial clínico para la elaboración de un diagnóstico completo.

## 2.6 DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de las manifestaciones antes mencionadas (desatención, impulsividad, hiperactividad). Habitualmente los síntomas empeoran cuando ciertas actividades o situaciones requieren de atención sostenida o carecen de atractivo o novedad intrínsecos, siendo los factores extrínsecos elementos que generan mayor desatención.

Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (juego, clases o ambientes familiares y/o amigos). Aunque la mayor parte de los(las) niños(as) tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad o impulsividad, en algunos predominan unos u otros, por lo que se han establecido subgrupos o subtipos debido a que los síntomas suelen ser variados y complejos, por tal motivo los siguientes cuadros clínicos se presentan solos o asociados con otros.

Para conocer el subtipo o subgrupo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos seis meses. Los subtipos se clasifican en:

- A. Predominante Desatento
- B. Predominante Hiperactivo – Impulsivo
- C. Combinado

## **Predominantemente Desatentos**

Este subtipo debe diagnosticarse si han persistido por lo menos durante seis meses o más los síntomas de desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad - impulsividad).

| <b>Trastorno por Déficit de Atención (TDA)<br/>(Predominantemente Desatentos)</b>   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. Tienen dificultad para seguir instrucciones.</li><li>b. Pierde objetos personales y olvida consignas para cumplir tareas.</li><li>c. Parece no escuchar.</li><li>d. Tiene dificultades para tener atención sostenida en clase cuando realizan deberes y a veces durante los juegos.</li><li>e. Olvidan los detalles, pues no les prestan atención.</li><li>f. Habitualmente se desenvuelven en un clima de desorganización.</li><li>g. Tienen dificultades para realizar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.</li><li>h. Son olvidadizos.</li><li>i. Viven constantemente distraídos.</li><li>j. Pueden ser tímidos o introvertidos.</li></ul> |

## **Predominantemente Hiperactivo - Impulsivo**

Este subtipo debe diagnosticarse si han persistido por lo menos durante seis meses o más los síntomas de hiperactividad e impulsividad (pero menos de seis síntomas de desatención).

| <b>Trastorno por déficit de atención (TDA/H)<br/>(Predominantemente Hiperactivo - Impulsivo)</b>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. Son inquietos.</li><li>b. Se levantan del asiento cuando no deben.</li><li>c. Hablan constantemente, interrumpen, molestan a los maestros y compañeros.</li><li>d. Habitualmente no juegan en silencio, están siempre en movimiento.</li><li>e. Responden antes que se concluya de formular la pregunta. Son intrusivos.</li><li>f. Tienen dificultad para esperar su turno.</li><li>g. Interrumpen a otros.</li><li>h. Siempre responsabilizan a otros de sus dificultades.</li><li>i. Actúan antes de pensar.</li><li>j. Tienen dificultades para focalizar la atención.</li></ul> |

## **Combinado**

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses o más síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad – impulsividad. La mayor parte de los niños con este trastorno conductual se incluyen en el tipo combinado.

## 2.7 TRASTORNOS COEXISTENTES AL TDA/H

Uno de los puntos fundamentales durante la etapa donde se realiza el diagnóstico es la revisión de todos los posibles trastornos diferenciales que coexisten al TDA/H.

Por lo que no es suficiente conocer los síntomas del TDA/H, sino que además es necesario poder distinguir otros cuadros cuya apariencia sintomatológica que lleve a la confusión y establecimiento de un diagnóstico incompleto o erróneo y de un tratamiento inadecuado. En este se debe tratar de definir cuál es el trastorno *primario* y cuál o cuáles son los *secundarios* que dan lugar a diferentes expresiones sintomáticas básicas ya que puede o no requerirse de un tratamiento diferente.

El TDA/H tiene como asociación o coexistencia más frecuente, a los trastornos Negativista Desafiante (ODD) y al Trastorno Disocial o Antisocial (CD)<sup>27</sup> conocidos así por sus siglas en inglés, se les engloba bajo la denominación de “desórdenes por conducta *disruptiva*”<sup>28</sup>. Las características principales de estos 3 cuadros clínicos se definen a continuación.

### Trastorno Negativista Desafiante (ODD)

Este trastorno se caracteriza por una tendencia sostenida a presentar una conducta oposicionista, desafiante y hostil con cualquiera que represente autoridad, este trastorno puede confundirse con TDA/H por lo que se requiere conocer los criterios para el diagnóstico de este ODD.

---

<sup>27</sup> **ODD** Oppositional Defiant Disorder - (Trastorno Negativista Desafiante).

**CD** Conduct Disorder - (Trastorno Disocial o Antisocial).

<sup>28</sup> Gratch, Luis Oscar. Op. cit. p. 40.

Se considera un patrón de comportamiento negativista, hostil o desafiante, si durante seis meses o más se presentan por lo menos cuatro o más de los siguientes comportamientos.

- a. Se encoleriza e incurre en berrinches.
- b. Discute con adultos.
- c. Desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- d. Molesta deliberadamente a otras personas.
- e. Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- f. Es susceptible o fácilmente moleestado por otros.
- g. Es colérico y resentido.
- h. Es rencoroso y vengativo.

Cerca del 60% de los(las) niños(as) diagnosticados con TDA/H, suelen presentar un trastorno negativista de forma asociada, es por esto que para llegar a realizar un diagnóstico acertado se necesitará observar un patrón de conducta rígido, en el que las conductas antes mencionadas se presenten de manera repetitiva o por lo menos seis meses hasta la realización del diagnóstico y básicamente consiste en una actitud hostil y negativa o desafiante y oposicionista ante alguna indicación dada por los padres o profesores, esta actitud suele comenzar a manifestarse en el hogar.

A diferencia del TDA/H, este trastorno negativista desafiante se halla, más afectado y promovido por el entorno familiar, su evolución casi siempre se vincula a severos desajustes de las funciones entre los padres ó del vínculo padre – hijo; un gran número de estos niños(as) evoluciona hacia un trastorno disocial.

## **Trastorno Disocial (CD)**

Es un trastorno que consiste en un patrón persistente de conducta, en el que los derechos de las otras personas son desconocidos y/o violados, ya que no se toma en cuenta el daño de los actos que se realizan en contra de las otras personas que juegan el papel de víctimas. Este trastorno es progresivo en todos los ámbitos en los que se desenvuelve como la casa y la escuela.

La diferencia fundamental entre el trastorno negativista y el disocial reside en que este último incluye la destrucción de propiedades ajenas.

Para el establecimiento del diagnóstico se debe considerar el patrón progresivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de las otras personas con las que convive o según las normas sociales establecidas, por lo que se requiere hacer mención de criterios en los que presenta diferentes actitudes que corresponden a una actitud disocial. Para considerarlo como un trastorno disocial se debe manifestar por lo menos la presencia de tres o más de los criterios que se mencionan a continuación, por lo menos durante los últimos doce meses y de un solo criterio durante seis meses o más.

### **Criterio 1: Agresión a personas o animales**

- a. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- b. Inicia peleas físicas.
- c. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (ladrillo, botella, navaja, palos y más).
- d. Manifiesta crueldad física con personas.
- e. Manifiesta crueldad física con animales.

## Criterio 2: **Destrucción de la propiedad**

- a. Provoca deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- b. Destruye propiedades o cosas de otros individuos (casa - escuela).

## Criterio 3: **Fraudulencia o robo**

- a. Ha robado enfrentándose a su víctima.
- b. Ha robado cosas pero sin enfrentar a nadie.
- c. A menudo miente para obtener cosas, favores, o para evitar obligaciones.

## Criterio 4: **Violación grave de normas**

- a. A menudo permanece fuera de su casa durante la noche, a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años.
- b. Se ha escapado de su casa o la escuela.
- c. Suele ser conocido en la escuela como *el ratero* o *el maleante*.

Este trastorno disocial se inicia por lo menos antes de los 10 años. Aproximadamente un 20% o 30% de los niños (as) con TDA/H, comienzan manifestando desde temprana edad signos de conductas antisociales. Cerca del 95% de los(las) niños(as) que padecieron un trastorno negativista evolucionan hacia un trastorno disocial.

Las manifestaciones más recurrentes en trastornos de conducta consisten habitualmente en mentiras frecuentes, pequeños robos en el hogar, lenguaje obsceno frecuente, continuas agresiones, faltas a las reglas establecidas tanto en casa como en la escuela de educación y convivencia, tendencias a iniciar pequeños incendios o destrozos, robos a compañeros de clase, peleas con

compañeros, amigos y hermanos, actitudes amenazantes con niños más pequeños y conductas vengativas.

## 2.8 DATOS ESTADÍSTICOS

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H), se ubica en la clasificación de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Pediatría que señala que un(una) niño(a) con TDA/H es marginado y etiquetado como “un niño(a) problema” pero desafortunadamente esto es una consecuencia de un “problema que tiene la o el niño”.

En México 5% de la población entre los 6 y los 16 años padecen trastorno por déficit de atención, es decir un millón seiscientos mil niños y niñas (1,600,000), en el que se ha confirmado que hay más casos en varones que en niñas aproximadamente cuatro varones por una niña.

Las probabilidades de que los(las) hijos(as) con padres que durante su infancia o adolescencia fueron diagnosticados con trastorno por déficit de atención, es un punto que tiene gran relevancia debido a que los neurólogos, psiquiatras y demás especialistas consideran que en gran medida este es el factor principal que da origen a este trastorno, para ser más exactos de 100 casos el 50% de los(las) niños(as) con dicho trastorno lo presentan por herencia (*factor genético*) y en el otro 50% el establecimiento del diagnóstico dependerá de las características que presentan para así poder puntuar si el origen es *neurofisiológico* o *social*.

Una vez que se conoce la etiología de este trastorno de atención, serán las manifestaciones las que clasifiquen el tipo de déficit que padece un(una) niño(a) en particular ya sea con y sin hiperactividad. En los resultados obtenidos con mayor frecuencia se encuentra, que los varones tienen mayor tendencia a ser

diagnósticos como combinados o hiperactivos-impulsivos, en comparación con las niñas que son diagnosticadas con falta de atención. Desafortunadamente de los niños que padecen trastorno por déficit de atención, sólo el 8% es diagnosticado y tratado debidamente, y el resto que no está dentro de este porcentaje por desgracia atraviesa por problemas que poco a poco siguen avanzando y probablemente llegaran a ser parte del *índice* pero de niños que por lo menos han reprobado un grado o son rechazados por la comunidad escolar, esto de acuerdo con datos de la **Encuesta Nacional de Epidemiología Siquiátrica**.

Muchos de los(las) niños(a) que llegan a la adolescencia sin un diagnóstico o tratamiento adecuado, persisten con los síntomas característicos del trastorno y muchas personas incluyendo a médicos y padres presuponen que al llegar a esta etapa de desarrollo, este trastorno de conducta desaparecerá; desafortunadamente esto es mentira según información de estudios realizados por el **(GENPETDAH)**.

Desafortunadamente México es el país en el que según la Encuesta Internacional sobre TDA/H, realizada por la **Federación Mundial de Salud Mental**, donde los padres tardan más tiempo en encontrar el diagnóstico adecuado, ya que por lo menos el 53% de los padres de hijos con TDA/H dijeron que estos pequeños fueron primeramente diagnosticados con otro desorden. Otro de los problemas a los que se enfrentan las familias en donde se presentan problemas de conducta en uno de sus integrantes (hijos), es la falta de médicos especialistas, paidosiquiatras o neuropsiquiatras que puedan atender a sus hijos(as), ya que en su mayoría son atendidos por médicos o psicólogos; una necesidad que hay en nuestro país es la falta de difusión sobre el trastorno por déficit de atención y la diferencia que existe con otros trastornos de conducta con los que hay confusión así como la necesidad de que haya mas psiquiatras infantiles debido a que son muy pocos los que se conocen y que actualmente están trabajando en casos con este trastorno TDA/H.

Otros resultados de encuestas realizadas a padres Mexicanos cuyos hijos son diagnosticados con este trastorno de conducta realizada por la **Encuesta Internacional sin Fronteras** sobre TDA/H señalan como relevante que:

- El 87% de los padres están preocupados por la manera en que el TDA/H afecta el éxito académico de sus hijos.
- El 77% de los padres piensan que sus hijos han sido excluidos de actividades sociales debido a su comportamiento.
- El 93% de los padres se sienten estresados por el TDA/H de sus hijos.
- El 50% de los padres piensan que las actividades familiares son alteradas debido al problema de comportamiento de su hijo.
- El 55% siente que el proceso de diagnóstico es demasiado largo.
- El 77% piensa que el pediatra de sus hijos no tiene mucho conocimiento acerca del TDA/H.
- El 50 % de los padres encontró que es difícil que los recibiera un médico especialista.
- El 93% de los padres está de acuerdo con que los niños deberían tener posibilidad de recibir medicamento para el TDA/H si así lo deciden.

A manera de resumen a continuación se presentan los puntos más importantes que se deben tomar en cuenta sobre el trastorno por déficit de atención y que se exponen como datos actuales en nuestro país.

- El trastorno por déficit de atención se presenta entre el 3% y el 8% de los niños en edad escolar. En México el 5% de la población infantil lo presenta aproximadamente 1,600,000.
- Es 4 veces más frecuente en los niños que en las niñas.
- Entre el 30 y el 53% de los niños diagnosticados tienen como antecedentes familiares consanguíneos que tienen o tuvieron cuando eran niños dificultades similares.

- Que un niño sea diagnosticado con trastorno por déficit de atención, no es una señal para afirmar con seguridad que también sus hermanos lo tengan.
- Entre el 15 y el 30% de los niños con trastorno por déficit de atención presenta *dificultades específicas de aprendizaje*.
- El 50% de los niños con trastorno específico del aprendizaje presentan además trastorno por déficit de atención.

Se entiende por *trastorno específico del aprendizaje* aquel desorden que afecta uno o más de los procesos psicológicos incluidos en la comprensión y uso del lenguaje, el habla o la escritura y que se manifiesta como una imperfecta habilidad para comprender, pensar, hablar, leer, escribir, pronunciar o realizar cálculos matemáticos.

# **CAPÍTULO III**

## **REPERCUSIONES DEL TDA/H EN NIÑOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR**

### **III. REPERCUSIONES DEL TDA/H EN NIÑOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR**

Al ser diagnosticado un niño (a) con un problema de salud o de conducta en este caso con TDA/H, fácilmente podemos decir que sólo es un *problemita* que requiere de un tratamiento para que éste pueda ser combatido y controlado, pero desafortunadamente no es así, un trastorno de conducta como lo es el TDA/H abarca todo un proceso en el que estarán involucrados los especialistas que se requieran, padres de familia, profesores y por supuesto el mismo niño que presenta este trastorno.

Durante este proceso las repercusiones se presentan como parte del mismo problema, que aunados a todos los signos y síntomas, son una consecuencia del trastorno de conducta que esta viviendo el niño diagnosticado con TDA/H.

Debido a la relevancia que tiene conocer cuales son las posibles repercusiones que pueden presentarse en un niño (a) con un caso particular con este trastorno de conducta, en el presente capítulo se hablará de la posibles repercusiones que se manifiestan en distintas áreas y que pueden ser generadoras de trastornos de aprendizaje o que son coexistentes a trastornos de aprendizaje.

#### **3.1 REPERCUSIONES FÍSICAS**

Las repercusiones físicas van a variar según cada caso en particular, esto quiere decir que no todos los niños van a presentar las secuelas que a continuación se señalan, todo dependerá de la temprana detección y diagnóstico que se haga, así como del conocimiento de síntomas que coexistan a este trastorno.

Una de las repercusiones que presentan los niños diagnosticados con TDA/H son la incoordinación motora fina y/o gruesa. La primera se manifiesta por la dificultad que tiene un niño en la realización de actividades que requieren de su habilidad motriz (fina) además de paciencia y concentración como es el caso de la escritura, en la que tomar un lápiz y realizar grafías dentro de un espacio delimitado como lo es la cuadrícula de un cuaderno, resultando casi siempre una letra pésima y un conflicto constante en el(la) niño(a), ya que presenta una problemática en su ubicación espacial (inmadurez) y un trabajo sucio que resulta un fracaso para él o ella y un regaño seguro por parte del(a) profesor(a). Esta misma dificultad se presenta cuando trata de realizar actividades manuales como iluminar y hacer uso de herramientas (tijeras) para cortar, incrementándose el problema cuando pasa de un recorte lineal a uno curvo o combinado.

Cuando existen repercusiones en la motricidad gruesa de un(una) niño(a) se presentan a menudo complicaciones en las actividades físicas debido a la dificultad que tiene para seguir instrucciones, respetar reglas, concentrarse y controlar su energía (impulsividad). En ocasiones el mantenerlos bajo control se vuelve una tarea muy difícil para sus profesores(as), ya que por su impulsividad genera una sensación de inquietud colocándose casi siempre en una situación constante de riesgo, sufre frecuentes caídas, golpes y todo tipo de accidentes. Muchos de estos niños no son buenos deportistas, suelen tener accidentes y fracturas, circunstancias a las que se encuentran crónicamente expuestos a causas de impulsividad.

Una de las características que presenta un(una) niño(a) con TDA/H y que dificulta las actividades que debe realizar tanto en el aula escolar como en el patio o espacios recreativos es sin lugar a dudas que “actúa antes de pensar”<sup>29</sup> y cuando realiza actividades físicas obviamente no evita obstáculos que otros(as) niños(as) si evitarían, además de que pareciera que tiene una gran resistencia al dolor, carece de miedo y no logra identificar o discriminar una situación de peligro.

---

<sup>29</sup> Liublinskaia, A.A., Op. cit. p.209.

“Otra de las repercusiones que se presentan con mayor frecuencia en estos(as) niños(as) particularmente es que pueden ser enuréticos ya que debido a su tolerancia al dolor, no percibe la dilatación vesical como se esperaría para sentir deseos de ir al baño o evacuar la vejiga;”<sup>30</sup> además de que es posible que la distractibilidad que manifiesta se encuentre vinculada a la de aprender a controlar su esfínter, siendo una de las causas por las que puede salir constantemente al baño impidiendo su concentración en clase o la elaboración de una actividad que requiera su concentración así que su atención en un tema en particular, será inhibida por la necesidad de ir a evacuar.

### 3.2 REPERCUSIONES EMOCIONALES

Una de las consecuencias emocionales más frecuentes y negativas en los(las) niños(as) con TDA/H es el daño en la autoestima, debido al recurrente fracaso escolar a lo largo de su estancia en la escuela. A pesar de que son niños con una inteligencia *regular* y en ocasiones con un nivel superior de inteligencia comparado con otros(as) niños(as) de su misma edad y grado escolar, tienen malas notas además de que son evidenciados y catalogados como *niños problema*, esta situación genera rechazo por parte de sus compañeros(as) y a veces hasta por los profesores(as) que los excluyen de las actividades grupales. Posteriormente se irá creando en el(la) niño(a) una autodescalificación que le impedirá relacionarse con sus compañeros(as) y/o el(la) profesor(a); ahora que es rechazado(a) tendrá mayor dificultad para adquirir cualquier tipo de aprendizaje ya que argumentará que no es apto para realizarla.

Si durante toda su vida como estudiante un(una) niño(a) es criticado por sus padres y profesores(as) como resultado de su bajo rendimiento académico además de ser calificado con adjetivos como tonto(a), flojo(a) y vago(a) generando en él(la) niño(a) un modelo de personalización que será con el que

---

<sup>30</sup> Velasco, Fernández Rafael, Op. Cit. p.33.

crecerá, se identificarán y por consiguiente adoptará y aceptará como el modelo de su vida; si durante toda su vida no escucha más que los calificativos anteriores terminará siendo lo que le han dicho que es, más aún si quienes se lo dicen son figuras tan significativas para su vida como sus padres, hermanos(as) o profesores(as).

En este caso se requiere de la intervención de un psicólogo o psicoterapeuta, ya que un(una) niño(a) que ha sido diagnosticado con TDA/H difícilmente podrá desempeñar un trabajo escolar eficiente o poder integrarse a un grupo escolar con facilidad debido a todos los aspectos vistos con anterioridad; en una situación como la antes mencionada la intervención pedagógica además de dirigir su atención a problemas escolares y promover el interés por el trabajo académico y físico será necesaria para elevar la autoestima y propiciar que el(la) niño(a) vaya teniendo logros significativos, como por ejemplo cuando el pedagogo propone una intervención extraescolar cuya finalidad será la de reafirmar lo visto durante clases, será necesario que cuente con la colaboración del(a) profesor(a) titular del grupo que evitará burlas y propiciará su participación durante el tiempo de clases, para que vaya adquiriendo confianza y mejore su autoestima. Claro que este trabajo tendrá que ser supervisado por un especialista (pedagogo) debido a la complejidad y al trabajo extra que se deberá realizar en un caso particular en el que se ha diagnosticado un trastorno de conducta.

### **3.3 REPERCUSIONES DE CONDUCTA**

Una vez que se ha diagnosticado un trastorno conductual es necesario identificar cuales son los síntomas que presenta un(una) niño(a) y que afectan su conducta, para lo cual es necesario conocer además los posibles trastornos que coexisten al TDA/H, de esta forma se buscará un tratamiento más completo o con mayores alternativas en el que se consideren y traten además del TDA/H todos los

trastornos que coexisten a éste, así como conocer la evolución de cada uno de los problemas conductuales que se presentan.

Las repercusiones de conducta como la impulsividad y la distractibilidad son dos manifestaciones conductuales que lleva a un(una) niño(a) a extraviar objetos personales, por curiosidad tratan de conocer más afondo los objetos o su funcionamiento lo que los lleva a romperlos o desarmarlos para saber como funcionan, esta situación provoca constantemente llamadas de atención ya que no logra mantener los materiales o instrumentos de trabajo en condiciones adecuadas propiciando la perdida de los objetos o materiales o su destrucción total. Los(las) niños(as) con TDA/H son notoriamente desordenados y desorganizados tanto en sus mochilas como en el trabajo escolar que realizan, así que de está misma manera aprenden desordenadamente, logrando tal vez la adquisición de algunos conceptos pero sin la sistematización deseable ya que confunden temas y conceptos, generando problemas para aprender.

Las reprimendas o castigos físicos son la principal arma que utilizan los padres y profesores(as) en contra de los(las) niños(as) con la intención de que así modificará su conducta, pero esto no es así, los(las) niños(as) diagnosticados con TDA/H tienen un alto umbral de tolerancia al dolor de los castigos físicos por lo que éstos no representan para ellos una amenaza, porque cuándo termina de recibir su *castigo* mira a su padre con un aire de superioridad y al poco rato reincide en la conducta que motivó la disputa (además de no ser una metodología adecuada). Ningún trastorno de conducta y/o aprendizaje se mejora con los castigos físicos, jamás la violencia será un método eficaz para resolver la impulsividad del TDA/H pero a menudo se utiliza como un recurso cuando los padres se encuentran desesperados y no saben como enfrentar el problema. La violencia física además de ser un abuso de poder, generará en el niño que la recibe resentimiento y anhelo de ser grande para poder escapar del autoritarismo de sus padres. “Siendo el *oposicionismo* el único camino que encuentra el niño

para afirmar su identidad y termina sintiendo que toda su personalidad se expresa a través de la oposición a la autoridad parental”<sup>31</sup>.

Entonces su autoestima comienza a nutrirse de pequeñas victorias e incluso toma a otros como testigos de su fortaleza y su capacidad de oponerse, esta situación de desafío se da en casa particularmente, pero en la escuela toma mayor relevancia cuando esta actitud pasa a ser negativista desafiante (ODD) y se torna en contra del(a) profesor(a), ahora éste será desafiado y ridiculizado frente a sus compañeros, así que el establecimiento de límites se tornará una situación imposible de realizar por lo que tal vez se requerirá de un tratamiento alterno.

En el ámbito escolar, por la fácil excitabilidad e impulsividad el(la) niño(a) que es diagnosticado con TDA/H presenta como particularidad el hecho de no medir la consecuencia de sus actos y adopta un rol en el grupo (el malo, el desastroso, el chistoso y más) como una defensa frente a los escasos logros intelectuales, de esta manera y adoptando un rol ahora también se siente parte del grupo.

### **3.4 REPERCUSIONES EN EL APRENDIZAJE**

Con respecto al comportamiento de los(las) niños(a) con TDA/H durante las horas de clase, los(las) profesores(as) suelen siempre manifestar que los(las) niños(as) pasan la mayor parte del tiempo fuera de su lugar de trabajo, se distraen constantemente o se cambia de lugar hacia la parte más alejada del(a) profesor(a) en donde casi siempre esta molestando a alguien, no espera su turno, interrumpe y fundamentalmente no concluye sus actividades, es innegable observar que tiene dificultad para concentrarse, son impulsivos e hiperactivos.

---

<sup>31</sup> Gratch, Luis Oscar. Op. Cit. p.74.

La incapacidad para concentrarse largo tiempo en una actividad, especialmente cuando se encuentra sujeta de distractores (un salón lleno de alumnos) dificulta seriamente el aprendizaje de estos niños(as), entonces, a pesar de que posee un coeficiente intelectual normal y a veces por encima de lo normal, comienza a tener bajo rendimiento intelectual, esto es evidente sobre todo si en el salón de clases se enfrenta con estímulos que no logran captar su atención.

Inevitablemente en la recepción de la información a través de los distintos canales de la percepción es la primera etapa de aprendizaje, si el niño no puede sostener la atención en el estímulo el tiempo suficiente, la información va a ingresar parcial o confusamente, ya que “la atención es la función encargada de focalizar la percepción en un estímulo determinado durante la fracción de tiempo necesaria para que el estímulo pueda ser comprendido y fijado por la memoria”.<sup>32</sup>

Otra vía para incorporar información durante el aprendizaje es sin lugar a dudas la *lectura*, siendo esta una actividad que requiere el sostenimiento de la atención por largos periodos, requiriendo mantener el estímulo visual en la lectura lo que hace más dificultosa la concentración ya que no existen estímulos luminosos o auditivos cambiantes que puedan mantener la atención por un tiempo mayor, por tales motivos los(las) niños(as) con TDA/H suelen llegar al final de un página sin recordar cuál es el contenido desde el principio. Esta situación los hace *releer* la misma lectura una y otra vez llevándoles mucho tiempo, lo que convierte al aprendizaje en una situación más frustrante que placentera y generando mayores niveles de desatención.

Los temas a nivel primaria, se aprenden fundamentalmente a través de escuchar las clases, hacer lecturas de los temas y realizar actividades; además de no incluir métodos especiales de enseñanza para quienes poseen dificultades en el sostenimiento de la atención, por tanto quien no logra adaptarse a las metodologías de aprendizaje convencionales tarde o temprano presentará

---

<sup>32</sup> Ibidem p.69.

dificultades, aunque no manifiesten un trastorno de conducta y/o aprendizaje, con el tiempo muchos atribuyen un fracaso escolar a algún déficit de atención aún sin tenerlo.

Cuando un niño *regularmente* posee la capacidad de sostener atención en algo durante un prolongado período, lo logra gracias a su capacidad de filtrar estímulos, ya que puede discriminar entre lo importante y lo que no lo es, además de que así puede profundizar en la acción que esta realizando como es el caso de la lectura. En el caso de un(una) niño(a) diagnosticado con TDA, su atención, se encuentra vagando y muy ajena al estímulo principal por lo que es necesario puntuar que el aprendizaje no dependerá única y exclusivamente de la inteligencia.

Vale la pena destacar la diferencia que existe entre desorden y discapacidad. “El *desorden* es un trastorno que afecta indirectamente la capacidad del niño, en cambio, la *discapacidad* implica la afectación de determinadas habilidades específicas (discalculia, dislexia, etc.)”<sup>33</sup>; así que el *desorden* puede afectar la capacidad para aprender en medida que el aprendizaje requiera de atención (en momentos en que el niño mantenga su atención sostenida, aprenderá como cualquier otro), en el caso de que presente una discapacidad, por más que el(la) niño(a) preste atención, no logrará aprender ya que su discapacidad le impedirá un aprendizaje regular.

Los trastornos de aprendizaje pueden afectar a una o más de las siguientes áreas:

1. Lenguaje escrito: (dificultades en la escritura, lectura u ortografía)
2. Lenguaje oral: dificultades para hablar, escuchar o comprender)
3. Aritmética: (dificultad para comprender conceptos matemáticos o realizar operaciones matemáticas)

---

<sup>33</sup> Ibidem p.70.

4. Razonamiento: (dificultad para integrar y organizar ideas)
5. Memoria: (dificultades para recuperar la información)

## **Etiología**

Las numerosas causas que pueden originar diferentes trastornos de aprendizaje suelen interactuar entre sí y no ser excluyentes sino complementarias o coexistentes.

1. La inteligencia o el coeficiente intelectual (CI): no todas las personas tienen la misma disponibilidad de inteligencia para el aprendizaje. Por otro lado no sólo es necesaria la inteligencia para aprender, ya que el niño puede ser inteligente y sin embargo presentar dificultades en su aprendizaje por falta de motivaciones personales.
2. La distractibilidad o el déficit de atención: nadie puede lograr un buen nivel de aprendizaje si no puede sostener la atención durante un lapso razonable. La sintomatología del TDAH suele ser la principal causa de trastornos de aprendizaje durante la etapa escolar.
3. El déficit sensorial: una deficiencia en las funciones perceptivas visuales o auditivas puede provocar trastornos de aprendizaje.
4. Los factores genéticos: el papel de la herencia es importante en los trastornos de aprendizaje y también la transmisión genética de las aptitudes tanto físicas como intelectuales.
5. Los traumas perinatales: la anoxia durante el trabajo de parto, cualquier otro trauma experimentado durante la gestación o el parto pueden producir lesiones neurológicas que se manifiestan luego como trastornos de aprendizaje.

6. El retraso madurativo: en los comienzos de la escolaridad, algunos niños(as) pueden llegar a presentar un retraso madurativo requiriendo más tiempo que otros(as) para disponer de las capacidades necesarias para el aprendizaje. En esos casos suele ser conveniente retrasar el ingreso a la escolaridad por un año o recibir apoyo extraescolar.
7. Los factores emocionales: es innegable la gran importancia de los factores emocionales como generadores de trastornos de aprendizaje. Un(una) niño(a) deprimido o con intenso miedo a fallar en las actividades que realiza, se encuentra bajo el efecto de situaciones emocionales que obviamente incidirán en bajo rendimiento escolar.
8. Los factores ambientales: la desnutrición, el abuso y/o maltrato al que pueden estar expuestos en muchos casos los niños se manifiestan a través de los trastornos del aprendizaje.
9. Los factores educacionales: la enseñanza inadecuada, puede producir trastornos de aprendizaje. El niño en el ámbito escolar no debe recibir información pasivamente sino que debe aprender a pensar, a estudiar y a relacionarse con los conocimientos.

Los trastornos de aprendizaje que más frecuentemente se asocian con el TDA/H son:

1. Dificultades en la lectura (dislexias)
2. Dificultades en el habla (dislalias)
3. Dificultades en la escritura (disgrafías)
4. Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas (discalculia)

Los trastornos de aprendizaje requieren de una atención inmediata cuando son detectados, para lo cual es recomendable que el profesor se apoye en el pedagogo para su mejor tratamiento.

### **3.5 CUESTIONARIOS PARA IDENTIFICAR A NIÑOS CON TDA/H**

Los(las) niños(as) permanecen sus primeros años de vida en casa, casi siempre al cuidado de mamá, algún pariente o en alguna estancia infantil, según la situación particular de cada familia, (desarrollándose en un ambiente de confianza en el que se inician sus primeros hábitos y donde recibe sus primeros límites). Un(a) niño(a) es inquieto desde que empieza a descubrir día a día algo nuevo en el mundo que lo rodea, para muchas madres *la inquietud* de sus hijos(as) es un síntoma de que están sanos, pero esta situación cambia cuando la inquietud pasa a ser una constante distractibilidad, malos hábitos, la imposibilidad para poner atención y seguir órdenes.

Los trastornos de aprendizaje y conducta en los(las) niños(as), se expresan en su máxima intensidad cuando ingresan al ámbito escolar, por ello sería indispensable que padres y profesores(as) conocieran la problemática y actuarán en conjunto para mejorar dicha situación, pero este es un proceso que se logra con dificultad y casi siempre se requiere de la participación de especialistas.

Las dificultades en el desempeño escolar de un(una) niño(a) son sin lugar a dudas un puntero en todo un proceso que se ve venir, pero hay que considerar que no se puede diagnosticar que tiene un “trastorno” hasta que se ha realizado una basta investigación por personas autorizadas para hacerlo.

En la parte de anexos se encuentran como ejemplo dos cuestionarios que son utilizados por especialistas como psiquiatras, psicólogos y pedagogos, que colaboran en instituciones no sólo aquí en México, sino en Latinoamérica y que son empleados para la elaboración de un historial clínico de niños con TDA/H.

En el primer cuestionario “Interrogatorio Clínico para Padres”<sup>34</sup> (anexo 1) se hace una investigación detallada de los factores de desarrollo por etapas prenatal, natal y posnatal, factores evolutivos, comportamiento, historia médica, historia escolar y social e historia familiar; y el segundo cuestionario es un “Formulario Historial de la Infancia para el Diagnostico de los Desórdenes de Atención”<sup>35</sup> (anexo 2), en el que también se encuentran los puntos antes mencionados; algo importante que hay que resaltar es que estos dos cuestionarios dirigen toda su atención hacia el desarrollo infantil y sólo pueden ser empleados por personal calificado para su aplicación, ya que de aquí se obtendrá información confidencial que deberá ser utilizada a favor del paciente y que al ser contestado requerirá de toda la veracidad por parte de los padres.

---

<sup>34</sup> Gratch, Luis Oscar, Op. Cit p.187.

<sup>35</sup> *Ibidem* p.205.

# **CAPÍTULO IV**

## **MANEJO Y TRATAMIENTO DEL TDA/H**

## IV. MANEJO Y TRATAMIENTO DEL TDA/H

### 4.1 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

La psicofarmacología<sup>36</sup> infanto-juvenil es empleada por primera vez por Charles Bradley en 1937 quien utilizó el sulfato de anfetamina (benzedrina) en el tratamiento de niños(as) entre 5 y 14 años que presentaban trastornos de conducta. En 1950 se incorporan los fármacos antipsicóticos además de los antidepresivos y el carbonato de litio, para 1957 aparece el primer texto de investigación en el área de psicofarmacología (Child Research in Psychopharmacology) y para 1960 se introdujo el uso de las benzodiazepinas en especial el diazepam y el clordiazepóxido.

Sin lugar a dudas el manejo y tratamiento del TDA/H es un punto que adquiere mayor relevancia cuando sabemos que un(una) niño(a) es diagnosticado con este trastorno, porque inmediatamente surgen las interrogantes de qué hacer con él o ella y cómo ayudarlo, quién es el encargado de establecer un tratamiento psicofarmacológico y cómo elegir el adecuado; son sólo algunos de los cuestionamientos que nos hacemos sin saber quién nos puede dar respuestas en este lapso de confusión que será el inicio de un largo proceso de tratamiento.

Pero justo en este momento surge una problemática mayor ¿hay que medicar o no al(a) niño(a)?, decisión difícil que sólo podrán resolver los padres, ellos ahora serán los encargados de tomar la decisión; el doctor Eduardo Barragán (2006) señala que “la medicación es un tratamiento seguro que una vez terminado permite que el niño se relacione normalmente, así que al administrarlo a más temprana edad mayor éxito tendrá”<sup>37</sup>; pero al final solamente los padres aceptarán o no su administración, aunque en algunos casos lo suspenden antes de llevar a

---

<sup>36</sup> **PSICOFARMACOLOGÍA.** Estudio de la relación entre los fármacos y la función cerebral, incluyendo el estado de ánimo, el comportamiento o las percepciones. La psicofarmacología es una rama de la farmacología, ciencia que estudia la acción de los fármacos en los organismos vivos.

<sup>37</sup> Flores E. (2006). Ponga Mucha Atención, *Día Siete*, pp. A56 - A63. Enero, 2006, semanal, México, D. F. No. 290

término el tratamiento por temor a efectos secundarios. A continuación se enlistan tres recomendaciones para el empleo de psicofármacos.

1. Todo tratamiento psicofarmacológico debe estar precedido por una etapa diagnóstica, ésta conducirá a la indicación del fármaco más apropiado como parte de un plan terapéutico que debe incluir muchas veces tratamiento psicoterapéutico, tratamiento terapéutico familiar, una evaluación y un tratamiento pedagógico en el caso de existir trastornos de aprendizaje.
2. Una vez decidido qué psicofármaco se va a administrar es necesario que se realicen exámenes complementarios para tener una idea precisa de ciertos datos clínicos del paciente como electrocardiogramas, electroencefalogramas, hemograma, estudios de la función tiroidea (T3, T4, TSH) hepatograma, etc.
3. En el momento de administrar el medicamento es de fundamental importancia que se le de una explicación al(a) niño(a) de cuales son los efectos que la medicación producirá en él o ella.

Pero ¿quién es el encargado de la medicación de un(una) niño(a) diagnosticado con TDA/H? la respuesta sería “el paidopsiquiatra” o el psiquiatra en caso de no contar con la especialidad, pero desafortunadamente en nuestro país “hay una muy baja densidad de médicos especialistas paidopsiquiatras y neuropediatras por lo que este trastorno es manejado por pediatras señala el DR. Francisco de la Peña, uno de los pocos psiquiatras infantiles mexicanos y vicepresidente del GENPETDAH”<sup>38</sup>.

Antes de la elección del psicofármaco que se va a administrar es necesario tener en cuenta las siguientes cuestiones ¿cuál es el diagnóstico al que hemos

---

<sup>38</sup> Flores E. (2006). Ponga Mucha Atención, *Día Siete*, pp. A56 - A63. Enero, 2006, semanal, México, D. F. No. 290.

arribado? y ¿cuáles son los principales síntomas que aquejan al paciente?, si bien estos argumentos se encuentran interrelacionados es importante considerar también la relación entre el costo y el beneficio.

El tiempo de administración para cualquier psicofármaco dependerá de las indicaciones del especialista, el cual tiene que considerar que los(las) niños(as) se encuentran en una etapa del desarrollo en la que tiene una evolución constante y por esto debe hacer una evaluación diagnóstica con cierta periodicidad para conocer los avances que va a tener, de no ser así tal vez se requerirá del empleo de otro tipo de medicación; la dosificación del psicofármaco va a depender de la evolución que tenga el niño de la primera dosis de medicamento que se administre, casi siempre será inicialmente baja e irá incrementándose hasta considerar los siguientes puntos:

- Obtener la desaparición o máxima mejoría de los síntomas.
- Haber alcanzado la dosis máxima recomendada para cada psicofármaco.
- La aparición de efectos adversos que previenen o excluyen un futuro incremento de la dosis.
- La aparición de un estancamiento en la mejoría o un empeoramiento de los síntomas con los últimos incrementos de la dosis.

La *dosis óptima* de medicación para un determinado paciente se obtendrá una vez alcanzada la dosis máxima terapéutica, para esto será necesario determinar cuál es la dosis mínima que produce los efectos buscados en la medicación. Otro de los puntos a considerar y que aparecen en todos los casos son los efectos secundarios que van a estar relacionados con la dosis establecida por un especialista, todas las drogas tienen efectos secundarios por eso es necesario conocer los efectos que provocan cada una de las drogas (psicofármacos), pues ello será un factor decisivo para optar por una de ellas o cambiarla, sin embargo los padres tienen que conocer todos los posibles efectos secundarios y lo que pueden hacer para mediar las situaciones.

A continuación se presentan 3 líneas de medicación de los psicofármacos más utilizados para tratar casos de niños(as) que han sido diagnosticados con TDA/H, es preciso considerar todos los aspectos involucrados de cada uno de los fármacos que se van a mencionar y que solamente pueden ser preescritos por los especialistas antes mencionados ya que éstos se basan en un diagnóstico previamente establecido.

**Advertencia: Enseguida se presentan los nombres farmacológicos y las posibles dosis a aplicar de tres líneas de medicación para niños(as) diagnosticados con TDA/H, por lo que se recomienda evitar la automedicación por el tipo de sustancias que contienen.**

#### **4.1.1 PRIMERA LÍNEA DE MEDICACIÓN “PSICOESTIMULANTES”**

##### **Definición**

Los psicoestimulantes son los psicofármacos empleados en la primera línea de medicación farmacológica para el tratamiento del TDA/H. Las dificultades en el aprendizaje suelen ser el motivo más frecuente de consulta durante la edad escolar, antes estos psicofármacos se utilizaban casi exclusivamente en niños(as) entre los 6 y 10 a 12 años de edad y sobre todo en los casos de hiperquinesia.

Los psicoestimulantes se administran por vía oral y gracias a su alta liposolubilidad son fácilmente absorbidos a nivel del tubo gastrointestinal, luego circulan por la vía sanguínea y atraviesan la barrera hematoencefálica también con gran facilidad. Los efectos se pueden observar en el paciente entre 1 y 2 horas después de ser ingeridas y entre las 4 y 5 horas desaparecen.

## Contraindicación de los Psicoestimulantes

Se halla contraindicado su uso en el caso de una conocida hipersensibilidad a éstos. Pueden causar tics o brotes psicóticos si son administrados en dosis excesivas. Están absolutamente contraindicados en pacientes con historia personal de esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo y de la personalidad, pues con su uso pueden producirse empeoramientos de esos cuadros.

Los psicoestimulantes pueden también agravar cuadros con marcada ansiedad, tensión y agitación. Si el paciente se encuentra ansioso por defecto de los psicoestimulantes, se pueden administrar bajas dosis de beta - bloqueantes como el propranolol (10mg hasta tres veces por día).

## Efectos Secundarios

Todas las drogas poseen efectos secundarios por lo que es recomendable evaluar qué clase de efectos producen los psicoestimulantes ó tienen mayores posibilidades de aparecer cuando son consumidos por pacientes.

- **Inapetencia:** Es bastante frecuente. Se evita administrando el psicofármaco después del desayuno y el almuerzo.
- **Insomnio:** Es raro, especialmente si la medicación es administrada 6 a 8 horas antes de irse a dormir.
- **Cefaleas:** Pueden ocurrir en el inicio de la administración de los psicoestimulantes y habitualmente desaparecen en el curso de la primera semana.
- **Dolores de estomago:** También pueden ocurrir en el inicio de la administración de los psicoestimulantes y habitualmente desaparecen en el curso de la primera semana.
- **Depresión e irritabilidad:** Rara vez se presentan, y en tal caso se sugiere suspender el fármaco y reemplazarlo por otro.

- **Incremento del la hiperactividad:** Es rarísimo que esto ocurra. Pero si así fuese, es necesario replantearse el diagnóstico e investigar si nos encontramos frente a un caso de relación con otra entidad psicopatológica.
- **Tics:** Rara vez aparecen. Si esto sucede es recomendable dejar de utilizar la medicación.

Algunos efectos secundarios mencionados anteriormente se corrigen cuando modifican las horas de administración de la medicación. En cuanto a los efectos secundarios que los psicoestimulantes pueden provocar en el sistema cardiovascular, en los(las) niños(a) producen un pequeño aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial diastólica, que no implican riesgo alguno.

### **Efecto Rebote**

El *efecto rebote* es un efecto que se produce casi siempre que es interrumpida bruscamente la administración del psicoestimulante o cuando su efecto ha desaparecido; la aparición de este *efecto* está especialmente asociado al uso del metilfenidato, lo que permite considerar el hecho de que los síntomas provienen de un *efecto rebote* y no de una déficit en la dosis administrada de medicación, es que éstos se presentan con una intensidad sintomática a un mayor que antes que se emplearan los psicoestimulantes; algunos pacientes pueden ser más susceptibles y este rebote provoca en ellos la aparición descontrolada o en mayor medida los síntomas que presentaba antes de estar siendo controlados.

## **Psicoestimulantes más conocidos y utilizados**

### **Metilfenidato (RITALINA®)**

La utilización del metilfenidato en el TDA/H tiene como antecedente las observaciones clínicas realizadas por Charles Bradley en 1937 quien al administrar un psicoestimulante llamado anfetamina a niños(as) con síntomas diagnosticados entonces como disfunción cerebral mínima, noto que se producía en ellos el efectos de sedación.

#### **Acción**

El metilfenidato actúa a nivel de los neurotransmisores localizados en el área del lóbulo frontal del cerebro que es la zona encargada de regular la capacidad de sostener la atención y la impulsividad de la conducta. El metilfenidato no cura el TDA/H, lo mejora.

#### **Efecto**

En los niños una vez absorbido el metilfenidato alcanza su pico en los niveles plasmáticos entre una y dos horas después de su ingestión, con una vida meda corta, que dura aproximadamente 3 horas. Los máximos efectos en la conducta se observan aproximadamente entre treinta minutos y las tres horas y sus beneficios desaparecen alrededor de tres a cinco horas.

#### **Uso**

**Metilfenidato (Ritalina®)**→se recomienda su uso para niños(as) mayores de 6 años.

El metilfenidato (Ritalina®), se expende en comprimidos de 10 mg. y sus utilización ha sido aprobada por la FDA (Food & Drug Administration) para el tratamiento del TDA/H – TDA y de la narcolepsia.

En pacientes mayores de seis años se recomienda comenzar con una dosis diaria de 5mg. después del desayuno y si fuera necesario 5mg. por semana hasta alcanzar la dosis óptima que habitualmente consiste en 0.3 a 0.7 mg/kg/peso/día, distribuida en 2 o 3 tomas diarias. Con dosis de 0.5mg por kg de peso/día se observaron menos mejoría que con una dosis de 1mg por kg de peso/día.

### **Dextroanfetamina (DEXEDRINA®)**

#### **Acción**

El mecanismo de acción de la D-anfetamina consiste en aumentar la actividad catecolaminica a nivel del sistema nervioso central, aumentando la disponibilidad de la dopamina y noradrenalina a nivel de la hendidura sináptica. El sulfato de dextroanfetamina es la única anfetamina actualmente utiliza en el tratamiento del TDA/H y es el único psicoestimulante aprobado por la FDA (Food & Drug Administration) para usar en niños a partir de los tres años de edad.

#### **Efecto**

La vida media del sulfato de dextroanfetamina es de aproximadamente de seis a ocho horas en los(las) niños(as), esto permite que la dosis sea administrada por la mañana antes de ir a clases y que el efecto terapéutico se prolongue a lo largo de toda la jornada escolar sin la necesidad de ingerir una segunda dosis al mediodía lo cuál es necesario con el metilfenidato.

## Uso

**Dextroanfetamina (DEXEDRINA®)**→ se recomienda su uso para niños(as) a partir de los tres años.

Entre los tres y los cinco años se recomienda comenzar con 2.5mg/semana hasta alcanzar la dosis óptima. En niños(as) de más de 6 años de edad se recomienda comenzar con 5mg/día y si hace falta, ir aumentando a razón de 5mg/semana hasta llegar a una dosis máxima de 40mg/día.

La dosis óptima de dextroanfetamina oscila entre 0.15 y 0.5mg/kg de peso por cada dosis (Duncan, 90) administradas en dos o tres tomas por día.

## Pemolina Magnesio (TAMILAN®)

### Acción

Los efectos de clínicos del empleo de la pemolina magnesio son similares a los obtenidos con el metilfenidato y las anfetaminas.

### Efecto

Su vida media es de aproximadamente 12 horas y casi de 90% se excreta por vía renal. En los(las) niños(as) la vida media plasmática es de siete a ocho horas, teniendo la *ventaja* de que evita la molestia de tomar otra dosis al mediodía, además de que otra ventaja para el TDA/H reside en los mínimos efectos secundarios sobre el sistema cardiovascular. Además de que con su uso se evita el *efecto rebote* una vez que la droga a desaparecido del organismo. En cambio la principal *desventaja* de la pemolina reside en que los efectos clínicos suelen no ser tan rápidos como con el metilfenidato y la dextroanfetamina.

Los efectos secundarios indeseados suelen aparecer al alcanzar la dosis máxima que es alrededor de los 120mg/día. La pemolina no debe ser administrada en pacientes con daño en la función hepática y en caso de ser empleados se deben realizar controles periódicos mediante “hepatogramas”<sup>39</sup>, también debe evitarse su administración a personas con antecedentes de convulsiones.

Otros efectos secundarios de la premolina son el insomnio que puede aparecer en los primeros días de la ingestión y desaparecer en un corto plazo, al igual que la inapetencia a lo cual se recomienda que se tome después del desayuno.

### **1.1.2 SEGUNDA LÍNEA DE MEDICACIÓN “ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS”**

#### **Definición**

A demás de su principal uso en psiquiatría para el tratamiento de las depresiones, los antidepresivos tricíclicos constituyen una medicación de segunda línea cuando están contraindicados los psicoestimulantes o cuando la respuesta terapéutica a éstos en el tratamiento del TDA/H no ha sido suficientemente exitosa.

Junto con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), fueron los primeros antidepresivos y después se empezaron a usar para un gran número de trastornos como el desorden de pánico, trastorno por ansiedad, el trastorno de estrés postraumática y los trastornos obsesivo – compulsivos.

Estos psicofármacos poseen algunas ventajas en relación con los psicoestimulantes como:

---

<sup>39</sup> En el hepatograma se debe realizar en un periodo aproximado de tres a seis meses para tener un control de las enzimas hepáticas (TGO y TGP).

- Su vida media mayor varía entre las 10 y las 70 horas permitiendo que se administre una dosis única diaria.
- Posee menor riesgos de producir adicciones.
- Además de beneficiar a los(las) niños(as) diagnosticados con TDA/H - TDA y que tienen como síntomas coexistentes la ansiedad y la depresión.

La función principal de los antidepresivos tricíclicos intervienen a nivel del sistema nervioso central, aumentando la disponibilidad de neurotransmisores como la noradrenalina, la dopamina y la serotonina por vía de una reducción de la recaptación sináptica de éstas.

### **Precauciones y Efectos Diversos**

La dificultad mayor en el manejo de los antidepresivos tricíclicos consiste en los efectos adversos conocidos como anticolinérgicos, aunque con el uso prolongado de estos fármacos (antidepresivos tricíclicos) el(la) paciente suele desarrollar tolerancia, estos efectos anticolinérgicos son: constipación, visión borrosa, sequedad en la boca, retardo eyaculatorio y retención urinaria.

Si los efectos anticolinérgicos son muy intensos pueden conducir a un cuadro confusional (delirios), especialmente si los antidepresivos tricíclicos son administrados con otros medicamentos que también posean estos mismo efectos.

Es necesario ser prudentes con la administración de los antidepresivos ya que las dosis altas pueden ser cardiotóxicas en alto grado, pueden disminuir las contracciones miocárdicas, producir taquicardia e hipotensión y bloqueo en la conducción cardiaca por lo que será necesario que hay un control cardiológico con periodicidad. Los(las) niños(as) son más sensibles a los efectos cardiotóxicos de los antidepresivos tricíclicos por lo que es conveniente un incremento pausados con la dosis a administrar.

## **Antidepresivos Tricíclicos más conocidos y utilizados**

### **Imipramina (Trofanil®)**

Es el más conocido y usado de los antidepresivos tricíclicos que se emplean desde mediados de los años sesentas y hasta e la actualidad en el tratamiento de la depresión.

#### **Acción**

Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina, incrementando la concentración de estos neurotransmisores a nivel de la sinapsis.

#### **Uso**

**Imipramina (Trofanil®)**→ se recomienda el empleo para niños(as) mayores de seis años

La dosis en la imipramina en el tratamiento del TDA/H – TDA oscila entre 20 y 140mg/día debiendo considerarse una dosis apropiada entre 0.5 y 1mg/kg de peso/día e ir aumentándola lentamente hasta llegar a 25mg una o dos veces a la semana.

En el tratamiento de una enuresis, lo habitual es administrar 50 a 100mg/día antes de dormir, pero se recomienda iniciar con una dosis con 25mg una hora antes de ir a dormir y si esta dosis resulta ineficaz conviene aumentarla una dosis mayor de 50mg para niños(as) mayores de 12 años se sugiere igual procedimiento hasta alcanzar dosis máximas de 75mg.

## **Clomipramina (Anafranil®)**

### **Acción**

Es una droga sumamente efectiva en el tratamiento de los trastornos obsesivo – compulsivo. Posee un potente efecto inhibitorio de la recaptación de la serotonina y de noradrenalina. Se metaboliza en el parénquima hepático y se elimina a través de la bilis y los riñones.

### **Efecto**

Tienen una vida media larga ya que para 32 horas aproximadamente se emplea una dosis de 150mg y una de sus metabolitos, la desmetilclomipramina, posee una vida media de 69 horas y alcanza su pico en la sangre entre las tres y las cuatro horas.

En estudios comparativos realizados administrando metilfenidato y clomipramina en una importante población de niños(as) diagnosticados con TDA/H, la dosis promedio utilizada fue de 85mg/día y no excedió de 100mg o 3.5mg/kg/día. Se observó en estos casos que los pacientes mejoraban mucho de su impulsividad, agresividad y de sus síntomas de depresión.

No se debe interrumpir bruscamente su administración, pues induce efectos indeseables tales como mareos, náuseas, vómitos, cefaleas, trastornos del sueño, hipertermia o irritabilidad. Se debe hacer una disminución progresiva en un periodo de entre 10 a 15 días. La aparición de convulsiones es otro de los efectos secundarios y va a depender de la dosis administrada.

Otros trastornos que pueden ocasionar son: somnolencia, temblor, anorexia, problemas gastrointestinales, sequedad en la boca, constipación, taquicardia, palpitaciones, anormalidades de la visión, retención urinaria y más.

Los efectos secundarios de esta medicación están claramente relacionados con la dosis utilizada

## **Uso**

**Clomipramina (Anafranil®)**→ uso recomendado para niños(as) mayores de 10 años.

No es un psicofármaco recomendable en niños(as) menores de 10 años de edad, en niños mayores es conveniente iniciar con 25mg/día y aumentar hasta 100mg/día o 3mg/kg peso/día. La dosis máxima puede alcanzar hasta 200mg/día. Después de los 18 años se puede comenzar con 50mg por día aumentando hasta no más de 3 mg/kg de peso/día y la dosis máxima puede alcanzar hasta 250mg/día.

### **4.1.3 TERCERA LÍNEA DE MEDICACIÓN “ANTIPSIKÓTICOS” (NEUROLÉPTICOS)**

#### **Definición**

Comúnmente conocidos como tranquilizantes mayores o neurolépticos, se comenzó su utilización en el tratamiento de la psicosis y luego sus uso fue extendiéndose a otros cuadros psiquiátricos. En la actualidad siguen siendo las drogas de primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia y el autismo, también se usan en el tratamiento de los tics, el trastorno de Gilles de la Tourette, la manía aguda, la paranoia y los trastornos esquizoafectivos; algunos piensan que las drogas antipsicóticas deben utilizarse en cuadros con trastornos severos de conducta acompañados de una intensa agresividad aunque otros recomiendan el uso del litio únicamente a partir de los 12 años de edad.

## **Antipsicóticos (Neurolépticos) más conocidos y utilizados**

### **Haloperidol**

#### **Acción**

Se emplea en niños(as) que presentan cuadros psicóticos o en un trastorno de conducta severo en los que la psicoterapia y otro tipo de psicofármacos resulten ineficaces.

#### **Uso**

**Haloperidol**→ no es recomendado en niños(as) menores de 3 años de edad.

En casos donde ha sido diagnosticado TDA/H – TDA acompañados de desórdenes de conducta graves, violenta, agresividad, hiperexcitabilidad y muy escasa tolerancia a la frustración.

Entre los tres y los doce años la dosis terapéutica para trastorno de conducta no psicóticos y el trastorno de Gilles Tourette oscila entre 0.05 y 0.0mg/kg/día, en los casos con síntomas psicóticos la dosis es de 0.15 mg/kg/día.

En adolescentes mayores de 12 años dependerá de la gravedad del cuadro aunque las dosis habituales oscilan entre 0.5 y 5mg/2 o 3 veces por día.

## **Clorpromazina**

### **Acción**

Se puede usar en niños(as) y adolescentes con severos trastornos de conducta, explosividad y agresividad, como en algunas ocasiones podemos observar asociadas al TDA/H.

Esta droga puede ser utilizada en niños(as) y adolescentes que no mejoran con psicoestimulantes y cuyo cuadro se destaca por la hiperactividad, agresividad e irritabilidad.

### **Uso**

**Clorpromazina** → su administración es recomendada en niños(as) menores de seis meses y hasta los doce años.

No es recomendable en niños(as) con tendencias a sufrir convulsiones, en niños entre los seis meses y los doce años la dosis recomendable es de 0.25mg/kg cada cuatro a seis horas, en cuadros severos se puede alcanzar una dosis de 200mg (por vía oral). En la adolescencia la dosis dependerá de la gravedad de los síntomas aunque se sugiere comenzar con 10 a 25mg tres o cuatro veces por día.

Entre los efectos secundarios indeseados se encuentran: la sedación y la fotosensibilidad de la piel.

## **Tioridazina**

### **Acción**

A demás de su habitual uso en cuadros psicóticos al igual que la clorpromazina, esta droga es adecuada para los pacientes que además del TDA/H presentan una marcada explosividad, conducta hiperexcitable con respuestas desproporcionadas al estímulo irritativo, fuerte combatividad y agresividad.

### **Uso**

**Tioridazina**→ no es recomendable en niños(as) menores de dos años.

Entre los dos y los doce años la dosis es de 0.5 a 3mg/kg de peso/día. Se recomienda comenzar con baja dosis y aumentarlas progresivamente. En adolescentes mayores de doce años la dosis habitual oscila entre 15 y 50mg dos o tres veces por día. No parece producir disminución en las funciones cognitivas y se aconseja su administración en una toma única nocturna para disminuir sus efectos de sedación.

Los psicofármacos no son sustancias mágicas que resuelven los trastornos o problemas de salud, pero si son un tratamiento que se emplea con mayor frecuencia una vez que se ha diagnosticado un trastorno de conducta, y esto gracias a lo mucho que se ha estudiado y se han empleado para la tarea clínica.

La administración de los psicofármacos a un(a) niño(a) que ha sido diagnosticado con TDA/H solo será decisión de los padres, pero negarse al empleo de éstos una vez que se conocen las ventajas (y se sabe que se pueden evitar efectos secundarios) puede ser una medida drástica y una abstinencia al empleo de las alternativas científicas además de que se prolonga la problemática hasta una situación crítica a pesar de tener una elección efectiva.

## 4.2 INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA

La *intervención pedagógica* para este trabajo, consiste en mostrar una serie de técnicas que son empleadas actualmente por pedagogos en instituciones del sector salud y que en base al análisis crítico que he realizado y datos proporcionados por especialistas (pedagogos y psicólogos) que los desarrollan actualmente<sup>40</sup>, se retoman técnicas que requieren de un proceso sistematizado y que forman parte del *tratamiento pedagógico* que se emplea para atender las áreas de desarrollo que son afectadas cuando se presenta esta entidad patológica; una vez que se ha diagnosticado al(a) niño(a) con TDA/H y se ha establecido el tratamiento psicofarmacológico, podrá el pedagogo iniciar su participación.

Tratar este trastorno tanto en el ámbito cognitivo, como en el físico y afectivo-social requerirá de la participación desde el inicio de este proceso de médicos, padres de familia, del(a) profesor(a) actual y quizás de los anteriores, por lo que el pedagogo llevará acabo las entrevistas necesarias que le permitan obtener un historial que contenga los antecedentes familiares y personales del(a) niño(a), así como uno cognitivo de grados anteriores y actuales que deberán incluirse en el expediente; de ser necesario también es importante que el pedagogo realice una entrevista al niño que va a ser atendido, para tener mayor información o conocer cual es la perspectiva que tiene el niño sobre su vida familiar y su desarrollo en la escuela.

El tratamiento pedagógico que se presenta a continuación esta integrado por técnicas que siguen una secuencia y que van formando un proceso de atención pedagógica, donde el pedagogo participa como asesor e involucra tanto a los padres como a los(las) profesores(as). Dichas técnicas tienen una función específica que se irá desarrollando, además de que cada una nos proveerá de información que se requiere para conocer la situación que se vive con el(la)

---

<sup>40</sup> GENPETDAH (Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH) Lic. Adriana Legaspi .

niño(a) tanto en casa como en la escuela. Así que el tratamiento pedagógico esta integrado por las siguientes técnicas:

- Entrevistas
- Identificación de Conductas
- Medición de la Conducta
- Aprendizaje de Conductas
- Establecimiento de Conductas Nuevas
- Disminución de Conductas Problemáticas
- Tareas Evolutivas

Cada una de las técnicas anteriores, se presentan con un objetivo específico, el procedimiento que se llevará acabo para su aplicación y una o varias fichas técnicas que se emplean para el registro de información, control del proceso que se sigue y la evolución que se va teniendo en cada caso; además de que la participación del pedagogo será mencionada como el *asesor*, y la de los padres y profesores como de *mediadores*. La participación interdisciplinaria de especialistas se requerirá como apoyo en este tratamiento, además de que cada uno tendrá un seguimiento en los aspectos que evalúa, con la finalidad de tener un registro del control y mejora de éstos.

Uno de los puntos a considerar y que fue señalado con anterioridad, es el hecho de que las escuelas regulares de educación primaria no cuentan con métodos especiales de enseñanza para quienes tienen dificultad en el sostenimiento de atención, esta situación se considera una problemática ya que los profesores regulares no cuentan con los suficientes elementos para tratar casos con este trastorno, siendo así mayor la necesidad de recurrir a especialistas (pedagogos) que puedan tratar a niños que padecen este trastorno conductual o a los (USAER) si las instituciones cuentan con los servicios.

#### 4.2.1 ENTREVISTAS

“La entrevista es el medio para lograr el esclarecimiento de los conflictos psíquicos del entrevistado, el entrevistador durante su escucha, encontrará relaciones que le parecen significativas entre el relato del paciente y sus síntomas”<sup>41</sup>.

La meta principal que tiene la realización de las entrevistas es el establecimiento de una relación de trabajo entre entrevistado - entrevistador, en este caso las entrevistas son el instrumento que el pedagogo tendrá de primera mano para obtener información de los acontecimientos pasados y actuales por lo que se ha requerido la intervención pedagógica.

A demás de las respuestas que el entrevistado diga u omita, es tarea del entrevistador hacer uso de su observación e intuición para lograr detectar la manera particular en la que se expresa, tono de voz, actitud corporal, movimientos, gesticulaciones y la repetición de un mismo tema que darán un panorama de cómo es la actitud y disponibilidad del padre o la madre o ambos (depende quien sea el entrevistado) además del comportamiento del(a) niño(a) y como se expresa de los miembros de su familia, los(las) profesores(as) (autoridad) y/o sus compañeros(as).

En la apartado de anexos (anexo 3 y 4) se presentan dos formatos de las entrevistas que pueden ser utilizadas como instrumentos para obtener información general de las etapas de desarrollo del(a) niño(a) hasta el momento de ser diagnosticado con TDA/H por especialistas como psiquiatras (paidopsiquiatras) o neurólogos. Se recomienda también tener un informe clínico del psiquiatra o especialistas que están siendo parte del tratamiento, en caso de estar siendo medicado se requiere anexar una copia del tratamiento farmacológico que se esta administrando.

---

<sup>41</sup> Portillo, Díaz Isabel , (1994), *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*, Editorial Pax, 2ª reimpresión, México, pp. 29.

## **Informe Conductual (Escolar)**

Es conveniente pedir al(a) profesor(a) titular de grupo las boletas de calificaciones para conocer la situación escolar que se presentó en grados anteriores y en el actual, así como las observaciones que se encuentran en ellas; además de un informe conductual lo más detalladamente posible, haciendo un recuento de hechos desde que se da la explicación del tema hasta que se da paso a las actividades, si el profesor cree necesario agregar datos de otros profesores que tengan contacto con el niño deberá hacerlo; en este informe se deben considerar los siguientes puntos:

- Inatención
- Impulsividad
- Hiperactividad
- Berrinches
- Negativismo
- Agresión verbal o física
- Destructividad
- Robo
- Autoestimulación

De ser necesario el profesor señalará otras acciones que dificultan la posibilidad de lograr atención sostenida e imposibilitar o dificultar su proceso de aprendizaje además de la relación que tiene con sus compañeros durante las horas de clases y de recreación.

## 4.2.2 IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS

### Objetivo

Identificar las conductas que se observan en el(la) niño(a) diagnosticado con TDA/H.

### Procedimiento

“Una conducta es todo aquello que el(la) niño(a) hace o dice, por ejemplo: llorar, caminar, sonreír, hablar, tirarse al suelo, rasguñar, morder y más”<sup>42</sup>.

Para ayudar a los(las) niños(as) a cambiar su conducta lo primero que se debe hacer es identificar claramente las que son denominadas como *conductas problemáticas* y que queremos que deje de realizar, para referirnos al comportamiento del(a) niño(a) debemos evitar términos vagos, para lo cual a continuación se presenta una serie de definiciones que nos pueden ayudar a conocer las conductas características de los síntomas que se presentan en el TDA/H.

- a) **Hiperactividad.** Conductas motoras y/o verbales que aparecen sin ningún aparente control de estímulos y que pueden ser mantenidas durante un largo periodo. Por ejemplo: moverse constantemente de un lugar a otro ya sea caminando o corriendo, cambiar de lugar los objetos sin motivo, interrumpir conversaciones.
- b) **Impulsividad.** Conductas motoras que ocurren sin control de estímulos y que pueden ocasionarle daño en su cuerpo en sus propiedad o en la de otros. Por ejemplo pegar por desquite aún sin saber si el otro es el que lo afectó, quemar papeles o basura, jugar con materiales peligrosos.
- c) **Berrinches.** Conductas verbales y/o motoras que ocurren como consecuencia de retiro de una situación agradable para él o ella, de no permitirle participar o negarle el acceso o posesión de algún objeto o

---

<sup>42</sup> Pineda y López, (1987), *Modificación de Conductas Problemáticas en el Niño*, Editorial Trillas, 1ª edición, México, pp. 74.

actividad por ser inconsecuente en el momento. Por ejemplo: llorar, gritar , jalar la ropa, tirarse al piso.

- d) **Negativismo.** Hacer lo contrario de lo que se ordena ó discutir y retirarse a realizarlo de mala gana.
- e) **Agresión verbal y/o física.** Conductas motoras y /o verbales dirigidas hacia otras personas, por medio de las cuales se provoca desplazamiento del lugar, daño visible en la piel y ofensas. Por ejemplo: decir groserías, insultar pedir las cosas a gritos, patear a una persona.
- f) **Destruktividad.** Conductas motoras dirigidas hacia cualquier objeto físico para dañarlas o destruirlas. Por ejemplo: desarmar juguetes sin motivo, saltar sobre los muebles, pintar o manchar las paredes, ensuciar los muebles.
- g) **Robo.** Conductas que generalmente no son observables directamente y de las cuales sólo se observa el producto (lo que robo) se descubre dentro del conjunto de sus objetos personales cosas que no son propiedad del(la) niño(a).
- h) **Autoestimulación.** Conductas motoras y/o verbales realizadas de forma estereotipadas y repetitivas sin que tengan efectos observables en el medio. Por ejemplo: morderse las uñas, chuparse el dedo, mover constantemente alguna parte de su cuerpo.

Antes de considerar alguna de las conductas como problemática se deben tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Número de veces que se está presentando la conducta.
- Tiempo que dure el niño realizando la conducta.
- Daño físico u ofensa que cause a otra persona con su comportamiento.
- Daño físico que cause a su propia persona.
- Lo apropiado que resulte la situación para que una conducta se esté presentando.
- Las limitaciones sociales que se provoque a sí mismo con su conducta.

Por otro lado como consecuencia de las conductas antes mencionadas los padres siempre reaccionan de alguna u otra manera, para lo que se muestra una clasificación de las consecuencias inmediatas y frecuentes que se provocan cuando un niño ha traspasado el límite puesto por sus padres y que a continuación se presentan:

- a) **Castigos verbales.** Conductas verbales manifestadas en un tono más fuerte que el normal, mientras las cuales se interroga al niño sobre el por qué de su comportamiento, insultándolo mediante groserías, desvalorándolo, criticándolo, comparándolo con otros(as) niños(as) o intentándolo convencer una y otra vez de que no realice más la conducta problema. Por ejemplo: ¡Deja de estar peleando!.
- b) **Castigo físico.** Conductas motoras por medio de las cuales se causa un daño físico al(a) niño(a). Por ejemplo: abofetearlo, golpearlo con algún objeto.
- c) **Quitar obligaciones.** Realizar una conducta por el(la) niño(a) o pedirle a otras personas que las hagan por él o por ella. Por ejemplo: vestirlo, o mandar a otro de los(las) hermanos(as) a hacer la tarea que le corresponde.
- d) **Inconsistencia.** Ignorar en ocasiones el comportamiento del(a) niño(a) y en otras tomar alguna de las medidas descritas anteriormente.

La siguiente forma es una *lista de evaluación de excesos conductuales*, que se empleará para identificar de forma más concreta las conductas problema que esta presentando el niño que se va tratar. En esta lista se contemplan varias conductas dependiendo de los síntomas antes citados y se deberán marcar conforme se van presentando en los cuadros y si el niño las presenta o no.

### **Forma 1. Lista de Evaluación de Excesos Conductuales**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona entrevistada: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Voy a leer una lista de conductas que puede presentar su hijo(a) o alumno(a); con usted, su familia o la escuela, por favor proporcione la información que se le pide de manera muy clara, para entender mejor su problema y así poder ayudarlo(a).

|   | Ocurrencia |    | Situaciones          |                  |                   |                    |                              |                   | Consecuencias |                |                |                     | Personas presentes |      |      |          | Criterio social |    |    |
|---|------------|----|----------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|---------------|----------------|----------------|---------------------|--------------------|------|------|----------|-----------------|----|----|
|   | Sí         | No | Al ver la televisión | En los alimentos | Al hacer la tarea | A la hora de jugar | Al ir de visita o de compras | En reuniones Fam. | Otras         | Castigo verbal | Castigo físico | Quitar obligaciones | inconsistencia     | Papá | Mamá | Hermanos | Otros           | Sí | No |
| <b>Hiperactividad</b>   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 1.¿Se mueve constantemente de un lugar a otro ya sea caminando o corriendo sin motivo aparente?   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 2.¿Se levanta constantemente de su lugar sin que haya un motivo para que lo haga?   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 3.¿Interrumpe constantemente la conversación de los demás sin que haya un motivo para que intervenga?   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 4.¿Habla incesantemente sin que haya un motivo para que lo haga?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 5.¿Hace ruido con objetos ya sea golpeando con éstos los muebles sin motivo?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 6.¿Cambia los objetos constantemente de su lugar sin motivo?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| <b>Impulsividad</b>   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 7.Enciende cerillos constantemente sin motivo?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 8.Juega con lumbre dentro de la casa? (quema basura, papeles en lugares inadecuados)  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 9.¿Enciende las llaves del gas constantemente sin motivo?   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 10.¿Juega inadecuadamente con material peligroso? (cuchillos, tijeras, navajas)   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| <b>Berrinches</b>   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |
| 11.Llora, grita, jala de la ropa, avienta objetos, se tira al suelo, patalea, o se revuelca en el piso, cuando se le quita algún objeto, no se le da lo que pide, o se le impide que realice determinada actividad? |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |               |                |                |                     |                    |      |      |          |                 |    |    |

|   | Ocurrencia |    | Situaciones          |                  |                   |                    |                              |                   |       | Consecuencias  |                |                     |                | Personas presentes |      |          |       | Criterio social |    |
|---|------------|----|----------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|-------|----------------|----------------|---------------------|----------------|--------------------|------|----------|-------|-----------------|----|
|   | Sí         | No | Al ver la televisión | En los alimentos | Al hacer la tarea | A la hora de jugar | Al ir de visita o de compras | En reuniones Fam. | Otras | Castigo verbal | Castigo físico | Quitar obligaciones | inconsistencia | Papá               | Mamá | Hermanos | Otros | Sí              | No |
| <b>Negativismo</b>  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 12. ¿Hace lo contrario de lo que se le ordena?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 13. ¿Discute y se resiste a cumplir las órdenes que se le dan?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| <b>Agresión física y verbal</b>   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 14. ¿Se pelea con sus hermanos u otras personas? (dice groserías, discute, pone apodos)   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 15. ¿Se pelea con sus hermanos u otras personas? (dice groserías, discute, pone apodos, insulta, golpea con hombros, cabeza y brazos)                             |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 16. ¿Patea a las personas o les pone el pie para que se caigan?   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 17. ¿Muerde o escupe a las personas?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 18. ¿Pellizca, araña, jala del pelo a las personas?   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 19. ¿Dice groserías o hace comentarios insultantes o de burla a las personas con las que convive o a gente extraña por ejemplo les dice ¡eres una tonta! y otras? |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 20. ¿Prohíbe o amenaza a las personas que pretenden utilizar objetos personales? Por ejemplo le dice ¡no agarres mis juguetes!                                    |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 21. ¿Grita cuando le pide las cosas?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| <b>Destructividad</b>   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 22. ¿Salta sobre los muebles? (camas, sillones)   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 23. ¿Patea, avienta o desarma objetos ya sean suyos o de otras personas?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 24. ¿Pinta o manchas las paredes, muebles, ropa, etc.?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 25. Ensucia el lugar donde se encuentra? (tira basura en el piso, derrama alimentos)  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |

|   | Ocurrencia |    | Situaciones          |                  |                   |                    |                              |                   |       | Consecuencias  |                |                     |                | Personas presentes |      |          |       | Criterio social |    |
|---|------------|----|----------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|-------|----------------|----------------|---------------------|----------------|--------------------|------|----------|-------|-----------------|----|
|   | Sí         | No | Al ver la televisión | En los alimentos | Al hacer la tarea | A la hora de jugar | Al ir de visita o de compras | En reuniones Fam. | Otras | Castigo verbal | Castigo físico | Quitar obligaciones | inconsistencia | Papá               | Mamá | Hermanos | Otros | Sí              | No |
| <b>Robo</b>   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 26. ¿Permanece mucho tiempo en la calle o en otra casa sin motivo?                            |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 27. ¿Más de una vez al mes dice que se encontró algún objeto                                  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 28. ¿más de una vez al mes encuentra entre sus cosas objetos o dinero que no es de él?        |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| <b>Autoestimulación</b>   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 29. ¿Frecuentemente se muerde las uñas sin motivo?  |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 30. ¿Se chupa el dedo constantemente?   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 31. ¿se rasca alguna parte de su cuerpo sin motivo alguno?                                    |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 32. ¿Repite sonidos o palabras constantemente sin motivo ya sea que este solo o con personas? |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 33. ¿Permanece con algún objeto o lo mueve constantemente entre sus manos sin motivo?         |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| 34. ¿Mueve constantemente la cabeza, el cuerpo, los pies o las manos sin motivo?              |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
| Otras conductas no consideradas anteriormente   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
|   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |
|   |            |    |                      |                  |                   |                    |                              |                   |       |                |                |                     |                |                    |      |          |       |                 |    |

Observaciones

---



---



---

## Forma 2. Resumen de Lista de Evaluación de Excesos Conductuales

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: En la entrevista que le aplicamos anteriormente usted seleccionó las siguientes conductas como problemas en su hijo(a) o alumno(a). Marque con una "X" durante esta semana el o los días en que se presenten.

|  | Situaciones          |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              | Personas presentes |  | Día de la semana en el que presentó la conducta problema |        |           |        |         |        |         |
|--|----------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|-------|-------------------|--------------------|------------------------------|--------------------|--|--|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|  | Al ver la televisión | En los alimentos | En los alimentos | Al hacer la tarea | A la hora de jugar | Al ir de visita o de compras | En reuniones Fam. | Otros | Al hacer la tarea | A la hora de jugar | Al ir de visita o de compras |                    |  | Lunes  | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |
|  |                      |                  |                  |                   |                    |                              |                   |       |                   |                    |                              |                    |  |  |        |           |        |         |        |         |

### 4.2.3 MEDICIÓN DE LA CONDUCTA

#### Objetivos

- a) Realizar un registro de conductas ya sea de frecuencia o duración en la escuela y la casa realizada por los mediadores.
- b) Seleccionar, junto con el asesor (pedagogo), la situación y la hora de medir la conducta que se va a modificar.
- c) Elaborar un registro diario de la conducta que posteriormente se modificará.

#### Procedimiento

1. Si observamos que se trata de una conducta en la que fácilmente podemos apreciar, entonces será conveniente que contemos en número de veces que ocurre en un determinado periodo. Igual que la *duración* de la conducta su inicio y su fin.
2. Otro tipo de conductas que se presentan siempre juntas y se repiten frecuentemente una después de otra durante un largo periodo, difícilmente se podrían contar las veces que ocurren; en estos casos será más útil contar la duración que tiene toda la serie de conductas desde que se presenta la primera hasta que se presenta la última de ellas.
3. En ocasiones difícilmente se observa la conducta directamente por lo que es conveniente contar el producto de ella. Por ejemplo: en un robo, no sabemos en que momento lo ha realizado, así que se deberán de contar los objetos que aparezcan en su mochila como las veces en que lo ha hecho.
4. Si las conductas se presentan una o dos veces por semana es conveniente hacer la medición durante un mes antes de iniciar el tratamiento, para tener un panorama real del nivel inicial de la conducta. Si se presentan muchas

veces al día será suficiente contarlas durante tres días seguidos antes de iniciar el procedimiento correctivo.

5. Al tratarse de una conducta que se presenta muchas veces al día, se podrá seleccionar una o varias horas para hacer la observación del niño, las horas de observación serán seleccionadas según la mayor probabilidad en que se presenten las conductas problemas.
6. Para anotar la medición de la conducta que estamos interesados en contar, a continuación se presenta un formato para el registro de frecuencia y duración, cada formato deberá emplearse para una conducta que se pretenda corregir.

La medición de la conducta la debemos hacer antes de iniciar algún procedimiento educativo con el niño, ya que esto determinará la intensidad del programa a efectuar.

**Forma 3.** En la columna de *día* se anotará la fecha, *el número de veces* será señala por medio de una “X” seguido del *total* contabilizado y en *tiempo de observación* se anotará la o las horas en las que el mediador (profesor o padres) realizó su observación.

**Forma 4.** En la columna de *día* se anota la fecha, en la que se refiere a *tiempo que duró la conducta* se anota el tiempo en minutos (3', 6', etc.), *el total* en minutos y en *tiempo de observación* las horas en las que el mediador realizó su observación.

### Forma 3. Registro de Frecuencia

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Conducta que se va a medir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Día | Número de veces que se presenta la conducta | Total | Tiempo de observación |
|-----|---|-------|-----------------------|
| L   |   |       |                       |
| M   |   |       |                       |
| M   |   |       |                       |
| J   |   |       |                       |
| V   |   |       |                       |
| S   |   |       |                       |
| D   |   |       |                       |

### Forma 4. Registro de Duración

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Conducta que se va a medir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Día | Tiempo que duro la conducta |  |  |  |  | Total | Tiempo de observación |
|-----|-----------------------------|--|--|--|--|-------|-----------------------|
| L   |                             |  |  |  |  |       |                       |
| M   |                             |  |  |  |  |       |                       |
| M   |                             |  |  |  |  |       |                       |
| J   |                             |  |  |  |  |       |                       |
| V   |                             |  |  |  |  |       |                       |
| S   |                             |  |  |  |  |       |                       |
| D   |                             |  |  |  |  |       |                       |

## 4.2.4 APRENDIZAJE DE CONDUCTAS

### Objetivos

- a) Identificar por escrito los estímulos negativos que haya estado utilizando hasta ahora para modificar el comportamiento problemático del(la) niño(a) a tratar.
- b) Identificar por escrito conductas positivas que el(la) niño(a) realice.
- c) Identificar por escrito estímulos positivos que estén utilizando los mediadores para motivar las conductas adecuadas del(la) niño(a).
- d) Estimularán positivamente las conductas adecuadas.
- e) Identificarán por escrito conductas negativas que sus hijos(as) o alumnos(as) hayan aprendido de su propio comportamiento.
- f) Identificarán por escrito conductas positivas que sus hijos(as) o alumnos(as) hayan aprendido de su propio comportamiento

### Procedimiento

A todas aquellas conductas a las que les prestamos atención mediante la aplicación de estímulos positivos o negativos, tenderán a presentarse nuevamente y aquellas conductas a las que nos les hacemos caso esperamos que poco a poco desaparecerán (esto va a depender de cada caso en particular).

Las conductas deseables o adecuadas se aprenden en la misma forma que las conductas problemáticas por medio de los estímulos otorgados inmediatamente después de que ocurren, pero, en el caso de las conductas deseadas, éstas se aprenden generalmente a través de la presentación de los llamados estímulos positivos, que son dados inmediatamente después de que se observa una conducta adecuada.

Entonces se puede decir que los estímulos provocarán que una conducta se vuelva a presentar una y otra vez. En este caso los mediadores (padres o profesores) proporcionan estos estímulos en dos modalidades:

*Estímulos positivos.* Se otorgan a las conductas adecuadas y son presentados inmediatamente después de que ocurre la conducta mediante halagos, la oportunidad de participar en determinada actividad, premios, o la concesión de determinado privilegio.

*Estímulos negativos.* Generalmente se presentan inmediatamente después de que ha ocurrido una conducta problemática por medio de castigos físicos o verbales.

A continuación se hace una relación de los principales estímulos tanto positivos como negativos.

### **Estímulos negativos:**

#### *Castigo físico:*

1. Dar manazos sobre el cuerpo del niño.
2. Golpear al niño utilizando objetos (palos, cinturón, escoba).
3. Aventarlo, pellizcarlo, darle bofetadas o nalgadas.

#### *Castigo verbal:*

1. Decirle groserías.
2. Ordenar constantemente que deje de estar realizando determinada conducta, como: *¡deja de estar peleando!, ¡cállate!*
3. Advertir, regañar o amenazar al niño con indicaciones como: *¡si no te callas, te voy a pegar!*
4. Juzgar, criticar o culpar al niño: *¡deberías saberlo!, ¡estas diciendo tonterías!, ¡tú eres el que ocasiona problemas!*

5. Poner apodos, ridiculizar, avergonzar al niño por su comportamiento. *¡me haces sentir vergüenza con tu comportamiento!, ¡eres un “metiche”!*.
6. Interpretar diagnosticar o psicoanalizar. *¡lo único que quieres es llamar la atención!, ¡quieres que me enoje!*.
7. Enseñar, instruir. ¡los niños buenos no hacen eso!, ¡te gustaría que yo hiciera eso!, ¿por qué no eres bueno?.

Por otro lado también se presentan los estímulos que los mediadores acostumbran dar inmediatamente después de que ocurre la conducta positiva y que a continuación se presentan.

### **Estímulos positivos:**

#### *Atención social:*

1. Decir: ¡Muy bien!
2. Decir: ¡qué atento eres!
3. Decir: ¡Me siento orgulloso de ti!
4. Decir: ¡Lo estas haciendo muy bien!
5. Decir: ¡qué listo!
6. Decir: ¡Cuánto trabajaste hoy!
7. Decir: ¡me gusta que me ayudes!
8. Decir: ¡te quiero mucho!
9. Sonreírle al niño
10. Aplaudirle
11. Cerrar un ojo.
12. Silbarle algo como: ¡fiu, fiu!
13. Darle una palmadita en la espalda o acariciarle e pelo.
14. Abrazarlo y besarlo.
15. Sentarse a su lado.
16. Decir: ¡gracias!

*Actividades:*

1. Permitirle practicar algún deporte
2. Hojear cuentos con él.
3. Contarle un cuento.
4. Oír música junto con el niño.
5. Ir a una fiesta.
6. Salir a jugar con otros niños.
7. Realizar algún juego junto con el niño.
8. Ir al cine con el niño.
9. Armar rompecabezas.
10. Ir al parque o realizar una visita a los amigos.
11. Colorear dibujos.
12. Trabajar con plastilina.
13. Ver televisión, escuchar la radio.
14. Visitar determinado lugar.

*Materiales:*

1. Darle su alimento favorito.
2. Comprarle un juguete.
3. Compararle un cuaderno para colorear.
4. Comprará lápices para colorear ( crayolas, acuarelas, etcétera).

*Privilegios:*

1. Darle el derecho a escoger programas de televisión dentro de un determinado horario.
2. Permitirle que se acueste más tarde que de costumbre.
3. Darle un tiempo adicional para ver televisión, para escuchar discos y otros más.

Finalmente podemos ver que otra de las formas en las que el(la) niño(a) aprende conductas problemáticas o adecuadas es mediante la imitación de las conductas que observan en las personas con que conviven.

### **Forma 5. Aprendizaje de Conductas**

1. Haga una lista de cinco estímulos negativos que haya utilizado hasta ahora para modificar el comportamiento problemático de su hijo(a) o alumno(a).

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

2. Haga una lista de cinco estímulos positivos (sociales, actividades, materiales, privilegios, etc.) que haya utilizado para motivar la conducta de su hijo(a) o alumno(a).

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

3. Haga una lista de cinco conductas positivas que su hijo(a) o alumno(a) realice actualmente.

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

4. Haga una lista de tres conductas positivas que su hijo(a) o alumno(a) haya aprendido de su propio comportamiento.

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

5. Haga una lista de tres conductas negativas que su hijo(a) o alumno(a) haya aprendido de su propio comportamiento.

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

## 4.2.5 ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS NUEVAS

### Objetivo

- a) Elaborarán los mediadores, junto con el asesor una regla de conducta, que se aplicará tanto en casa como en la escuela.

### Procedimiento

Existen un gran número de conductas que se consideran problemáticas por los padres, profesores(as) o personas que conviven con el(la) niño(a). Si queremos ayudar al(a) niño(a) a corregir problemas de conducta como los descritos, tendremos que considerar los siguientes puntos:

1. Organizar un horario para el(la) niño(a) tratando de considerar todas aquellas actividades que le permitirán lograr su desarrollo personal de manera adecuada. Se planearán horarios fijos para su alimentación, sueño, aseo personal, estudio, participación de las actividades propias del hogar, diversión y otros, estos horarios deberán respetarse de manera consistente para que los niños adquieran “hábito”<sup>43</sup> de conducta.
2. Los mediadores deberán organizar el espacio físico del hogar o la escuela explicando al niño la función que tienen cada uno de los lugares así como las limitaciones de éstos. Esto permitirá al niño sentirse seguro de su comportamiento y a los padres les permitirá establecer reglas de comportamiento.
3. Una vez que se han fijado las reglas a seguir en cada caso, éstas deberán mantenerse consistentemente, esto es, no podrá permitirse al(a) niño(a) algo ahora y, mañana ya no, o pedirle que haga algo ahora y mañana ya

---

<sup>43</sup> **HÁBITO.** Es la realización espontánea de una conducta repetitiva por parte de una persona. Ibidem p. 94.

no, puesto que con esto sólo se conduciría al(a) niño(a) a que perdiera la confianza en los mediadores.

4. En algunos casos podría ser necesario que el mediador le señale al(a) niño(a) a realizar la conducta mostrándole como se hace (servirle de muestra).
5. Enumere los pasos a seguir para que el(a) niño(a) logre ejecutar la conducta deseada.
6. El primer día mantenga al(a) niño(a) sentado y observando mientras usted realiza todo el trabajo, menos el último asegúrese de que sea sencillo para que vaya integrándose.
7. El segundo día, el(la) niño(a) observará mientras usted hace la conducta deseada menos los dos últimos pasos. Indíquele los pasos que el(la) niño(a) deberá realizar.
8. Al tercer día, el(la) niño(a) ejecutará los tres últimos pasos. Indíquele en qué consiste éstos.
9. Se continuará con este procedimiento hasta que el(la) niño(a) realice todas la conductas que se desea establecer en él o ella.
10. Será necesario proceder paso a paso para poder enseñar las conductas nuevas al(a) niño(a), para esto se deberán elegir las conductas más sencillas para que de esta manera se pueda garantizar el éxito en su realización. Por ejemplo: que al arreglar su recamará primero se le enseñe al(a) niño(a) a colocar sus juguetes, después a arreglar su cama y por último limpiar el piso.
11. Los mediadores deberán reforzar en el(la) niño(a), mediante estímulos positivos, cualquier logro que observen por pequeño éste sea.
12. Deberán asegurarse los mediadores que el(la) niño(a) cuente con todos los elementos materiales para que pueda adquirir el nuevo comportamiento;

por ejemplo: tomemos el caso de que se pretenda que el(a) niño(a) guarde sus juguetes o materiales después de haber jugado con ellos; para lo que deberá proporcionarle una caja para que pueda hacerlo.

13. Cuando se requiere que el(la) niño(a) tenga determinado comportamiento por primera vez, resultará útil que el mediador de una explicación sencilla del por qué se desea que se ejecute.
14. Cuando se pretenda establecer un comportamiento nuevo en el(la) niño(a), enséñele primero una conducta y no comience con otra hasta que esté bien establecida la primera.
15. Una vez seleccionada la conducta que se va a enseñar, el mediador deberá pedir que se realice todas las veces que haya oportunidad para ello. Nunca deberá realizar la conducta por el(la) niño(a), ni poner a otro niño(a) a que las realice por él o ella.
16. Cuando usted dé una orden, hágalo claramente con voz firme y segura y compruebe que cumpla con ella. Ignore todo aquel comportamiento negativo (llorar, discutir), a fin de no cumplir con la orden que se le haya dado.
17. Para garantizar el éxito en el aprendizaje de conductas nuevas, será necesario que toda la familia que convive con el(a) niño(a) se ponga de acuerdo en cómo se le va a ayudar; de esta forma todos actuarán de la misma manera ante la conducta del(a) niño(a).
18. Para poder lograr que el(la) niño(a) realice un nuevo comportamiento deberán utilizarse los llamados *estímulos positivos* que serán dados inmediatamente después de que se presenta la conducta deseada.

19. Para seleccionar los estímulos positivos los mediadores deberán considerar todo aquello que el(la) niño(a) haga en sus ratos libres o lo que mencione acerca de sus gustos o deseos. Se debe tomar en cuenta lo positivos que resulten los estímulos, dependerá de que escojamos aquellos que realmente lo sean para la quien irán dirigidos y no de lo agradable que resulten para nosotros u otras personas.

20. Nunca se debe prometer cosas que no puedan cumplirse, pues el(la) niño(a) perderá la confianza en usted y posteriormente no conseguirá motivarlo ya que no creerá lo que le diga.

### **Construcción de Reglas**

Es necesario que al elaborar reglas de comportamiento se consideren las siguientes características.

- a) Identifique claramente la conducta que quiere enseñarle al(a) niño(a) (de tal forma que sea algo que usted puede ver o escuchar cuando ocurra).
- b) Construya la regla siempre en forma positiva, esto es, diga siempre lo que el(la) niño(a) tendrá que hacer.
- c) Especifique la consecuencia positiva que se utilizará para motivar la ocurrencia de la conducta en el(la) niño(a) (estímulos en forma de actividades, materiales o privilegios).
- d) Deberá establecer un tiempo límite para que la conducta se lleve a cabo.
- e) Se pueden elaborar reglas de conducta para, entre otras cosas, establecer *orden, estudio, aseo, cooperación, etc.*

## Forma 6. Establecimiento de Conductas Nuevas

1. Construya con ayuda del asesor una regla de conducta para su hijo(a) o alumno(a).

Conducta que se pretende establecer. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estímulo positivo que se entregará al(a) niño(a) como consecuencia de la ocurrencia de la conducta (estímulo en forma de algún objeto material, actividad o privilegio). \_\_\_\_\_

Estímulo positivo social que se puede proporcionar al(a) niño(a) en el momento que ocurra la conducta. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Límite de tiempo que se permitirá para la ocurrencia de la conducta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Regla establecida. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para poder: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antes de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Deberás: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4.2.6 DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

### Objetivos

- a) Los mediadores seleccionarán junto con el asesor, la técnica o técnicas que se utilizarán para modificar el comportamiento problemático del(a) niño(a).
- b) Aplicar la o las técnicas específicas tomando en cuenta las características que se presentan tanto en el hogar del hogar como en la escuela.

### Procedimiento

Para saber si una conducta es problemática se debe considerar que:

- Dure mucho tiempo cuando se presenta.
- Cuando la conducta tiene larga duración aunque sean pocas las veces que se presenta.
- Cause daño físico u ofenda a otras persona.
- Cause daño físico al propio sujeto que las emite.
- Se presenta ante una situación que no es la adecuada.
- La conducta impide una adecuada integración social.

Para resolver este tipo de problemas ha sido útil usar técnicas tales como la de *ignorar*, *aislamiento*, *sobrecorrección retributiva* y *sobrecorrección de práctica positiva*, entre otras. La aplicación de estas técnicas por parte de los mediadores quienes deben de aplicarla tomando en cuenta todas sus características y sea consistente con ello; además de que se le preste atención positiva a todas aquellas conductas adecuadas que observe en el niño.

## Técnica de Ignorar

Esta técnica requiere de mucho control por parte del mediador que está aplicando el procedimiento correctivo ya que la reducción de la conducta no es inmediata sino gradual.

- a) No contestar a la conducta del(a) niño(a) con regaños, insultos, exhortaciones de que deje de emitir el comportamiento o cualquier otro comportamiento que trate de convencerlo(a) de que deje de realizarla.
- b) El mediador debe permanecer en la misma habitación donde se encuentre el(la) niño(a), continué mientras tanto con sus quehaceres normales o entreténgase con algo en ese momento. Cuando le resulte insoportable la relación con él o ella, salga de la habitación.
- c) Cuando el(la) niño(a) esté emitiendo el comportamiento problemático, el mediador deberá permanecer en la habitación pero evitar mirarlo y fijar su atención en otra cosa.

La técnica de ignorar puede resultar útil para solucionar problemas como:

- Moverse constantemente de un lugar a otro ya sea caminando o corriendo.
- Hablar e interrumpir constantemente sin que haya motivo.
- Hacer berrinche.
- Decir groserías hacer comentarios insultantes o burlarse.
- Gritar cuando pida las cosas.
- Morderse las uñas o chuparse el dedo.
- Discutir y resistirse.

## Técnica de Aislamiento

Cuando la conducta realizada por el(la) niño(a) provoca daño físico en otros o a ellos mismos, destruye objetos o simplemente no puede ser ignorada la conducta, será útil echar mano de la técnica de aislamiento para lo que se debe considerar:

- a) Escoger una área bien iluminada, ventilada y aislada de la situación donde se originó el problema. Cuando aplique esta técnica no intente asustarlo(a) al introducirlo a estos lugares, piense en aburrirlo.
- b) Asegúrese de que en el lugar no haya cosas que puedan entretenerlo(a): juguetes, televisión y otros.
- c) Tenga a la mano un reloj para contar el tiempo en que permanecerá en el lugar seleccionado.
- d) Los pasos a seguir una vez que ha sido aislado:
  - Proporcione información al(a) niño(a) y trate de no hacer expresar emociones como enojo y empiece a hablar del porque no debe hacer esa conducta. “No puedes pegarle a tu hermano(a), aquí esta mamá para corregirlo”
  - Advierta la consecuencia que recibirá en caso de no dejar de emitir el comportamiento problemático. “Si no dejas de pegarle a tu hermano, te traeré aquí”.
  - Si no cumple con la orden y lo vuelve hacer se llevará al lugar escogido y se le dirá el por qué y cuanto tiempo permanecerá. “vas a quedarte aquí durante cinco minutos, por haberle pegado a tu hermanito”
  - En el caso de que el(a) niño(a) no quiera permanecer en el lugar, el mediador le tomará del brazo sin discutir ni responder al comportamiento que presente en ese momento el niño y se le dejará en el lugar con firmeza, pero sin mostrar enojo.
  - Si el(a) niño(a) abandona el lugar antes del tiempo señalado, repita la operación anterior e inicie el conteo del tiempo nuevamente.

- e) La duración del aislamiento varia de un niño(a) a otro(a) es recomendable que se aplique un minuto por año de edad.

La técnica de aislamiento puede resultar útil para solucionar problemas como:

- Levantarse constantemente sin motivo.
- Hablar e interrumpir constantemente sin que haya motivo.
- Encender cerillos constantemente y sin motivo.
- Hacer berrinche.
- No cumplir con las órdenes que se le dan.
- Pelearse a golpes o verbalmente.
- Patear, morder, escupir, pellizcar, jalar el cabello de otras personas.
- Prohibir o amenazar a las personas que pretenden usar a sus objetos.
- Brincar sobre los muebles.

### **Técnica de Sobrecorrección Restitutiva**

Esta técnica se utiliza en los casos en que el niño haya causado un daño observable en su medio ambiente como consecuencia de su mal comportamiento. El procedimiento correctivo consiste en pedir al niño que corrija los efectos de su conducta y deje la situación afectada en mejores condiciones. Las características básicas de esta técnica son:

- a) Indicar al niño la consecuencia que ha dejado con la manera de comportarse.
- b) Indicarle con calma el comportamiento que deberá realizar para corregir la consecuencia de su mala conducta y dejar la situación afectada en mejores condiciones.
- c) Durante el tiempo que el(a) niño(a) esté realizando la corrección de la conducta, no deberá tener a su alcance ninguna clase de estímulos

materiales o sociales que lo puedan motivar como: comida, juguetes, hermanos o compañeros.

- d) Cuando la sólo instrucción por parte del mediador no sea suficiente para que el niño realice la conducta correctiva, el mediador podrá tomarlo del brazo para que ejecute la conducta esperada y se retirará cuando el niño retoma la actividad de manera voluntaria.
- e) Los mediadores deben ignorar los gritos o jalones emitidos por el(la) niño(a) y evitar discutir con él o ella.
- f) Finalmente, identifique todas aquellas conductas positivas o adecuadas que el(la) niño(a) realice actualmente y présteles atención mediante los estímulos positivos.

Las técnicas de sobrecorrección restitutiva puede utilizarse para solucionar los siguientes problemas.

- Saltar sobre los muebles o camas
- Patear, aventar o desarmar objetos
- Pintar o manchar las paredes, muebles o ropa.
- Ensuciar el lugar donde se encuentre.
- Cambiar sin motivo, los objetos de su lugar.

### **Técnica de Sobrecorrección de Práctica Positiva**

Esta técnica consiste en pedir al(a) niño(a) que realice otra conducta en la misma forma en que ha realizado alguna anteriormente pero que sea de manera adecuada, es necesario que la conducta se realice inmediatamente después de observado el comportamiento problema, se trata de que el(la) niño(a) ensaye repetidamente la forma correcta de la conducta apropiada.

En muchas ocasiones el(a) niño(a) realiza comportamientos inadecuados porque son los únicos que conoce para estar activo o para llamar la atención. Con esta técnica se da la oportunidad de que el niño realice otra conducta que los demás no acepten.

Las características básicas de estas son:

- a) identificar claramente el comportamiento.
- b) Determinar cuál sería el comportamiento contrario que se considerará el adecuado.
- c) Indicar al(a) niño(a), con calma que el comportamiento contrario que se considerará el adecuado.
- d) En el caso de que no cumpla con las instrucciones podrá ser útil que se le guíe físicamente o se le muestre con la propia conducta cuál es el comportamiento adecuado que se desea que él realice.
- e) Identificación de conductas adecuadas en el(la) niño(a) y su atención por medio de estímulos positivos.

Las técnicas de sobrecorrección de práctica positiva, puede utilizarse para solucionar las siguientes conductas.

- Moverse de un lugar a otro.
- Levantarse constantemente.
- Hablar e interrumpir constantemente.
- Hacer ruidos o mover objetos.
- Encender cerillos o abrir las llaves del gas.
- Jugar con material peligroso.
- Pelearse física y verbalmente con otras personas.
- Patear, morder, pellizcar, arañar o jalar el cabello a otras personas.
- Decir groserías, prohibir o amenazar a otras personas.
- Saltar sobre muebles.
- Pintar o manchar las paredes.

#### 4.2.7 TAREAS EVOLUTIVAS

En este punto de la intervención pedagógica se presentan algunas tareas evolutivas, que tienen como objetivo reducir la hiperactividad, incrementar la inhibición muscular, la atención y el autocontrol, estas actividades se realizarán primeramente por el asesor (pedagogo) y posteriormente se le dará la explicación o de ser necesario que entren los mediadores como observadores a una sesión para que posteriormente puedan llevar a acabo las tareas que aquí se presentan.

Las tareas que se presentan a continuación están presentadas en un orden de dificultad apropiado de manera en que se pueda ver su evolución.

- **Actividades de Relajación**

Las primeras actividades se refieren primordialmente a la enseñanza de la relajación.

##### **a) Masaje de Relajación Corporal**

**Objetivo:** Aprender a relajar conscientemente partes del cuerpo, a través del masaje.

**Materiales:** Colchoneta o una manta gruesa para el suelo, cronómetro, hoja de registro, profesor o padre ayudante.

**Procedimiento:** El alumno se acuesta cómodamente sobre su estómago, con los brazos y piernas estirados y la cabeza vuelta hacia un lado. Poner en marcha el reloj. Colocarse o sentarse a un lado , y suavemente empezar a dar masaje en el cuello y los hombros de paciente (el niño). Utilizando ambas manos a la vez, delicada pero firmemente apretar y dar masaje a la base y los lados de cuello. Luego mover ambas manos hacia los hombros y darles masaje lentamente. Se deben dar como mínimo cinco minutos de masaje en estas zonas del cuerpo. Cuando usted haya terminado, el(la) niño(a) anota el tiempo.

**Actividades complementarias:** De forma pausada, dar masaje a la frente, brazos, manos y parte baja de la espalda. Este es un ejercicio excelente para que lo hagan los padres (mediadores) con sus hijos(as) o alumnos(as).

**Ficha de registro de información**

| Registro de tiempo |        |
|--------------------|--------|
| Fecha              | Tiempo |
|                    |        |
|                    |        |
|                    |        |
|                    |        |
|                    |        |
|                    |        |
|                    |        |

**b) Mirarse al Espejo**

**Objetivo:** Incrementar la capacidad para permanecer sentado completamente inmóvil.

**Materiales:** Espejo, libro, cronómetro, hoja de registro.

**Procedimiento:** Decirle al(a) niño(a), pon en marcha el reloj. Ahora siéntate cómodamente, con las piernas cruzadas, en el suelo o en la colchoneta, frente al espejo, a continuación siéntate derecho y coloca con cuidado, un libro sobre tu cabeza. Mantén el libro en equilibrio posible, y mírate en el espejo tanto tiempo como te sea, sin moverte. Cuando te muevas o se te caiga el libro anota tu tiempo. El(la) niño(a) deberá continuar intentándolo y observar si puede permanecer completamente inmóvil durante períodos de tiempo más largos.

**Actividades complementarias:** El(la) niño(a) tratará de mantener en equilibrio discos viejos, saquitos con granos, reglas, animales de juguete, almohadones y otros objetos, sin moverse.

| Fecha              | Tiempo |
|--------------------|--------|
| Registro de tiempo |        |
|                    |        |
|                    |        |

## Ficha de registro de información

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

- **Actividades de Control Muscular**

Los siguientes ejercicios se refieren a las actividades de **control muscular**.

### a) Susurrar

**Objetivo:** Ser capaz de escuchar atentamente y de transmitir el mensaje correcto a la persona siguiente con mucha calma.

**Materiales:** Un grupo de siete u ocho niños(as), un mensaje para susurrar.

**Procedimiento:** Un(a) alumno(a) actúa como director y escribe un mensaje (no importa cual sea). Luego susurra el mensaje a la persona siguiente sentada a su lado, la cual lo transmite al(a) compañero(a) que está junto a él o ella y así sucesivamente, hasta que el mensaje llegue al último. Tan pronto como cada niño(a) ha transmitido el mensaje, anota lo que considera haber escuchado y lo que recuerda haber susurrado al niño siguiente sentado a su lado. Cuando el(a) último(a) niño(a) recibe el mensaje susurrado, cada uno enseña y dice lo que anotó.

**Actividad complementaria:** Utilizar palabras sin sentido, frases y secuencias de letras y números.

Lo que yo oí fue: \_\_\_\_\_

Lo que yo susurre fue a la persona siguiente fue: \_\_\_\_\_

## b) Sensaciones

**Objetivo:** Ser capaz de entender y escribir lentamente símbolos aprendidos a través de sensaciones táctiles.

**Materiales:** Mesa, papel y lápiz, asesor o mediador, hoja de puntuaciones.

**Procedimiento:** El(la) alumno(a) coloca su mano sobre el dorso de la del mediador encima de la mesa. Muy lentamente, la mano del profesor se mueve por la superficie de la mesa para formar un símbolo, mientras que el alumno observa y percibe el movimiento. A continuación el profesor coloca la mano sobre la del(a) niño(a) mientras este último traza el mismo símbolo. Si el(a) alumno(a) forma y nombre correctamente el símbolo el profesor anota un punto positivo en su hoja de puntuaciones. El(a) alumno(a) dibuja después el símbolo en una hoja de papel y continúa con el símbolo siguiente que tiene mayor dificultad que el anterior.

**Actividades complementarias:** El profesor debe asegurarse de que se van a hacer los movimientos despacio, añadiendo gradualmente símbolos más complejos, tales como secuencias de números – letras y palabras.

### Ficha de registro de información

| Mi hoja de puntuaciones |         |            |
|-------------------------|---------|------------|
| Orden                   | Símbolo | Correcto + |
| 1.                      |         |            |
| 2.                      |         |            |
| 3.                      |         |            |
| 4.                      |         |            |
| 5.                      |         |            |
| 6.                      |         |            |
| 7.                      |         |            |
| 8.                      |         |            |

- **Actividades de control visomotor y cognitivo**

Por último, los siguientes ejercicios se refieren al **control visomotor y cognitivo**.

**a) Construcción de Modelos**

**Objetivo:** Ser capaz de reproducir con rapidez y precisión un modelo de construcción.

**Materiales:** Un juego de construcciones, cronómetro, hoja de puntuaciones.

**Procedimiento:** Decir al(a) niño(a) “observa atentamente como tomo estas piezas y las pongo juntas para hacer un cuadrado, ahora toma tu algunas piezas y construye un cuadrado como el mío . Cuando haya terminado para el cronómetro y anota tu tiempo. Si tu modelo es como el mío, anótate un punto positivo en la hoja de puntuaciones”.

**Actividades complementarias:** Incrementa la dificultad, incluyendo modelos tridimensionales. Emplear bloques lógicos y otras construcciones para aumentar la complejidad de la tarea.

**Ficha de registro de información**

| Mi hoja de puntuaciones |        |            |
|-------------------------|--------|------------|
| Modelo n°               | Tiempo | Correcto + |
| 1.                      |        |            |
| 2.                      |        |            |
| 3.                      |        |            |
| 4.                      |        |            |
| 5.                      |        |            |
| 6.                      |        |            |
| 7.                      |        |            |
| 8.                      |        |            |

## b) Caminar Sobre Símbolos

**Objetivo:** Ser capaz de prestar atención, recordar y reproducir una secuencia de símbolos.

**Material:** Símbolos dibujados con gis en el suelo o en papel, hoja de registro.

**Procedimiento:** Decir al(a) niño(a) “vamos a caminar sobre los símbolos que hay en la primera casilla de tu hoja de registro para formar la secuencia”. Continuar haciendo que camine sobre los símbolos del suelo hasta que complete cada secuencia que se tiene en la hoja de registro.

**Actividades complementarias:** Pedir al(a) niño(a) que diga los símbolos antes de reproducir cada secuencia caminando. Incluir series de palabras y números.

### Ficha de registro de información

|          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| <b>3</b> | <b>*</b> | <b>1</b> | <b>U</b> |
| <b>A</b> | <b>6</b> | <b>=</b> | <b>I</b> |
| <b>X</b> | <b>E</b> | <b>2</b> | <b>+</b> |
| <b>4</b> | <b>#</b> | <b>S</b> | <b>O</b> |

SÍMBOLOS DIBUJADOS EN EL PISO

| Mi hoja de puntuaciones |           |            |
|-------------------------|-----------|------------|
| Orden                   | Secuencia | Correcto + |
| 1.                      | 1 2 3 4   |            |
| 2.                      | O A E I   |            |
| 3.                      | # * = +   |            |
| 4.                      |           |            |
| 5.                      |           |            |
| 6.                      |           |            |
| 7.                      |           |            |
| 8.                      |           |            |

## CONCLUSIONES

El desconocimiento y mal empleo de la terminología para referirse a trastornos de conducta, principalmente entre hiperactividad, hiperquinésis y trastorno por déficit de atención han sido la motivación principal para realizar esta investigación en la que se ha establecido la diferencia principal entre estos tres términos, además de la etiología y las características que a continuación se mencionan.

La Hiperactividad se ha considerado por mucho tiempo como un síndrome o trastorno de conducta generador de una serie de conflictos en el niño, haciéndose más evidentes en el momento en el que ingresa a la escuela, pero lo anterior puede ser una de las causas por las que se emplea el término *hiperactividad* (HA) de manera errónea. La hiperactividad es un síntoma que se caracteriza por presentar un alto nivel de actividad de manera persistente manifestándose en cualquier momento sobre todo en actividades escolares y que resultan ser inadecuadas, además de que no se presenta algún problema neurológico o de aprendizaje pero su etiología se considera genética en la mayoría de los casos. Los signos que manifiesta un niño con hiperactividad a menudo son confundidos con los de un síndrome; pero para diferenciarlos es necesario conocer que un síndrome es el conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad.

Entonces podemos decir que la hiperquinésis es un síndrome que se caracteriza por manifestar una serie de signos y síntomas que constituyen una entidad patológica denominada *disfunción cerebral mínima* (DCM), que hasta hace algunos años se pensaba, eran dos síndromes diferentes. El síndrome Hiperquinético no se trata de una inquietud más o menos reconocida sino un verdadero estado de movilidad extremo – persistente, ya que la disfunción que presenta el niño genera una excesiva actividad sensorial. es decir los estímulos internos y externos hiperestimulan al niño originando la necesidad de permanecer en constante movimiento. La lesión cerebral puede producirse desde el momento

de la gestación (etapa prenatal), en el parto (etapa natal) y posteriormente (etapa posnatal) siendo muchos los factores que dan origen a esta entidad patológica. Por ser considerado como un síndrome la hiperquinésis puede presentar otros síntomas coexistentes y que para establecer el diagnóstico y tratamiento deben considerarse como parte del problema.

El trastorno por déficit de atención es el síndrome que nos interesa principalmente, pero para llegar a éste, se tenía que hacer la aclaración de los términos anteriores.

Se considera como *trastorno de conducta* a cualquier alteración del comportamiento caracterizado por acciones y reacciones antisociales; el *déficit de atención* es un problema que se hace más notorio una vez que se ingresa a la escuela y consiste en la imposibilidad para poner atención, controlar impulsos y el nivel de actividad, ya que es aquí donde el profesor titular o los profesores que están en contacto con el niño detectan una serie de problemas en comparación a los demás niños de su edad o grupo escolar.

El trastorno por déficit de atención se clasifica con hiperactividad y sin ella, dependiendo si un niño manifiesta actividad exagerada y persistente es como se hará la clasificación, además de que éste es más frecuente de identificar por las manifestaciones que se presentan. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) es un trastorno de base neurológica que constituye una entidad patológica cuyas características esenciales son un patrón persistentes de *desatención, hiperactividad e impulsividad*, estos síntomas pudieron aparecer en el niño antes de los 6 - 7 años pero no es, sino hasta que entra a la escuela cuando se detecta una problemática.

La causa exacta aún es desconocida, pero investigadores que estudian el cerebro están llegando a comprender lo que puede causarlo; concluyendo que las personas con este trastorno no presentan suficientes cantidades de ciertas

sustancias llamadas *neurotransmisores* en el cerebro, que son las sustancias químicas que ayudan al cerebro a controlar la conducta tales como la dopamina, noradrenalina, acetilcolina y la serotonina.

Por lo que podemos decir que el TDA/H se presenta con una marcada predisposición hereditaria, con fuertes consecuencias en el ámbito del aprendizaje y la conducta produciendo como efectos secundarios problemas antisociales severos y daño en la autoestima principalmente, cuyo grado de afectación en cada niño dependerá de su historia personal y familiar, además de la modalidad de crianza que haya tenido. Desafortunadamente vivimos en un país donde los padres tardan más tiempo en encontrar un diagnóstico adecuado, debido a la falta de especialistas psiquiatras o neuropediatras que debieran ser los encargados de este tipo de problemas de salud mental, por lo que el diagnóstico y tratamiento se inicia casi siempre cuando el trastorno ya es muy severo.

Pero una vez que se ha diagnosticado, el tratamiento psicofarmacológico del TDA/H dependerá en cada caso en particular de la intensidad de los síntomas, en que momento de la vida se encuentra (edad) y cuáles las áreas que se encuentran más afectadas, para esto se requerirá de la participación de otros especialistas (psicólogos, pedagogos y terapeutas) a quienes se recurrirá según sea llevado el proceso de manejo y tratamiento (médico). Es conveniente conocer el tratamiento empleado actualmente por instituciones del Sector Salud, siendo esta la causa por la que se señalan tres líneas de medicación que solo podrán ser manejadas y controladas por especialistas (neurólogos y psiquiatras) pero que se presentan para indicar el panorama médico que puede ser empleado para controlar este trastorno conductual (TDA/H).

Debido a que el ámbito escolar es una de las áreas más afectadas en los niños diagnosticados con TDA/H, la participación del pedagogo será necesaria debido a la gran ayuda que se requerirá para controlar el proceso por el que ésta atravesando el niño que no solo afecta su desempeño escolar sino la posibilidad

de desenvolverse con los demás integrantes de su grupo, es por esto que en este trabajo de investigación se presenta un tratamiento pedagógico formado por una serie de técnicas consecutivas y evolutivas que requieren del manejo, control y supervisión del pedagogo (asesor) que actuará como guía durante este proceso y que requerirá de la participación de los padres y profesores (mediadores) para lograr los objetivos específicos que se plantean en cada técnica.

El tratamiento pedagógico planteado por técnicas, tiene una secuencia en su desarrollo y se supone deben ser evolutivas, ya que parte de la obtención de información por medio de *Entrevistas*, dirigidas a los padres y al mismo niño a tratar, así como de un informe conductual que deberá ser proporcionado por el profesor o profesores actuales y de ser necesario se requerirá de informes de los profesores anteriores; en esta sección se proporcionan los cuestionarios que son empleados actualmente por instituciones del sector salud y que pueden ser retomados siempre y cuando se utilicen con el fin para el que fueron realizados, considerando que la información que se obtenga debe ser tratada por especialistas y con confidencialidad.

Una vez que se ha obtenido la información antes mencionada se continua con la *Identificación de Conductas* consideradas como generadoras de problemas, para hacerlo claramente y evitando el mal empleo de términos se proporcionan definiciones y ejemplos de estos síntomas (conductas) que casi siempre coexisten al TDA/H como son impulsividad, berrinches, robo, destrucción y otros, aquí también se encuentran una lista denominada evaluación de excesos conductuales, que consideran 5 apartados (ocurrencia, situación, consecuencia, persona presente y criterio social) y posibles situaciones donde se pueden generar, esta lista proporciona, una vez que se ha efectuado la técnica, información concreta del tipo de conducta que se presenta y como es está dependiendo de los apartados antes mencionados en el que se deberá resumir la información y analizar las predominantes, para continuar con el proceso. Ahora que ya se sabe cuales son

las conductas problemas se prosigue a *Medir Conductas* mediante un registro diario en el que se obtendrá la *frecuencia* y la *duración* con que se presentan.

*El Aprendizaje de Conductas* va ligado directamente a los estímulo (positivos y negativos) ya que aquellas conductas que se refuerzan con unos u otros estímulos tenderán a repetirse, en cambio si pasan desapercibidas poco a poco desaparecerán; así que hay que identificar las positivas y estimularlas en cambio para las conductas negativas convendrá evitar cualquier tipo de estímulo que casi siempre son castigos o gritos, continuando con el proceso que siguen las técnicas deberán *Establecerse Conductas Nuevas*, que se efectuarán mediante la organización de un horario que incluya todas las actividades que realiza el niño durante el día y que será necesario que se realicen consecuentemente para que las conductas se conviertan en hábitos; los mediadores aquí tiene una tarea importante ya que ellos serán quienes pongan la muestra y sigan paso a paso el orden de cada actividad que se ha planteado, se tendrán que establecer las conductas poco a poco y no dejar de lado la que ya se ha aprendido y si ésta no está bien reforzada no se podrá pasar a la nueva conducta; aquí los estímulos que proporcionen los mediadores también serán fundamentales y deberán tomar en cuenta que su actuar sea con firmeza, constante y evitar estímulos que no se puedan cumplir, todo esto con la finalidad de disminuir las conductas problemáticas que afectan gravemente el desenvolvimiento del niño que ha sido diagnosticado con TDA/H.

Todo este proceso de aplicación de técnicas tienen un objetivo en general es por eso que son consecutivas, por que si no se ha pasado, por así decir, una etapa no se podrá seguir con otra; este proceso (tratamiento pedagógico) puede ayudar en gran medida al niño a controlar las conductas (síntomas) que afectan el desarrollo físico, intelectual y afectivo social que vive día con día y que son característicos del TDA/H.

Hablar de TDA/H hasta ahora sigue siendo un tema complicado, del que nos surgen muchas interrogantes y pocas las respuestas que podemos encontrar, evitar los prejuicios y una mayor difusión de los trastornos de conducta son dos posibles alternativas que pueden llevar a dar solución a muchos casos de niños que pasan por una problemática como ésta, y que desafortunadamente tienen mayores complicaciones debido al desconocimiento de los trastornos conductuales y de las instituciones que puedan tratar a niños con estos problemas.

Cada vez es más frecuente escuchar casos de niños con TDA/H, por eso como padres, educadores, psicólogos, pedagogos, especialistas y demás debemos prestar atención a todas y cada una de las características que presenten los niños con los que trabajamos o con los que nos relacionamos, ya que nosotros podemos ser la alternativa de vida para muchos de ellos, pero aún nos queda un gran camino por recorrer, en el que siempre se buscará lo mismo, mayor rapidez en el diagnóstico y un tratamiento que pueda controlar con eficacia los síntomas que afectan el desarrollo del niño en todas las áreas de su desarrollo así como mejorar su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍAS

1. Alegre de la Rosa, Olga María (2000), *Diversidad Humana y Educación*, Málaga, Aljibe (Educación Especial, 298p.
2. Brophy, Jere, (2000), “*Aprendizaje Colaborativo*” en *La Enseñanza*, México, Biblioteca de Actualización del Maestro, Serie: Cuadernos, pp. 42 – 43.
3. Cava, María Jesús y Gonzalo Musitu (2002), *La Convivencia en la Escuela*, Barcelona, Paidós (Papeles de Pedagogía), 53p.
4. Corkille, Brigs, Dorothy, (2003), *El Niño Feliz*, Editorial Gedisa, 25ª Edición, Barcelona, 251 p.
5. De la Fuente, Ramón y Álvarez L. Francisco J., (1998), “*Las células del Sistema Nervioso y sus Sistemas de Organización*” en *Biología de la Mente*, Fondo de Cultura Económica, 2ª reimpresión, México, pp. 73 – 101.
6. Eisenbergn, Nancy (1999), *Infancia y Conductas de Ayuda*, Roc Fiella (trad.), Madrid, Morata (Serie Bruner), 134 p.
7. Enciclopedia Autodidáctica Quillet, Tomo 1, (psicología).
8. Farnham – Diggory, Sylvia, (1983), *Dificultades de Aprendizaje*, Capítulo VI, Ediciones Morata, S.A., 2ª Edición, Madrid, p. 119 –133.
9. Flores E. (2006). Ponga Mucha Atención, *Día Siete*, pp. A56 - A63. Enero, 2006, semanal, México, D.F.No. 290.
10. Fundación Federico Hoth, A.C. Proyecto dah - Copyright© 2004 México D.F. *Descripción del Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH)* e-mail: callcenter@proyectodah.org
11. Gershen Kaufman y Lev Raphael, *Cómo Hablar de Autoestima a los Niños*, Editorial Selector, 23ª reimpresión, 2003, México, 122p.
12. Gratch, Luis Oscar, *El Trastorno por Déficit de Atención (ADD - ADHD) Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en la Infancia, la Adolescencia y la Adulthood*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires – México, 235 p.
13. **GENPETDAH** (Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH) Lic. Adriana Legaspi.  
www.déficit deatención.org  
www.hiperactividad@exatec.itesm.mx

14. "Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro S.S." 2001, México D. F., ***Información para Padres de Niños que se Integran a la Clínica de los Trastornos de La Atención y de La Conducta.***
15. Jones, Maggie, (2000), ***Como Identificar y Ayudar a Niños Hiperactivos***, Selector S.A de C.V., 1ª Edic., México, 146p.
16. Liublinskaia, A.A., ***Desarrollo Psíquico del Niño***, Editorial Grijalbo, 5ª Edición, México, 1965p.
17. López-Ibor, Aliño Juan J., ***DSM – IV- TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales***, Editorial MASSON, Edición Española, pp. 97 – 107.
18. Mece, Judith L., (2001), ***Desarrollo del Niño y del Adolescente: Compendio para los educadores***, México, Biblioteca del Maestro, pp. 295 – 339.
19. Myers, Patricia I. y Hammill, Donald D., (1989) ***Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje*** (Métodos para su Educación), Editorial Limusa S. A. de C. V. 5ª reimpresión, México, 464p.
20. National Institute of Mental Health. (2002). *Trastorno hiperactivo de déficit de atención.*
21. Pascual del Roncal, Federico, (1940), ***Manual de Neuropsiquiatría Infantil***, Fondo de Cultura Económica, 1ª Edición, México, 359p.
22. Pineda, Flores Luis A., (1987), ***Modificación de Conductas Problema en el Niño***, Editorial Trillas, 1ª Edición, México, 151p.
23. PORTILLO, Díaz Isabel, (1994), ***Técnica de la Entrevista Psicodinámica***, Editorial Pax, 2ª reimpresión., México, 205p.
24. Psicología del desarrollo Infantil ***"Teoría Empírica y Sistemática de la Conducta"*** Volumen 1, Editorial Trillas, 2ª Edición, México, 293p.
25. Renshaw, Domeena C., 1998, ***El Niño Hiperactivo***, Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V. 6ª reimpresión, México 132p.
26. Safer Daniel J. y Allen Richard P., (1976), ***Niños Hiperactivos Diagnóstico y Tratamiento***, Edición Española, Madrid, Editorial Santillana (Aula XXI), 307 p.
27. Sánchez, Escobedo, Pedro, (1997 – 2000), ***Compendio de Educación Especial***, Manual Moderno, 1ª Edición

28. Sneyers, Ana, 1979, **Problemática de la disfunción Cerebral Mínima**, 1ª Edición, Barcelona, 332p.
29. Sola, Mendoza Juan, (1998), **Puericultura**, Editorial Trillas, 6ª reimpresión, México, pp.55 – 81.
30. Spevak, Jack, (1975) **Su Niño** (Un manual para padres), Meredith Corporation, 2ª edición, México, 405p.
31. Strauss, A. A. y Lehtinen, L. E., (1947), **Psicopatología y Educación: La Lesión Cerebral en Niños**, Vol. 1, Estados Unidos, 324p
32. Vallet, Robert E., (1980), **Niños Hiperactivos** (Guía para la Familia y la Escuela), Biblioteca de Psicología y Educación, Editorial Cincel S. A., Madrid, 129p.
33. Velasco, Fernández Rafael, (1997), **El Niño Hiperquinético**, (Los Síndromes de Disfunción Cerebral), 4ª reimpresión, Editorial Trillas, México, 125 p.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### TDA/H: INTERROGATORIO CLÍNICO PARA PADRES

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de la entrevista: |
| Edad:                | Entrevistador:          |
| Informante:          | Historia No.            |

De: Russell A. Barkley. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, a clinical workbook. The Guilford Press. A division of Guilford Publications, 1991. Traducido por el doctor Luis Gratch y la licenciada Alicia Prieto.

## I.- FACTORES DE DESARROLLO

### a. Historia Prenatal

1. ¿Cómo fue su salud durante el embarazo?

buena \_\_\_\_\_  
 regular \_\_\_\_\_  
 pobre \_\_\_\_\_  
 \*n/s \_\_\_\_\_

\* n/s: no sabe o no recuerda

2. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su hijo?

menos de 20 \_\_\_\_\_  
 20 – 24 \_\_\_\_\_  
 25 – 29 \_\_\_\_\_  
 30 – 34 \_\_\_\_\_  
 35 – 39 \_\_\_\_\_  
 40 – 44 \_\_\_\_\_  
 más de 44 \_\_\_\_\_

¿Recuerda haber consumido alguna de estas sustancias durante el embarazo?

¿Cuántas veces?

|  | nunca | 1 a 2 | 3 a 9 | 10 a 19 | 20 a 39 | más de 40 |
|--|-------|-------|-------|---------|---------|-----------|
| 3. cerveza o vino                            |       |       |       |         |         |           |
| 4. bebidas de alta graduación alcohólica     |       |       |       |         |         |           |
| 5. café u otras cafeínas (Coca – Cola, etc.) |       |       |       |         |         |           |
| 6. cigarrillos                               |       |       |       |         |         |           |

7. ¿Ingerió usted alguna de estas sustancias?

- Valium (Librium – Xanax)  
 tranquilizantes  
 Dilatin (medicación anticonvulsivantes)  
 tratamiento para la diabetes  
 antibióticos  
 inductores del sueño  
 otros no mencionados (por favor especificar): \_\_\_\_\_

## b. Historia Perinatal

8. ¿Tuvo usted toxemia o eclampsia? no \_\_\_  
si \_\_\_  
n/s \_\_\_
9. ¿Hubo incompatibilidad de factor Rh? no \_\_\_  
si \_\_\_  
n/s \_\_\_
10. El nacimiento se produjo en menos de 8 meses \_\_\_  
término (8 a 10 meses) \_\_\_  
10 meses \_\_\_
11. ¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto? menos de 6 hrs. \_\_\_  
7 a 12 hrs. \_\_\_  
13 a 18 hrs. \_\_\_  
19 a 24 hrs \_\_\_  
más de 24 hrs. \_\_\_
12. ¿Le administraron alguna droga para aliviar el dolor?  
Nombre: no \_\_\_  
si \_\_\_  
n/s \_\_\_
13. ¿Hubo indicadores de sufrimiento fetal durante el trabajo  
de parto o el nacimiento? no \_\_\_  
si \_\_\_  
n/s \_\_\_
14. El nacimiento fue
- ¿normal? si \_\_\_  
no \_\_\_
- ¿de nalgas? si \_\_\_  
no \_\_\_
- ¿por cesárea? si \_\_\_  
no \_\_\_
- ¿con fórceps? si \_\_\_  
no \_\_\_
- ¿inducido? si \_\_\_  
no \_\_\_
15. ¿Cuál fue el peso del bebé al nacer? menos de 2kg. \_\_\_  
2 a 3 kg. \_\_\_  
3 a 4 kg. \_\_\_  
4 a 5 kg. \_\_\_  
más de 5kg. \_\_\_
16. ¿Hubo alguna complicación de salud después del nacimiento?  
Si la hubo, especifique: \_\_\_\_\_ no \_\_\_  
si \_\_\_

### c. Período Posnatal e Infancia

17. ¿Hubo trastornos de la alimentación tempranos?
- no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_
18. ¿Tenía cólicos a diario?
- no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_
19. ¿Tuvo dificultades tempranas con el sueño?
- no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_
20. ¿Hubo problemas con su respuesta a estímulos?
- no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_
21. ¿Tuvo algún problema de salud durante la infancia?
- no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_
22. ¿Presento algún problema congénito?
- no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_
23. ¿Fue un “bebé fácil”? Es decir:  
¿Lloraba mucho?, ¿Podía respetar  
horarios más o menos regulares con  
alimentación y sueño?
- muy fácil \_\_\_\_\_  
fácil \_\_\_\_\_  
promedio \_\_\_\_\_  
difícil \_\_\_\_\_  
muy difícil \_\_\_\_\_
24. ¿Cómo se comporta el bebé con otras personas?
- Más sociable que el promedio \_\_\_\_\_  
sociabilidad promedio \_\_\_\_\_  
menos sociable que el promedio \_\_\_\_\_
25. ¿Cuándo quería algo, cuán insistente era?
- muy \_\_\_\_\_  
bastante \_\_\_\_\_  
promedio \_\_\_\_\_  
poco \_\_\_\_\_  
para nada \_\_\_\_\_
26. ¿Cómo calificaría usted su nivel de actividad?
- muy activo \_\_\_\_\_  
activo \_\_\_\_\_  
promedio \_\_\_\_\_  
poco activo \_\_\_\_\_  
nada activo \_\_\_\_\_

## II. FACTORES EVOLUTIVOS

27. ¿A qué edad se sentó?
- 3 a 6 meses \_\_\_\_\_  
6 a 12 meses \_\_\_\_\_  
más de 12 meses \_\_\_\_\_
28. ¿A que edad gateó?
- 6 a 12 meses \_\_\_\_\_  
13 a 16 meses \_\_\_\_\_  
más de 18 meses \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_
29. ¿A que edad caminó?
- menos de 1 año \_\_\_\_\_  
1 a 2 años \_\_\_\_\_  
2 a 3 años \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_
30. ¿A que edad dijo sus primeras palabras?
- 9 a 13 meses \_\_\_\_\_  
14 a 18 meses \_\_\_\_\_  
19 a 24 meses \_\_\_\_\_  
25 a 36 meses \_\_\_\_\_  
37 a 46 meses \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_
31. ¿A qué edad dijo más de dos palabras juntas?
- 9 a 13 meses \_\_\_\_\_  
14 a 18 meses \_\_\_\_\_  
19 a 24 meses \_\_\_\_\_  
25 a 36 meses \_\_\_\_\_  
37 a 46 meses \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_
32. ¿A qué edad fue entrenado en el control de esfínteres? (urinario)
- menos de 1 año \_\_\_\_\_  
1 a 2 años \_\_\_\_\_  
2 a 3 años \_\_\_\_\_  
3 a 4 años \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_
33. ¿A qué edad fue entrenado en el control de esfínteres? (intestinal)
- menos de 1 año \_\_\_\_\_  
1 a 2 años \_\_\_\_\_  
2 a 3 años \_\_\_\_\_  
3 a 4 años \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_
34. ¿Aproximadamente cuánto tiempo tardo en completar el entrenamiento?
- menos de 1 mes \_\_\_\_\_  
1 a 2 meses \_\_\_\_\_  
2 a 3 meses \_\_\_\_\_  
más de 3 meses \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_

### III. HISTORIA MÉDICA

35. ¿Cómo describiría su salud?
- muy buena \_\_\_  
buena \_\_\_  
regular \_\_\_  
mala \_\_\_  
muy mala \_\_\_
36. ¿Cómo fue su audición?
- buena \_\_\_  
regular \_\_\_  
mala \_\_\_
37. ¿Cómo fue su visión?
- buena \_\_\_  
regular \_\_\_  
mala \_\_\_
38. ¿Cómo fue la coordinación de su motricidad gruesa?
- buena \_\_\_  
regular \_\_\_  
mala \_\_\_
39. ¿Cómo fue la coordinación de su motricidad fina?
- buena \_\_\_  
regular \_\_\_  
mala \_\_\_
40. ¿Cómo fue su articulación en el lenguaje?
- buena \_\_\_  
regular \_\_\_  
mala \_\_\_
41. ¿Tiene algún tipo de salud de tipo crónico?  
(p ej: Asma, diabetes, afección cardíaca, etc.)  
De ser afirmativo, por favor especifique:
- \_\_\_\_\_ sí \_\_\_  
\_\_\_\_\_ no \_\_\_
42. ¿Cuándo fue el comienzo de la enfermedad crónica?
- Nacimiento \_\_\_  
0 a 1 año \_\_\_  
1 a 2 años \_\_\_  
2 a 3 años \_\_\_  
3 a 4 años \_\_\_  
más de 4 años \_\_\_
43. ¿Indique cuál de las siguientes enfermedades tuvo?
- rubéola \_\_\_  
sarampión \_\_\_  
varicela \_\_\_  
tos convulsa \_\_\_  
escarlatina \_\_\_  
neumonía \_\_\_  
encefalitis \_\_\_  
otitis media \_\_\_  
intoxicación con plomo \_\_\_  
convulsiones \_\_\_

44. ¿Tuvo accidentes con las siguientes consecuencias?

huesos rotos \_\_\_\_\_  
lastimaduras graves \_\_\_\_\_  
golpes en la cabeza \_\_\_\_\_  
daño en los ojos \_\_\_\_\_  
perdida de dientes \_\_\_\_\_  
suturas \_\_\_\_\_  
otros \_\_\_\_\_

Otros especifique: \_\_\_\_\_

45. ¿Cuántos accidentes?

uno \_\_\_\_\_  
2 a 3 \_\_\_\_\_  
4 a 7 \_\_\_\_\_  
8 a 12 \_\_\_\_\_  
más de 12 \_\_\_\_\_

46. ¿Lo operaron alguna vez de las siguientes afecciones?

tonsilitis \_\_\_\_\_  
adenoides \_\_\_\_\_  
hernia \_\_\_\_\_  
apendicitis \_\_\_\_\_  
nariz, garganta \_\_\_\_\_  
oídos y ojos \_\_\_\_\_  
desórdenes digestivos \_\_\_\_\_  
tracto urinario \_\_\_\_\_  
brazos o piernas \_\_\_\_\_  
quemaduras \_\_\_\_\_  
otros \_\_\_\_\_

47. ¿Cuántas veces?

uno \_\_\_\_\_  
2 a 3 \_\_\_\_\_  
4 a 7 \_\_\_\_\_  
8 a 12 \_\_\_\_\_  
más de 12 \_\_\_\_\_

48. ¿Duración de la internación?

1 día \_\_\_\_\_  
1 día y 1 noche \_\_\_\_\_  
2 a 3 días \_\_\_\_\_  
4 a 6 días \_\_\_\_\_  
1 a 4 semanas \_\_\_\_\_  
1 a 2 meses \_\_\_\_\_

49. ¿Existe sospecha de consumo de drogas o alcohol?

no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_

50. ¿Hubo alguna historia de abuso físico o sexual?

no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_

51. ¿Presento alteraciones del sueño?

ninguna \_\_\_\_\_  
dificultad para conciliar el sueño \_\_\_\_\_  
sueño continuamente perturbado \_\_\_\_\_  
se despierta muy temprano en la mañana \_\_\_\_\_

52. ¿Es inquieto al dormir?

no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_

53. ¿Controla esfínteres (vejiga)..... de noche?

no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_

De ser positivo ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿alguna vez fue continente? \_\_\_\_\_

¿Controla esfínteres (vejiga)..... de día?

no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_

De ser positivo ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿alguna vez fue continente? \_\_\_\_\_

54. ¿Tiene problemas de control de esfínteres (intestino)

..... de noche?

no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_

De ser positivo ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿alguna vez fue continente? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas de control de esfínteres (intestino)

..... de día?

no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_

De ser positivo ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿alguna vez fue continente? \_\_\_\_\_

55. ¿Tiene problemas con el control del apetito?

come de más \_\_\_\_\_  
promedio \_\_\_\_\_  
come de menos \_\_\_\_\_

56. ¿Alguna vez le prescribieron alguna de las siguientes drogas?

**Ritalina** \_\_\_\_\_  
Tiempo de uso \_\_\_\_\_ meses

**tranquilizantes** \_\_\_\_\_  
tiempo de uso \_\_\_\_\_ meses

**Anfetaminas** \_\_\_\_\_  
Tiempo de uso \_\_\_\_\_ meses

**anticonvulsivantes** \_\_\_\_\_  
tiempo de uso \_\_\_\_\_ meses

**Tamolan** \_\_\_\_\_  
Tiempo de uso \_\_\_\_\_ meses

**antihistamínicos** \_\_\_\_\_  
tiempo de uso \_\_\_\_\_ meses

Otras drogas prescritas \_\_\_\_\_  
Tiempo de uso (en meses) \_\_\_\_\_  
(Especifique, por favor)

57. ¿Hizo alguno de los siguientes tratamientos psicológicos?  
Si así fue ¿Cuánto tiempo duraron?

psicoterapia individual \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_  
psicoterapia de grupo \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_  
psicoterapia familiar \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_  
internación psiquiátrica \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_

#### IV. HISTORIA ESCOLAR

Por favor, resuma el progreso del niño a lo largo de los siguientes niveles de estudios realizados:

previo al jardín de infantes: \_\_\_\_\_  
jardín de infantes y preescolar: \_\_\_\_\_  
de 1<sup>er</sup> a 3<sup>er</sup> grado: \_\_\_\_\_  
de 4° a 6°: \_\_\_\_\_  
escuela secundaria: \_\_\_\_\_

58. Estuvo alguna vez en un programa especial de educación?

Si así fue, ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
clases por dificultad en el aprendizaje \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_  
clases por la dificultad en el comportamiento de orden emocional \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_  
terapia psicopedagógica \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_

59. ¿Alguna vez

fue suspendido del colegio? \_\_\_\_\_  
n° de suspensiones \_\_\_\_\_  
fue expulsado del colegio? \_\_\_\_\_  
n° de expulsiones \_\_\_\_\_  
repitió grados \_\_\_\_\_  
¿cuántos? \_\_\_\_\_

60. ¿Fue necesario el apoyo extraescolar?

¿En que consistió? \_\_\_\_\_  
no \_\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_

## V. HISTORIA SOCIAL

61. ¿Cómo se lleva con sus hermanos?

no tiene relación \_\_\_\_\_  
mejor que el promedio \_\_\_\_\_  
promedio \_\_\_\_\_  
peor que le promedio \_\_\_\_\_

62. ¿Con que facilidad hace amigos?

fácilmente \_\_\_\_\_  
duración \_\_\_\_\_  
difícilmente \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_

63. En promedio, ¿cuánto tiempo conserva sus amistades?

Menos de 6 meses \_\_\_\_\_  
6 a 12 meses \_\_\_\_\_  
más de 12 meses \_\_\_\_\_  
n/s \_\_\_\_\_

## VI. PREOCUPACIONES DEL COMPORTAMIENTO ACTUAL

Preocupaciones primarias

---

---

---

Otras preocupaciones

---

---

---

64. ¿Qué estrategias fueron implementadas para encauzar estos problemas?

reprimendas verbales \_\_\_\_\_  
aislamientos \_\_\_\_\_  
desconocer privilegios \_\_\_\_\_  
castigos físicos \_\_\_\_\_  
consentirlo \_\_\_\_\_  
evitarlo \_\_\_\_\_

65. En promedio ¿qué porcentaje de las veces su chico responde a las primeras observaciones?

0 al 20% \_\_\_\_\_  
20 a 40% \_\_\_\_\_  
40 a 60% \_\_\_\_\_  
60 a 80% \_\_\_\_\_  
80 a 100% \_\_\_\_\_

66. En promedio, ¿qué porcentaje de veces responde a observaciones o reglas?

0 al 20% \_\_\_\_\_  
20 a 40% \_\_\_\_\_  
40 a 60% \_\_\_\_\_  
60 a 80% \_\_\_\_\_  
80 a 100% \_\_\_\_\_

67. ¿Hasta qué punto son ustedes firmes respecto de las estrategias disciplinarias?

la mayor parte del tiempo \_\_\_  
a veces \_\_\_  
nunca \_\_\_

68. ¿Paso por algunas situaciones estresantes en los 12 últimos meses?

Divorcio o separación de los padres \_\_\_  
accidentes o enfermedades familiares \_\_\_  
muertes en la familia \_\_\_  
cambio de trabajo de los padres \_\_\_  
cambios de colegio \_\_\_  
mudanzas \_\_\_  
problemas económicos familiares \_\_\_  
otros (por favor especifique) \_\_\_

---

## VII. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

69. ¿Cuáles de los ítems siguientes consideran ustedes significativos actualmente?

\_\_\_ es inquieto  
\_\_\_ no puede permanecer sentado  
\_\_\_ se distrae fácilmente  
\_\_\_ le cuesta esperar su turno  
\_\_\_ a menudo responde sin esperar que se formule la pregunta  
\_\_\_ le resulta difícil seguir instrucciones  
\_\_\_ tiene dificultad para sostener la atención  
\_\_\_ pasa de una actividad a otra  
\_\_\_ tiene dificultad para jugar callado  
\_\_\_ habla excesivamente  
\_\_\_ interrumpe  
\_\_\_ a menudo no escucha  
\_\_\_ a menudo pierde cosas (útiles escolares, ropa, etc.)  
\_\_\_ suele involucrarse en actividades físicas peligrosas

70. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?  
(Especifique la edad):

\_\_\_

71. Cuáles de los ítems siguientes consideran ustedes problemas significativos actualmente?

- a menudo esta malhumorado
- a menudo discute con adultos
- a menudo desafía o rechaza activamente los requerimientos o reglas de los adulto
- deliberadamente hace cosas para molestar a otras personas
- a menudo hecha la culpa a otros de sus errores
- suele ser susceptible
- con frecuencia está enojado o resentido
- con frecuencia res rencoroso o vengativo
- usa lenguaje obsceno o insulta a menudo

Total para \*ODD:

*\*Trastorno Negativista Desafiante*

72. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?  
(especifique la edad): \_\_\_\_\_

73. ¿Cuáles de los siguientes son considerados por ustedes problemas significativos actualmente?

- roba sin aceptar la culpabilidad
- escapa de casa por la noche por lo menos dos veces
- miente a menudo
- atenta con las reglas deliberadamente
- asaltó propiedades
- destruyó propiedad ajena
- es cruel con los animales
- uso una arma en una pelea
- con frecuencia inicia peleas físicas
- robó usando su culpabilidad
- agredió físicamente a otras personas
- provocó incendios deliberadamente

Total para \*CD:

*\*Trastorno Disocial  
(Tras. Antisocial de la Personalidad)*

74. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?  
(especifique la edad): \_\_\_\_\_

75. ¿Cuáles de los siguientes son considerados problemas significativos en este momento?

- excesiva y persistente preocupación acerca de un posible daño a sus figuras de apego
- excesivamente y persistente preocupación acerca de que un evento calamitoso pudiera separarlo de sus figuras de apego
- rechazo escolar persistente
- rechazo permanente a dormir solo
- evita persistentemente quedarse solo
- se repiten pesadillas
- malestares somáticos
- excesiva angustia al anticiparse a la separación de sus figuras de apego
- excesiva angustia al alejarse de su casa o al separarse de sus figuras de apego

76. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?  
(especifique la edad): \_\_\_\_\_

77. ¿Cuáles de los siguientes son considerados problemas significativos en este momento?

- preocupación excesiva sobre eventos futuros
- aflicción excesiva sobre lo adecuado de su comportamiento pasado
- miedo a la competencia
- malestares somáticos
- marcada autoexigencia
- excesiva necesidad de reaseguro
- marcada incapacidad para despreocuparse

78. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?  
(especifique la edad): \_\_\_\_\_

79. ¿Cuáles de los siguientes son considerado problemas significativos en el presente?

- carácter depresivo o irritable la mayor parte del día, casi todos los días
- incapacidad para disfrutar de las actividades que realiza
- aumento o disminución del apetito
- insomnio o hipersomnia casi todos los días
- agitación o retardo psicomotor
- fatiga o pérdida de la energía
- sentimiento de inutilidad o excesiva culpa inapropiada
- disminución de la capacidad de concentración
- ideas o intentos de suicidio

80. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?  
(especifique la edad): \_\_\_\_\_

81. ¿Cuáles de los siguientes son considerados problemas significativos actualmente?

- carácter depresivo o irritable la mayor parte del día, durante el año
- poco o demasiado apetito
- insomnio o hipersomnia
- poca energía o fatiga
- baja autoestima
- concentración pobre
- dificultad para tomar decisiones
- sentimientos de desesperanza
- nunca sin síntomas por menos de 2 meses sobre un período de un año

Total:

82. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?  
(especifique la edad): \_\_\_\_\_

### VIII. OTRAS PREOCUPACIONES

83. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

- gestos estereotipados
- posturas extrañas
- excesiva o ninguna reacción a los ruidos
- rituales compulsivos
- tics motores
- tics vocales

Total:

*(Nota: las respuestas a las preguntas de esta sección son opcionales)*

84. ¿Exhibió síntomas de **perturbación del pensamiento**, incluyendo alguno de los siguientes?

- pensamiento interceptado (ideas tangenciales, habla o dice palabras circunstancialmente)
- ideas bizarras (fascinaciones extrañas, ideas delirantes, alucinaciones)
- desorientado, confuso, "con la mirada perdida", "en otro mundo"
- discurso incoherente (murmullos., jergas)

Total:

85. ¿Exhibió síntomas de **perturbación afectiva**, incluyendo alguno de los siguientes?

- excesiva labilidad en referencia al medio
- explosivo a la más insignificante provocación
- excesiva adherencia, apego o dependencia de los adultos
- temores inusuales
- aversiones extrañas
- ataques de pánico
- emociones inapropiadas de acuerdo con la situación
- carácter restringido y poco espontáneo

Total:

86. ¿Exhibió síntomas de **perturbación de la conducta social**, incluyendo alguno de los siguientes?

- poco o ningún interés en sus pares
- opiniones significativamente indiscretas
- comienza o termina interacciones inapropiadamente
- comportamiento social cualitativamente anormal
- reacción excesiva a los cambios en la rutina
- anormalidades del lenguaje
- automutilaciones

### VIII. HISTORIA FAMILIAR

87. ¿Cuánto tiempo de casados llevan usted y el padre (madre) del chico?  
(Por favor, aclare si el chico fue producto del 1°, 2°, etc., matrimonio)

nunca se casaron   
separado   
divorciados   
viudos   
casados  años

88. ¿Es estable el actual matrimonio?

no   
sí

Muchas gracias por su colaboración

ACLARACIONES

## FAMILIARES MATERNOS

|   | Usted | madre | padre | hno. | hermanos<br>hno. | hna. | hna. | <b>Total</b> |
|---|-------|-------|-------|------|------------------|------|------|--------------|
| Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil oposicionista |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Problemas con la atención, actividad e impulsividad infantil                        |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Dificultades de aprendizaje   |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Fracaso en terminar la secundaria   |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Retardo mental  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Psicosis o esquizofrenia  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Depresión (por más de dos semanas)  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Desórdenes de la ansiedad que requirieron tratamiento                               |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Tics o enfermedad de Gilles de la Tourette  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abuso del alcohol   |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abusos de drogas  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Comportamiento antisocial (robo, asalto, etc.)                                      |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Arrestos  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abuso físico  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abuso sexual  |       |       |       |      |                  |      |      |              |

## FAMILIARES PATERNOS

|   | Usted | madre | padre | hno. | hermanos<br>hno. | hna. | hna. | <b>Total</b> |
|---|-------|-------|-------|------|------------------|------|------|--------------|
| Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil oposicionista |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Problemas con la atención, actividad e impulsividad infantil                        |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Dificultades de aprendizaje   |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Fracaso en terminar la secundaria   |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Retardo mental  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Psicosis o esquizofrenia  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Depresión (por más de dos semanas)  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Desórdenes de la ansiedad que requirieron tratamiento                               |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Tics o enfermedad de Gilles de la Tourette  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abuso del alcohol   |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abusos de drogas  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Comportamiento antisocial (robo, asalto, etc.)                                      |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Arrestos  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abuso físico  |       |       |       |      |                  |      |      |              |
| Abuso sexual  |       |       |       |      |                  |      |      |              |

## HERMANOS

|   | Hermano | hermano | hermana | hermana | <b>Total</b> |
|---|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil oposicionista |         |         |         |         |              |
| Problemas con la atención, actividad e impulsividad infantil                        |         |         |         |         |              |
| Dificultades de aprendizaje   |         |         |         |         |              |
| Fracaso en terminar la secundaria   |         |         |         |         |              |
| Retardo mental  |         |         |         |         |              |
| Psicosis o esquizofrenia  |         |         |         |         |              |
| Depresión (por más de dos semanas)  |         |         |         |         |              |
| Desórdenes de la ansiedad que requirieron tratamiento                               |         |         |         |         |              |
| Tics o enfermedad de Gilles de la Tourette  |         |         |         |         |              |
| Abuso del alcohol   |         |         |         |         |              |
| Abusos de drogas  |         |         |         |         |              |
| Comportamiento antisocial (robo, asalto, etc.)                                      |         |         |         |         |              |
| Arrestos  |         |         |         |         |              |
| Abuso físico  |         |         |         |         |              |
| Abuso sexual  |         |         |         |         |              |

## ANEXO 2

### FORMULARIO HISTORIAL DE LA INFANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES DE ATENCIÓN

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de la entrevista: |
| Edad:                | Entrevistador:          |
| Informante:          | Historia No.            |

De: Goldstein S y Goldstein M. The multi-disciplinary evaluation and treatment of attention disorders in children. Traducido por el doctor Luis Gratch.

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

calle

ciudad

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

provincia

cód. postal

Escuela \_\_\_\_\_

nombre

dirección

teléfono

Grado \_\_\_\_\_ Nivel especial(si existe) \_\_\_\_\_

El niño/a actualmente vive con:

\_\_\_ madre natural      \_\_\_ padre natural      \_\_\_ madrastra      \_\_\_ padrastro

\_\_\_ madre adoptiva      \_\_\_ padre adoptivo      \_\_\_ padre sustituto

\_\_\_ madre sustituta      \_\_\_ otro (especificar) \_\_\_\_\_

Adultos que no conviven con el niño, pero que están involucrados en su crianza:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fuente de referencia: nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Resume los principales problemas del niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **PADRES**

Madre \_\_\_\_\_

ocupación \_\_\_\_\_ teléfono de la oficina \_\_\_\_\_

edad \_\_\_\_\_ edad al momento del embarazo de paciente \_\_\_\_\_

escolaridad: nivel de estudios alcanzados \_\_\_\_\_

problemas de aprendizaje \_\_\_\_\_

problemas de atención \_\_\_\_\_

problemas de conducta \_\_\_\_\_

Problemas médicos \_\_\_\_\_

¿Algún pariente consanguíneo ha tenido problemas similares a los que está evidenciando su hijo/a? De ser así, descríbalos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_  
ocupación \_\_\_\_\_ teléfono de la oficina \_\_\_\_\_  
escolaridad: nivel de estudios alcanzados \_\_\_\_\_  
problemas de aprendizaje \_\_\_\_\_  
problemas de atención \_\_\_\_\_  
problemas de conducta \_\_\_\_\_

Problemas médicos \_\_\_\_\_

¿Algún pariente consanguíneo ha tenido problemas similares a los que está evidenciando su hijo/a? De ser así, descríbalos \_\_\_\_\_

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

## HERMANOS

| nombre | edad | problemas médicos, sociales o escolares |
|--------|------|---|
|--------|------|---|

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

## EMBARAZO - complicaciones

Náuseas excesivas \_\_\_\_\_ hospitalización requerida \_\_\_\_\_

excesivas pérdidas de sangre/ manchas en la piel \_\_\_\_\_ amenaza de pérdida \_\_\_\_\_

infecciones (especificar) \_\_\_\_\_

Toxemia \_\_\_\_\_ operación/ es (especificar) \_\_\_\_\_

Otras enfermedades (especificar) \_\_\_\_\_

Fumaba durante el embarazo \_\_\_\_\_ número de cigarrillos por día \_\_\_\_\_

consumo de alcohol durante el embarazo \_\_\_\_\_ describa sí el consumo iba más allá de lo ocasional \_\_\_\_\_

medicaciones tomadas durante el embarazo \_\_\_\_\_

estudios de rayos X realizados durante el embarazo \_\_\_\_\_

duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_

## PARTO

Tipo de trabajo espontáneo \_\_\_\_\_ inducido \_\_\_\_\_ durante (h) \_\_\_\_\_  
Tipo de parto: normal \_\_\_\_\_ cesárea \_\_\_\_\_  
Complicaciones: cordón alrededor del cuello \_\_\_\_\_ hemorragia \_\_\_\_\_  
Bebé lastimado durante el parto \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_  
Peso al nacer \_\_\_\_\_

## PERÍODO POSPARTO

Ictericia \_\_\_\_\_ cianosis \_\_\_\_\_ cuidado en la incubadora \_\_\_\_\_  
infección (especificar) \_\_\_\_\_  
cantidad de días que el niño estuvo en el hospital luego del parto \_\_\_\_\_

## INFANCIA

¿Tuvo alguna de las siguientes conductas –con algún grado de intensidad– en los primeros años de vida? De ser así describa:

No disfrutaba cuando se le mecía \_\_\_\_\_  
no se calmaba cuando se le tomaba en brazos o se le acariciaba \_\_\_\_\_  
era molesto \_\_\_\_\_  
tenía cólicos \_\_\_\_\_ excesivamente inquieto \_\_\_\_\_  
excesivamente irritable \_\_\_\_\_  
se golpea la cabeza con frecuencia \_\_\_\_\_  
dormía poco \_\_\_\_\_  
era difícil de cuidar \_\_\_\_\_  
estaba metido permanentemente en todo \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Si la historia médica de su hijo incluyó alguno de los siguientes ítem, por favor anote a qué edad ocurrió el accidente o la enfermedad y cualquier otra información pertinente:

Enfermedades de la infancia (especifique la edad y las complicaciones)

\_\_\_\_\_

operaciones \_\_\_\_\_  
hospitalizaciones por enfermedad \_\_\_\_\_  
heridas en la cabeza \_\_\_\_\_  
convulsiones \_\_\_\_\_ con fiebre \_\_\_\_\_ sin fiebre \_\_\_\_\_  
estado de coma \_\_\_\_\_ persistente fiebre alta \_\_\_\_\_  
problemas en la vista \_\_\_\_\_ problemas en los oídos \_\_\_\_\_  
alergias o asma \_\_\_\_\_  
intoxicación \_\_\_\_\_  
dificultades para conciliar el sueño \_\_\_\_\_  
apetito \_\_\_\_\_

## SITUACIÓN MÉDICA ACTUAL

altura \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_

enfermedades actuales por las cuales el niño se encuentra en tratamiento

---

medicamentos que el niño toma regularmente \_\_\_\_\_

---

## HITOS EVOLUTIVOS

Si usted recuerda, anote la edad en la que su niño/a alcanzó los siguientes hitos evolutivo. Si no puede recordar con precisión, marque el ítem a la derecha.

|  | edad | temprano | normal | tarde |
|--|------|----------|--------|-------|
| Sonrió   |      |          |        |       |
| Se sentó solo                                    |      |          |        |       |
| Gateó  |      |          |        |       |
| Se paró solo                                     |      |          |        |       |
| Caminó solo                                      |      |          |        |       |
| Dijo sus primeras palabras                       |      |          |        |       |
| Dijo frases                                      |      |          |        |       |
| Dijo oraciones                                   |      |          |        |       |
| Control de esfínter (urinario), durante el día   |      |          |        |       |
| Control de esfínter (urinario), durante la noche |      |          |        |       |
| Control de esfínter (anal), durante el día       |      |          |        |       |
| Control de esfínter (anal), durante la noche     |      |          |        |       |
| Anduvo en triciclo                               |      |          |        |       |
| Anduvo en bicicleta (sin rueditas)               |      |          |        |       |
| Se abotonó la ropa                               |      |          |        |       |
| Se ato los cordones                              |      |          |        |       |
| Identifico los colores                           |      |          |        |       |
| Identificó las monedas                           |      |          |        |       |
| Dijo el alfabeto en orden                        |      |          |        |       |
| Comenzó a leer                                   |      |          |        |       |

## COORDINACIÓN

Evalúe a su niño/a en las siguientes habilidades:

|                     | bueno | promedio | pobre |
|---------------------|-------|----------|-------|
| caminando           |       |          |       |
| corriendo           |       |          |       |
| lanzando            |       |          |       |
| atajando            |       |          |       |
| Atando sus cordones |       |          |       |
| abotonando          |       |          |       |
| escribiendo         |       |          |       |
| atléticas           |       |          |       |

Cantidad excesiva de accidentes en comparación con otros niños \_\_\_\_\_

## COMPRENSIÓN Y ENTENDIMIENTO

¿Considera usted que su hijo/a entiende indicaciones o situaciones tanto como otro niños de su edad?, de no ser así , ¿por qué?

\_\_\_\_\_

¿Cómo evaluaría el nivel de inteligencia de su niño/a comparado con otros niños?  
Debajo del promedio \_\_\_\_\_ por encima del promedio \_\_\_\_\_ promedio \_\_\_\_\_

## ESCUELA

Estuvo usted preocupado por la capacidad de su niño/a para adaptarse al jardín de infantes? Si fuera así, explíquelo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evalúe las experiencias escolares de su hijo/a relacionadas con el aprendizaje

|                    | bueno | promedio | pobre |
|--------------------|-------|----------|-------|
| guardería infantil |       |          |       |
| jardín de infantes |       |          |       |
| nivel actual       |       |          |       |

Según su mejor conocimiento, en que nivel de grado se desempeña su hijo/a adecuadamente: lectura \_\_\_\_\_ pronunciación \_\_\_\_\_ promedio \_\_\_\_\_

¿Tuvo su hijo/a que repetir alguna vez algún grado?, de ser así , ¿Cuándo?

---

---

nivel escolar actual: clase regular \_\_\_\_\_ clase especial (de ser así, especifíquelo)

---

Tipo de atención especial o medicación que su hijo/a está recibiendo actualmente

---

Describa brevemente algún problema académico escolar

---

---

Evalué las experiencias escolares de su niño/a relacionados con su comportamiento:

|                    | bueno | promedio | pobre |
|--------------------|-------|----------|-------|
| guardería infantil |       |          |       |
| jardín de infantes |       |          |       |
| nivel actual       |       |          |       |

¿Señalan los maestros de su hijo/a alguna de las siguientes cuestiones como problemas significativos de conducta en clase?

No permanece sentado en su asiento \_\_\_\_\_

Se levanta frecuentemente y se mueve en clase \_\_\_\_\_

Grita y no espera ser llamado \_\_\_\_\_

No puede esperar su turno \_\_\_\_\_

No coopera en actividades grupales \_\_\_\_\_

Funciona mejor en una relación unipersonal \_\_\_\_\_

No respeta los derechos del otro \_\_\_\_\_

No mantiene la atención durante la lectura de un cuento \_\_\_\_\_

Describa brevemente otras dificultades en clase \_\_\_\_\_

---

Por favor utilice este espacio para describir lo mejor posible los progresos que realizó su hijo/a en cada grado. Utilice el reverso de esta página como espacio extra si es necesario.

---

---

---

---

## RELACIONES CON SUS PARES

- ¿Busca su hijo/a establecer amistades con sus pares? \_\_\_\_\_
- ¿Es su hijo/a buscado por sus pares como amigo? \_\_\_\_\_
- ¿Juega su hijo/a mayormente con niños/as de su misma edad? \_\_\_\_\_
- ¿menores? \_\_\_\_\_ ¿mayores? \_\_\_\_\_

Describe brevemente cualquier problema que su hijo/a pueda tener con sus pares.

## COMPORTAMIENTO EN EL HOGAR

- Todos los niños/as exhiben, en algún caso, las conductas descritas a continuación. Indique aquellas que usted cree que su hijo/a manifiesta en grado excesivo en comparación con otro niño/a de su edad.

- ¿Es inquieto con las manos, los pies y se retuerce en su asiento? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultad en permanecer sentado cuando las circunstancias lo requieren? \_\_\_\_\_
- ¿Se distrae con facilidad con estímulos ajenos a la tarea? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultad en esperar su turno en juegos o situaciones grupales? \_\_\_\_\_
- ¿Responde a las preguntas antes de que terminen de formularlas? \_\_\_\_\_
- ¿Tienen dificultades en seguir instrucciones (usualmente no por oposición o por falta de comprensión)? \_\_\_\_\_
- ¿Cambia de una actividad incompleta a otra? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultad en jugar en silencio? \_\_\_\_\_
- ¿Usualmente habla en forma excesiva? \_\_\_\_\_
- ¿Interrumpe o se inmiscuye en tareas de otro (no lo realiza adrede ni en forma planeada sino impulsivamente)? \_\_\_\_\_
- ¿Aparenta no escuchar lo que se está diciendo? \_\_\_\_\_
- ¿Pierde elementos necesarios para tareas o actividades en el hogar? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene una energía inagotable y es poco criterioso? \_\_\_\_\_
- ¿Es impulsivo (pobre autocontrol)? \_\_\_\_\_
- ¿Se frustra con facilidad? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene rabietas? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene malos modales en la mesa? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene explosiones de agresión física a otros niños/as? \_\_\_\_\_
- ¿Actúa como si fuera impulsado por un motor imparable? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido un excesivo número de accidentes? \_\_\_\_\_
- ¿Parece no aprender de la experiencia? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene una memoria débil? \_\_\_\_\_

## UN NIÑO DIFERENTE

¿Crea su niño/a más problemas que sus hermanos/as en el ámbito del hogar?

---

¿Tiene dificultad su niño/a en aprender de sus experiencias?

---

Tipos de medidas disciplinarias que utiliza con su hijo/a

---

---

¿Existe alguna medida disciplinaria que haya sido efectiva?

---

¿Han participado ustedes de alguna orientación para padres u otras formas de información respecto de medidas disciplinarias y regulación de la conducta?

---

## INTERESES Y LOGROS

¿Cuáles son los principales intereses y hobbies de su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

¿Cuáles son las áreas de mayores logros de su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

¿Qué actividad disfruta más su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

¿Qué actividad le disgusta más a su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

Liste nombres y direcciones de otros profesionales consultados (incluya al pediatra y al médico de la familia)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: por favor, escriba cualquier comentario adicional que desee acerca de su hijo/a.

---

---

---

---

## ANEXO 3

### ENTREVISTA PARA PADRES

Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Al dar inicio la entrevista, se le explicará a los padres el objetivo de ésta; también se aclarará la utilización de la información que se obtenga por medio de éste y otros conductos.

#### I. Datos de identificación

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_\_\_

M \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Persona que proporciona la información \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

#### II. Historia académica del niño:

Grado escolar que cursa: \_\_\_\_\_

Grados repetidos: \_\_\_\_\_ Número de veces: \_\_\_\_\_

Tipo de escuela a la que asiste:

Primaria regular oficial: \_\_\_\_\_

Primaria regular particular: \_\_\_\_\_

Grupo integrado de educación Especial: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

### III. Motivo de consulta:

Persona o institución que lo remite al servicio y objetivo:

---

---

Clase de problema que presenta el niño (describir brevemente en términos de lo que hace, dice, o no hace con frecuencia esperada). Marque el problema tomado en cuenta las definiciones dadas para cada una de las siguientes clases:

Excesos conductuales:

Hiperactividad \_\_\_\_\_

Impulsividad \_\_\_\_\_

Berrinche \_\_\_\_\_

Negativismo \_\_\_\_\_

Agresión física \_\_\_\_\_

Agresión verbal \_\_\_\_\_

Destruktividad \_\_\_\_\_

Robo \_\_\_\_\_

Autoestimulación \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Carencias conductuales:

Orden \_\_\_\_\_

Estudio \_\_\_\_\_

Alimentación \_\_\_\_\_

Aseo \_\_\_\_\_

Sueño \_\_\_\_\_

Cooperación \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

### IV. Expectativas y motivación de los padres:

Enfermedad \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Aprendizaje \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué espera recibir al acudir a este servicios dentro de la institución?

Cura: \_\_\_\_\_

Orientación: \_\_\_\_\_

¿Cómo podría usted y la familia contribuir a la solución de los problemas que presenta su hijo? \_\_\_\_\_

---

¿Qué piensa? Que llegara a ser su hijo (a) en el futuro? (escuela, trabajo, etc.)

---

---

---

---

**V. Datos familiares:**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Número de hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos \_\_\_\_\_

¿Existe alguna otra persona dentro del hogar con el mismo problema que presenta el niño? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

¿Existe algún hábito vicioso en alguno de los integrantes de la familia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Alcoholismo \_\_\_\_\_ Drogadicción \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿A qué atribuye usted los problemas que presenta su hijo?

**VI. Antecedentes de desarrollo:**

a) *Condiciones prenatales:*

Número de embarazos de la madre: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_

Edad de la madre en el parto: \_\_\_\_\_ Números de embarazo: \_\_\_\_\_

Estado físico de la madre durante el embarazo:

Normal: \_\_\_\_\_

Problemas: Amenaza de aborto \_\_\_\_\_

Aumento excesivo de peso \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Traumatismos \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Estado emocional durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Reacción de los padres ante el embarazo: \_\_\_\_\_

Favorable: \_\_\_\_\_

Desfavorable: \_\_\_\_\_

*b) Condiciones perinatales*

Atención hospitalaria \_\_\_\_\_ Anoxia \_\_\_\_\_

Atención dentro del hogar \_\_\_\_\_ Factor Rh \_\_\_\_\_

A término \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_

Prematuro \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_

Parto prolongado \_\_\_\_\_ Psicofilático \_\_\_\_\_

Parto rápido \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ y talla \_\_\_\_\_ al nacer.

*c) Condiciones posnatales*

A qué edad:

Sostuvo la cabeza \_\_\_\_\_

Se sentó \_\_\_\_\_

Gateó \_\_\_\_\_

Se paró \_\_\_\_\_

Caminó \_\_\_\_\_

¿Dijo claramente las primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿Comenzó a construir frases? \_\_\_\_\_

¿Presenta actualmente algún problema de lenguaje?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

## VII. Estado físico del niño

Enfermedades que ha padecido durante la infancia.

Tipo

Complicaciones

---

---

---

---

¿Ha presentado convulsiones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad crónica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_

---

¿Ha sufrido algún golpe? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Dónde \_\_\_\_\_

Deficiencias sensoriales:

¿Presenta algún problema en los oídos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De qué tipo \_\_\_\_\_

---

¿Presenta algún problema en los ojos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De qué tipo \_\_\_\_\_

---

¿Tiene algún defecto físico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De qué tipo \_\_\_\_\_

---

## VIII. Exploración de refuerzos

Mencione cuales son las cosas que le gustan al niño (actividades, objetos materiales, privilegios, atenciones, etc.)

---

---

Mencione las actividades que realiza el niño durante un día normal desde que se levanta hasta que se duerme: \_\_\_\_\_

---

---

### **IX. Convivencia familiar**

Mencione las actividades que realiza usted durante un día normal desde que se levanta hasta que se duerme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mencione las actividades que realiza la familia durante los fines de semana: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **X. Estudios practicados**

¿Se le ha hecho algún estudio específico al niño en relación con el problema que presenta? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿De que tipo? \_\_\_\_\_

Resultado de los estudios específicos:

Médico: \_\_\_\_\_

Neurológico: \_\_\_\_\_

Psicológico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **XI. Tratamientos recibidos**

¿Se ha hecho hasta ahora algún intento específico por solucionar el problema que presenta el niño? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo?

Fecha

Farmacológico: \_\_\_\_\_

Psicoterapia: \_\_\_\_\_

Conductual: \_\_\_\_\_

Educación especial: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Qué resultados se obtuvieron con esto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Actualmente está bajo algún tipo de tratamiento médico?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿En qué consiste?

| Medicamentos | Dosis | Fecha |
|--------------|-------|-------|
| _____        | _____ | _____ |
| _____        | _____ | _____ |
| _____        | _____ | _____ |
| _____        | _____ | _____ |

Instrucciones finales:

Finalizada la entrevista, el entrevistador hará a los padres un resumen verbal de los datos obtenidos por este conducto con el objeto de confirmar los datos. Inmediatamente después se les informará el tratamiento a seguir y la participación que tendrán dentro del tratamiento. Si los padres están de acuerdo, se finalizará la entrevista orientando la conversación hacia el siguiente paso del proceso diagnóstico.

Observaciones generales.

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 4

### ENTREVISTA AL NIÑO

Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Al dar inicio a la entrevista, el entrevistador deberá presentarse y explicar al niño en forma sencilla el objetivo de ésta.

#### I. Datos de identificación

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Edad actual: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Grado escolar que cursa: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

#### II. Datos familiares

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

#### III. Exploración de refuerzos

¿Qué haces en tu casa cuando no esta haciendo la tarea?

\_\_\_\_\_

¿Tienes amigos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cómo se llaman? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo los ves?

\_\_\_\_\_

¿Qué haces cuando estás con ellos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué haces con tus papás cuando estas en tu casa?

---

¿Tus papás juegan contigo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿A qué juegan ?

---

¿Te gusta que jueguen contigo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

---

¿Tienes juguetes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cómo son?

---

¿Qué te gustaría hacer cuando no estás en la escuela?

---

¿Qué te gustaría hacer con tus papás los fines de semana?

---

¿Te gusta como te tratan tus papás en tu casa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Te gusta cómo te tratan tus hermanos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

¿Te gusta como te trata tu profesor (a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

¿Qué es lo que más te gusta de los adultos?

---

¿Qué es lo que más te gusta de los niños?

---

#### **IV. Percepción sobre su propia conducta**

¿Cómo te portas en tu casa? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que hacen tus papás cuando te portas así?

---

¿Cómo te sientes cuando te tratan así?

---

¿Cómo te portas en la escuela?

---

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué hace la maestra cuando te portas así? \_\_\_\_\_

---

¿Cómo te sientes cuándo te tratan así? \_\_\_\_\_

---

---

#### Instrucciones finales

Al finalizar la entrevista se le informará al niño que sus padres van a ayudarlo a mejorar su conducta.

#### Observaciones generales.

---

---

---

---

---

---