



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

**MAESTRIA EN ATENCION A LA DIVERSIDAD Y EDUCACION
INCLUSIVA**

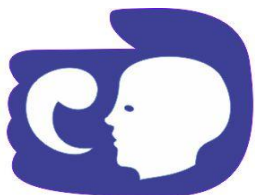
**Propuesta De Orientación A Padres Para El Desarrollo De
La Inteligencia Emocional En Niños Con Trastorno
con Déficit De Atención E hiperactividad (TDAH).**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ATENCIÓN
A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA**

PRESENTA:

Lic. En Psicología Paredes Pérez Lisbet

Director de tesis: Dra. Laura Padilla Castro



Facultad de
Comunicación Humana



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

**MAESTRIA EN ATENCION A LA DIVERSIDAD Y EDUCACION
INCLUSIVA**

**Propuesta De Orientación A Padres Para El Desarrollo De
La Inteligencia Emocional En Niños Con Trastorno
con Déficit De Atención E hiperactividad (TDAH).”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ATENCIÓN
A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA:**

PRESENTA:

Lic. En Psicología Paredes Pérez Lisbet

COMITÉ TUTORAL:

Dra. Laura Padilla Castro (Director)

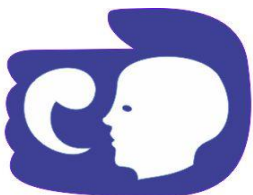
Dra. Alma Janeth Moreno (Asesor)

Mtro. Eliseo Guajardo Ramos (Asesor)

COMITÉ REVISOR:

Mtra. Roció Elida Ocampo Jiménez

Dr. Francisco Xavier García Jiménez



INDICE

AGREDECIMIENTOS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVO.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPITULO I. MARCO TEORICO	19
1.1. Antecedentes (1865-2007).....	19
1.2. Conceptualizaciones	23
1.2.1. Un concepto amplio de déficit de atención.....	23
1.1.2. Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella	25
1.1.2.1. Dificultades para mantener la atención y la concentración.....	26
1.1.3. El Déficit de atención sin hiperactividad	29
1.1.4. Persistencia del déficit de atención en la adolescencia y la edad adult.....	31
1.1.5. Genes asociados con el desarrollo de TDAH	32
1.1.6. Los receptores y los neurotransmisores	33
1.1.7. Neurotransmisores del TDAH.....	35
1.1.8. Alteraciones en la función cerebral en niños con TDAH.....	36
1.1.9. Origen cerebral del TDAH.....	37
1.10. Aspectos genéticos	38
1.11. Genética molecular	39
1.12. Estudio de neuroimagen.....	40
1.13. Estudios neuroquímicos	41
1.13.1. Estudios neurofarmacológicos	42
1.13.2. Estudios de riesgo perinatal	43
1.13.2. Estudios neuropsicológicos	43
CAPITULO II	46
2.1. Inteligencia emocional	46
2.2. Las primeras mediciones de la inteligencia.....	47
2.2.1. El uso de las pruebas y la aplicabilidad de los resultados.....	48
2.3. El mundo de la inteligencia	49

2.3.1. Los más brillantes	50
2.3.2. Estimular la inteligencia.....	51
2.3.3. Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta.....	52
CAPITULO III. METODOLOGIA	54
GRAFICO 1.	56
GRAFICO 2.	57
GRAFICO 3.	57
GRAFICO 4.	58
GRAFICO 5.	58
GRAFICO 6.	59
GRAFICO 7.	59
GRAFICO 8,	60
GRAFICO 9	60
Grafico 10.....	61
Grafico 11.....	61
Grafico 12.....	62
Grafico 13.....	62
Grafico 14.....	63
Grafico 15.....	63
Grafico 16.....	64
Grafico 17.....	64
Grafico 18.....	65
Grafico 19.....	65
Grafico 20.....	66
Grafico 21.....	66
Grafico 22.....	67
Grafico 23.....	67
Grafico 24.....	68
Grafico 25.....	68
Grafico 26.....	69
Tabla 1.	70
3.4. Técnicas para aumentar el comportamiento deseable.....	70

3.5. Refuerzo positivo: la alabanza.....	71
3.5. Dudas de los padres	72
CAPITULO IV. PROPUESTA.....	75
CONCLUSIÓN	92
REFERENCIAS.....	93

AGREDECIMIENTOS

Dedico esta tesis a mi pequeña familia que he formado, por su amor y paciencia.

A mi esposo José Antonio:

Por ser quien me motivo y apoyo para continuar con mi formación profesional. Gracias por confiar en que yo podía continuar con mi desarrollo profesional. Tú fuiste quien me aliento que estudiara, “Recuerdo tus palabra de que tú y mis hijos deben estudiar y yo los apoyare con todo lo que este en mis posibilidades”. Quien me dijo tienes que terminar lo que comenzaste y por estar ahí para mí. Por escucharme cuando me he sentido frustrada y estresada. Gracias por tu paciencia.

A mis hijos Sebastián y Leonardo:

Al inicio de la maestría solo estaba Sebastián quien asistió conmigo a las clases y estuvo acompañándome en toda mi formación. Gracias a mis hijos quienes han sido mi motivación para terminar esta tesis y para superarme como persona y profesionista. Para quienes quiero ser un ejemplo de vida y que en un momento ellos sean los que estén mi lugar concluyendo un posgrado. Los amo Sebastián y Leonardo.

Dra. Laura Padilla Castro:

Le agradezco mucho su paciencia y su apoyo para poder concluir la maestría. Porque siempre en cada momento motivarme y confiar en que podía terminar con la tesis. Sé que me he tardado en concluir con el proceso de titulación, pero agradezco a la vida tener esta oportunidad de poder concluir.

INTRODUCCIÓN

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más habitual en la infancia, y el motivo más frecuente de consulta en los servicios de salud mental en niños, en las consultas de pediatría, y es muy alta en los alumnos que tienen fracaso escolar y precisan de una evaluación por los servicios de orientación pedagógica de los colegios. (Brown, 2003)

Muchas personas siguen considerando que este síndrome es simplemente un trastorno de conducta que se caracteriza por inquietud y la energía excesivas, problema que habitualmente remite durante la infancia, aunque ocasionalmente persiste ocasionalmente hasta la vida adulta.

La inteligencia es un término modificable. Las primeras pruebas de inteligencia florecieron con el objeto de identificar niños con retraso mental y darles una educación especial y adecuada pero luego fueron usadas para medir variaciones de inteligencia en niños normales. Estas pruebas son las que más uso tienen en la actualidad.

Uno de los usos más importantes de las pruebas es la identificación de niños localizados en los extremos de las mediciones de inteligencia: los que sufren cierto grado de retardo mental y las personas intelectualmente superdotadas, cuya inteligencia está por encima del promedio.

Es trascendental estimular la inteligencia del niño y proporcionarle un medio ambiente cultural rico, pero igualmente es preciso no forzarlo ni saturarlo, esto podría ser la causa de posibles descompensaciones. La estimulación también debe estar orientada a fomentar su equilibrio afectivo, así como la capacidad para resolver los problemas de la vida cotidiana, aprender otros valores como la independencia o la autonomía personal, para triunfar también en lo personal. Es necesario no solo educar en la razón sino también en la emoción. Una manera de lograrlo es incentivar:

- La observación
- El juego
- La lectura
- El sentido de descubrimiento
- La curiosidad
- Las experiencias directas, como manipular, explorar, elegir, comparar o clasificar. (Esperón, 2008)

Las técnicas de modificación de conducta constituyen, junto con los procedimientos cognitivo-conductuales, las intervenciones más relevantes para niños con TDA-H dentro del sistema escolar.

La modificación de conducta aglutina un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas deseadas, y reducir o eliminar los comportamientos inapropiados, asumiendo que están moldeadas por contingencias ambientales inadecuadas.

Este enfoque de tratamiento tiene varias ventajas: es relativamente fácil de implementar, rápido, de bajo costo y adaptable a múltiples contextos. Resulta necesario destacar, que con la mayoría de los alumnos es suficiente la alabanza social del profesor para lograr el cambio o el mantenimiento de comportamientos deseados, mientras que los estudiantes con una hiperactividad necesitan contingencias más poderosas debido a su fracaso para ejercer un control inhibitorio del comportamiento.

Asimismo, uno de los programas más eficaces para lograr cambios conductuales en el aula es el sistema de economía de fichas y negativas importantes.

Estos operaciones conductuales asumen que la modificación directa de comportamientos y aumentar así la frecuencia de refuerzos positivos que se reciben por parte de otras personas.

También, pueden aumentar los sentimientos de dignidad del niño, a causa de que recibe más aprobación social y se siente más responsable de su propio

control. En general, el proceso que se siguen en los programas de intervención conductual consiste en:

Determinar los comportamientos o conductas sintomáticas objeto de modificación, tratándolas por separado, no abordando el trastorno globalmente. Elaboración de una línea base de la conducta problemática a modificar, a partir de los datos conseguidos mediante registros observacionales.

Planificación del programa de manejo de contingencias, especificando con toda claridad los procedimientos a utilizar y forma de aplicación.

Aplicación de los procedimientos seleccionados de forma contingente (inmediata) a la emisión de la conducta “objetivo”.

Básicamente, se suelen distinguir, en función del objetivo de la intervención, dos grupos de técnicas que los profesores pueden emplear para manejar el comportamiento de sus alumnos:

- a) Las técnicas para incrementar los comportamientos adecuados, y
- b) Las técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados.

Además existen procedimientos combinados de las técnicas anteriores, que pueden emplearse tanto para aumentar/mantener como disminuir/eliminar comportamientos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5%. En los estados Unidos se da entre 2 y el 18 %. Para los casos Colombia y España se ha reportado un índice del 14 y 18 por ciento. Sin tener una cifra precisa, se cree que en México este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad, estas cifras lo revelan como un problema de salud pública.

Muchas investigaciones se han interesado por abordar el problema de conducta que presenta el niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), situación fisiológica que propicia una problemática en el contexto familiar y escolar (social) que conducen a considerarlo como un niño que posee escasas habilidades para encomendarle responsabilidades en ciertas actividades. Dejando a un lado la esfera emocional, solo ocupándose de que el niño se auto regule y modifique su conducta. Tanto el déficit de atención como la hiperactividad tienen mayor prevalencia en niños que en niñas. Entre los síntomas predominantes destacan la falta de concentración, la actividad inmoderada y constante, la desobediencia a reglas e instrucciones, y conductas antisociales y agresivas. El TDAH no tiene cura y subsiste en la adultez cuando no se diagnostica a temprana edad. (Miechenbaum, 1981).

La Impulsividad es una característica primordial que hace que el niño con TDAH presente una conducta desordenada y que sea incapaz de regularse. Ya sea la impulsividad, como un factor psicológico independiente o no, precisa de un tratamiento más detallado y un abordaje más explícito. La impulsividad podríamos definirla, como un estado de activación neurobiológica o como un déficit de control inhibitorio. Los dos términos, en cierta manera ponen de relieve, la más que posible mediación de factores orgánicos en la génesis de la impulsividad. Esta activación supone la liberación de una serie de sustancias internas, entre las que destacan los neurotransmisores y las hormonas que preparan al cuerpo para una reacción motriz inmediata. Se trata de una energía que está ahí y debe “liberarse” de alguna

manera, siendo las más habituales, según edad, las rabietas, los gritos y las huidas. (Miechenbaum, 1981).

La impulsividad tiene repercusiones directas sobre las interacciones familiares pudiendo alterar el desarrollo adecuado de la vinculación afectiva y el equilibrio emocional. También deteriora seriamente la capacidad de aprendizaje del niño, su adecuada y buena adaptación a la escuela y a los compañeros. Finalmente, una impulsividad no trabajada a tiempo, que se manifiesta en un entorno desestructurado, es el camino más directo para la expresión de conductas violentas o delictivas en el futuro. Algunos niños con TDAH presentan problemas crónicos y graves con la función de la autorregulación, principalmente en los primeros años de vida. Resulta difícil tratar con estos niños por que tienden a mostrar sus elevadas manifestaciones de hiperactividad (os), por ser impulsivos, perturbadores y agresivos. (Miechenbaum, 1981)

Los padres y familiares cercanos de los niños con TDAH llegan a saber más que su hijo o su hija sobre las tareas escolares, exámenes y trabajos pendientes. Controlan los detalles de las tareas escolares de sus adolescentes y de forma constante imponen directivas parentales detalladas sobre que se debe hacer y cuando hacerlo. (Russell, 2002)

En algunos niños surgen problemas crónicos y graves de la autorregulación en los primeros años de vida.

En algunos casos, estos padres desmedidamente cómplices pueden responder a las debilidades percibidas de las funciones de su hijo o su hija, disimulando de esta forma los deterioros, hasta que esta ayuda ya no sea posible. Con frecuencia esto genera un conflicto crónico entre los padres, el niño y el maestro, lo que complica aún más una situación ya difícil (Esperón, 2008).

No es raro que estos alumnos obtengan fracasos cuando se alejan de sus padres para acudir a la universidad. Solo posteriormente de abandonar el mundo académico y de enfrentarse a la necesidad de buscar un trabajo y organizar su propio hogar, se enfrentan a sus dificultades crónicas en el manejo de la vida diaria.

Los deterioros de las funciones escolares que pasan inadvertidas hasta el final de la adolescencia o la edad adulta no cumplen las características del manual DSM-IV referente a que, al menos algunos síntomas del TDAH deben ser evidentes antes de los 7 años de edad (Soutullo, 2007).

Algunos, inclusive no cumplen la definición de esa característica que han recomendado Barkley y Biederman (1997). Por lo tanto, cualquier precisión de inicio en la preadolescencia es poco lógica, si se tiene en consideración que el desarrollo de la capacidad de las funciones ejecutivas tiene una trayectoria muy lenta. Faraone et al. (2006) encontraron que los pacientes diagnosticados de TDAH de inicio tardío en la edad adulta no difieren clínicamente de aquellos que cumplen los criterios de TDAH de inicio infantil (Puig, 2003).

En la presente investigación nos centraremos en la esfera emocional, trabajando con los padres en la orientación del desarrollo emocional en los niños con TDHA (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), contestando la siguiente interrogante:

¿Cómo favorecer el desarrollo de la esfera emocional en niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad a partir de la implementación de un programa de orientación a padres y madres?

Pregunta de investigación:

¿Qué acciones lleva a cabo la familia para el tratamiento en casa del niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

¿Cómo favorecer el desarrollo en niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad a partir de la implementación de un programa de orientación a padres y madres?

OBJETIVO

Objetivo general:

Diseñar un programa de orientación a padres y madres para el desarrollo de la inteligencia emocional en niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Objetivos específicos:

- ❖ Evaluar el estado existente de la educación familiar en el desarrollo emocional del niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- ❖ Diseñar un programa de orientación a padres para el desarrollo emocional de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

JUSTIFICACIÓN

El síndrome de TDA suponía una enorme pérdida de potencial para las familias, para el niño y para la sociedad en general. Actualmente es posible identificarlo, diagnosticarlo y atenderlo de una manera más temprana y eficiente, lo cual permite minimizar y, en algunos casos, evitar las consecuencias y complicaciones que se asocian a este síndrome. Sin embargo, aún existen muchos niños con TDA que no reciben la ayuda que necesitan, porque aún no son identificados con suficiente rapidez. En esos casos, suelen pasar varios años hasta lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados (Esperón, 2008).

En estudios realizados en población general se ha calculado que esta enfermedad afecta aproximadamente entre el 2 y el 12 % de los niños, con una media de aproximada del 5%. Estas variaciones en la cifra de prevalencia se deben a que existen diferencias importantes en la terminología, definición del síndrome y metodología entre los distintos criterios utilizados para realizar el diagnóstico de TDAH (Brown, 2003).

La mayoría de los síntomas identificados están presentes antes de los siete años de edad, al menos en dos ambientes de la vida del niño, y durar al menos 6 meses (Brown, 2003)

Por lo tanto, el trastorno hiperactivo/impulsivo descrito en la CIE-10 (nos referimos a la décima revisión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental* realizada por la Organización Mundial de la Salud en 1992) define un síndrome más grave y menos frecuente, ya que precisa de 10 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, y el DSM-IV un síndrome con tres posibles tipos: hiperactivo/impulsivo (6 síntomas), inatento (6 síntomas) o combinado (12 síntomas).

Asimismo, de los estudios en EE. UU., denotan certeza sobrada acerca de que, el TDAH posee validez transcultural y una prevalencia importante en países tan diferentes culturalmente de EE. UU., como Nueva Zelanda, China, India y Alemania, por lo que se puede estimar que la prevalencia real del TDAH según

diversos estudios epidemiológicos que emplean diferentes criterios diagnósticos estará probablemente entre el 2 y el 12 % (Puig, 2003).

Existen estudios que identifican prevalencias del 9,6 % en Alemania, del 3,7 % en Suecia, del 6% en España, del 17 % en Colombia, y del 9 % en Hong Kong.

Las desigualdades de prevalencia obedecen, como hemos visto, al uso de criterios CIE-10 o DSM-IV y también al modo de llevar a cabo el diagnóstico: con evaluaciones clínicas –identificada como la forma más fiable-, con cuestionarios de profesores y también padres, o solo con cuestionarios de padres o profesores, pero no de ambos.

El TDAH fue representado en 1865 por Hoffman, en el cuento infantil *Der Struwwelpeter* y en 1902 por Still. El médico español Gonzalo Rodríguez Lafora lo describió a principios del siglo XX. Se le hizo llamar Disfunción Cerebral Mínima, y desde 1950, Síndrome Hiperactivo. Desde 1960 se describe el Síndrome del Niño Hiperactivo y recientemente se detectó el aspecto del Déficit de Atención.

Las prevalencias oscilan entre el 2% y el 12%. Estudios en EE.UU. indican que la prevalencia máxima (8%) ocurre entre los 6 y los 9 años de edad. El TDAH se da en todas las zonas del mundo y es más frecuente en varones (9%) que en niñas (3,3%). La proporción niño: niña es de 4:1 para el tipo hiperactivo-impulsivo y 2:1 para el tipo inatento. A veces, en niñas puede pasar desapercibido. Últimamente pareciera que hay más niños con TDAH, y se habla más de esta como si fuera una moda, pero lo cierto es que no hay más niños con TDAH ahora (Brown, 2003).

Antiguamente no se descubrían por ignorancia del problema de padres y médicos por esta enfermedad y los padres acostumbraban culparse de los síntomas y de los problemas de los niños. Los niños toleraban los resultados del fracaso escolar, saliendo pronto del colegio y dedicándose a trabajos muy por debajo de sus capacidades y de sus posibilidades reales.

El TDAH es una de las enfermedades mejor estudiadas en Medicina. Pero el TDAH no es como la neumonía por neumococo la gripe por virus influenza; no tiene una sola causa. El TDAH se origina como consecuencia de múltiples causas que se dan a la vez en el niño. Por ello no se ha identificado una causa individual de TDAH. Casi todas las causas de TDAH se producen durante el embarazo (prenatales) o en torno al nacimiento del niño (perinatales).

Entre las causas más importantes de TDAH se encuentran:

- 1) Causa genética
- 2) Bajo peso al nacer
- 3) Gran adversidad psicosocial
- 4) Consumo de tabaco durante el embarazo
- 5) Consumo de alcohol (Brown, 2003).

La principal causa de TDAH es genética. Aproximadamente el 75% de la causa del TDAH es de origen genético. Es decir, que la media de la causa de TDAH que está en los genes en una población es el 75%. La causa genética individual puede ser menor, pero la media es el 75%. Por eso, si un gemelo idéntico tiene TDAH, es muy probable que el otro gemelo también lo desarrolle. Para hacerse una idea, la heredabilidad de la depresión es del 39%, la del cáncer de mama, del 27%, la del asma, del 39%, y la de la altura (ser alto o bajo), del 9.3%. (Brown, 2003)

Los niños, al igual que los adultos, sienten muchas emociones a lo largo del día: rabia, tristeza alegría, euforia, frustración, etc. Es el momento de que aprendan a identificarlas y nombrarlas, porque sólo con este trabajo previo de identificación podrán ser capaces de ir gestionando cada una de ellas de una manera adecuada. (Bisquerra, 2012)

El libro `Inteligencia Emocional` de Goleman (publicado en Estados Unidos en 1995) resume las investigaciones en Neurociencia y psicología cognitiva que señalan que el CE (cociente emocional) es tan importante como el CI (cociente intelectual) con respecto al desarrollo saludable del niño y su éxito futuro. Según Goleman recopila,

el CI parece aportar tan solo un 20 por ciento de los factores determinantes de éxito (lo cual supone que el 80 por ciento restante depende de otra clase de factores). (Goleman. 1995)

Este trabajo nos deja ver la relación de nuestros sentimientos y nuestro pensamiento indicando las interconexiones fisiológicas entre las áreas emocionales y ejecutivas del cerebro; esto es importante puesto que están íntimamente relacionadas con la enseñanza y el aprendizaje. (Goleman, 1995)

Es importante hacerles ver que todas las emociones que experimentamos las personas están bien, no podemos luchar contra esos sentimientos pero sí podemos hacer una diferenciación en la forma en que las gestionemos. Por ejemplo, un niño con TDAH que presente conductas impulsivas de manera generalizada, es más propenso a tener respuestas emocionales disruptivas cuando experimenta un sentimiento negativo. Una cosa es sentirse enfadado porque algo no ha salido como él esperaba y otra muy distinta es que su manera de gestionar ese enfado sea "pagándolo" con un compañero. En este aspecto es importante hacer saber al niño que el llevar o no una buena gestión emocional le va a repercutir a nivel personal en muchos aspectos: cómo se sienta él, cómo se van a sentir los demás por sus reacciones, etc. (Bisquerra, 2012)

La inteligencia emocional está íntimamente ligada a la actitud empática que seamos capaces de mostrar para con otras personas. Así, una persona empática será capaz de ponerse en los zapatos de otra y experimentar las emociones como lo haría esa persona pero, para ello, debe haber tenido un entrenamiento fructífero en desarrollo socioemocional propio. El desarrollo de las competencias emocionales da lugar a la educación emocional. Concebimos la educación emocional como un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. (Bisquerra, 2011).

Con niños pequeños nos podemos apoyar en dibujos, series, películas, etc. por ejemplo, para averiguar la emoción que determinados personajes experimentan, cuáles son sus reacciones, analizarlas y consensuar si han actuado o no adecuadamente, etc.

El tener un espacio en casa dedicado a la gestión emocional para toda la familia también puede ser muy positivo. Por ejemplo una pared, un mural o una pizarra donde todos los miembros de la familia puedan escribir como se sienten, reflexiones, actitudes, etc. La finalidad sería tener ese espacio común para que los niños aprendan a través de la gestión emocional que sus mayores hacen de sus propias emociones, actuar como ejemplo de buenas prácticas.

De igual forma, en los casos en que la familia no se vea del todo competente para poder llevar a cabo este tipo de actividades con su hijo de una manera plena, les recomendaría que pidiesen ayuda a profesionales en la materia ya que, aunque el tema de la gestión emocional pueda resultar en un principio menos relevante para unos que para otros, tal y como he citado anteriormente es la base del tipo de relaciones que un niño va a desarrollar conforme vaya creciendo, tanto a nivel personal, como escolar y posteriormente laboral. (Bisquerra, 2012)

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes (1865-2007)

Fue definido por primera vez hace más de un siglo. Existen informes históricos de niños con síntomas que hoy llamaríamos TDAH, que datan de 1865 y fueron descritos por el alemán Heinrich Hoffman. En una rima describe los síntomas y los problemas en los que se mete un niño, Der Struwwelpeter que básicamente no paraba un minuto y no hacía nada de lo que se le decía (Soutullo, 2007).

En 1902 los británicos George Still y Alfred Tredgold hicieron las primeras descripciones rigurosas y científicas, publicadas en el Real Colegio de Médicos. Still describió a 43 niños de su consulta que tenían problemas serios para mantener la atención.

Still opinaba que estos niños tenían un “defecto del control moral”, ya que no podían controlar sus acciones para seguir unas normas que conducían al bien común. Still advirtió que algunos niños habían adquirido este problema tras una enfermedad cerebral aguda. El TDAH también fue descrito por el doctor español Gonzalo Rodríguez - Lafora a principios del siglo XX (Puig, 2003).

En 1917-1918, en Estados Unidos hubo un brote de encefalitis epidémica por influenzavirus. Hubo una serie de descripciones de niños que habían sobrevivido a esta infección cerebral viral pero que presentaban como secuela conductual y cognitiva un cuadro caracterizado por retraso mental, hiperactividad e impulsividad, similar al descrito por Still.

Algunos de esos niños tenían síntomas que hoy llamaríamos trastorno negativista desafiante, y que ellos llamaron “Trastorno conductual postencefálico”. Esta fue la primera descripción de una relación entre un daño cerebral y un cuadro conductual caracterizado principalmente por hiperactividad.

Después de esta asociación de hiperactividad, impulsividad y problemas cognitivos secundarios a encefalitis se empezaron a estudiar las secuelas

conductuales de otras lesiones cerebrales como las perinatales, otras infecciones del sistema nervioso central (SNC), toxicidad por plomo, epilepsia y traumatismo craneoencefálico.

En muchos de esos niños se encontraron síntomas de TDAH, por lo que en las décadas de 1930 a 1940 cobro fuerza el concepto de “Síndrome del daño cerebral”. En los niños con formas más leves de hiperactividad, el problema se atribuía a malas prácticas educativas de los padres, a que eran mimados, o a ambientes familiares con delincuencia o pobreza. El error de culpar a los padres del problema del niño aún sigue vigente a principios del siglo XXI.

Entre 1937 y 1941, Bradley publicó sus artículos sobre el tratamiento de niños con trastornos conductuales con derivados de la anfetamina, y la importante mejoría en los síntomas de hiperactividad y en los problemas conductuales.

Quintero, (2009) menciona que en las décadas de 1950 y 1960 se acuñaron los términos “Daño cerebral mínimo” y luego “Disfunción cerebral mínima”. Ya se habían descrito los problemas conductuales y cognitivos en niños que sufrían un síndrome de daño cerebral. Sin embargo, había niños con síntomas de TDAH en los que no había o no se podía detectar un antecedente claro de un daño cerebral, por lo que se supuso que el daño habría sido mínimo pero tenía sus consecuencias.

Comparablemente al desarrollo del concepto de síndrome de daño cerebral y disfunción cerebral mínima, desde 1950 se hablaba del “Trastorno hiperquinético impulsivo”, que más tarde paso a llamarse “Síndrome hipercinético”; ya en la década de 1960 se describe el “Síndrome del niño hiperactivo”.

Durante esta misma década los investigadores en EE.UU. cambiaron el foco de atención del daño cerebral y disfunción cerebral mínima al síntoma más característico del trastorno, la hiperactividad.

En Europa, y principalmente en Gran Bretaña, siguió predominando el concepto más grave y más estrecho de síndrome de daño cerebral hasta los años 1970, y el término hiperkines. A finales de los años 1960 era aceptado que síndrome

del niño hiperactivo, era producido por un daño cerebral aunque muchas veces el daño cerebral no se pudiera objetivar (Quintero, 2009).

En 1968, el DSM-II describía la “Reacción hiperkinética de la infancia” como un trastorno evolutivo benigno caracterizado por “exceso de actividad, inquietud, distractibilidad, y poca capacidad de atención, especialmente en niños pequeños, que generalmente disminuía al llegar la adolescencia” (Soutullo, 2007).

Al principio de la década de 1970 se amplían las características definitorias del síndrome de la hiperactividad o hiperkinesia para incluir otros aspectos importantes como la impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad, y distractibilidad.

En 1975 se aprueba en EE. UU., la Ley Publica 94-142 que obliga a los colegios y al Estado a ofrecer servicios educativos especiales a niños con discapacidades o dificultades físicas, del aprendizaje o del comportamiento, además de los que ya se ofrecían para niños con retraso mental.

Para entonces el interés científico por este síndrome ha crecido mucho y en los años 1980 el TDAH es ya el trastorno psiquiátrico mejor estudiado en niños. En la clasificación de enfermedades DSM-III, en 1980, se cambia el nombre de “Reacción hiperkinética de la infancia” por “Trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad)” (TDA+H), poniendo más énfasis en la inatención y en la impulsividad (Quintero, 2009).

En los años 1980 se intentó definir mejor los subtipos de TDAH, basándose en la presencia a o no de hiperactividad. El TDAH se llamaba entonces TDA con/sin H. y al final de los años ochenta, ya se reconocía el carácter muchas veces crónico del trastorno, su origen biológico o genético y su impacto negativo en el desarrollo académico y social del niño.

En los años 90’s, el conocimiento sobre el TDAH fue creciendo. Hubo avances en la neuroimagen y en la genética del TDAH que apoyaba aún más su origen biológico; se describe el TDAH en adultos, y en muchos más países entre

ellos EE. UU. Desde el DSM-IV (1994), el síndrome se llama “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (TDAH), y se distinguen tres tipos: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo (Puig, 2003).

En los primeros años del siglo XXI el estudio MTA de Tratamiento multimodal del TDAH demostró, a pesar de las controversias, que el tratamiento con medicación supera los resultados del tratamiento psicosocial. Aunque en muchos casos es necesario un tratamiento combinado, muchos niños responden muy bien al tratamiento con medicación y requieren poco más.

En Europa se ha aceptado ampliamente el concepto DSM-IV de TDAH y el concepto de trastorno hipercinético se entiende como una forma mucho más grave de TDAH. España se ubica cerca de los países más avanzados como Suecia, Holanda, Alemania, Gran Bretaña, y por delante de Italia y Francia en la detección y tratamiento correcto del TDAH (Soutullo, 2007).

Además, surge una Federación Española de Asociaciones de Padres de Niños con TDAH organizada y motivada, y un creciente número de profesionales formados. Se van descubriendo nuevas medicaciones y nuevas posologías de larga duración para medicaciones ya disponibles.

Además, se continua mejorando en el diseño de tratamientos multimodales específicos para cada niño y cada familia combinando medicación, psicoeducación a los padres, manejo conductual, prevención de explosiones conductuales y apoyo escolar específico para las necesidades de cada niño en cada momento.

1.2. Conceptualizaciones

1.2.1. Un concepto amplio de déficit de atención

El concepto de déficit de atención mencionado en el DSM-IV es amplio; entraña mucho más que simplemente no prestar atención mientras alguien está hablando. Los criterios del DSM-IV también se refieren a los excesivos problemas planteados por la facilidad para distraerse y las dificultades crónicas para organizar tareas y actividades, atender a los detalles, seguir instrucciones y acabar tareas, emprender actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, así como a los problemas por extraviar objetos y ser excesivamente olvidadizo (Puig, 2003).

Esta amplia gama de síntomas englobados dentro de los criterios del DSM-IV para el déficit de atención dibuja una alteración no de una sola función unitaria, sino de un conjunto de funciones cognoscitivas diversas, pero relacionadas, englobadas bajo el concepto de «atención» (Esperón, 2008).

De acuerdo con la larga lista de síntomas de desatención del DSM-1V, los pacientes diagnosticados de TDA tienden a manifestar alteraciones crónicas mediante una amplia gama de funciones cognoscitivas. Gracias a entrevistas con adolescentes y adultos a quienes se diagnosticó TDA, Brown (1995, 1996) halló 40 ítems referidos a diversos aspectos de la desatención.

Estos Ítems se agrupaban en cinco factores independientes, pero relacionados: 1) organización y activación en el trabajo; 2) mantenimiento de la concentración y atención; 3) mantenimiento de la energía y el esfuerzo en el trabajo; 4) control de interferencias afectivas, y 5) uso de la memoria de trabajo y de la evocación de recuerdos. Las personas diagnosticadas con TDA que presentaron dificultades crónicas en uno de estos factores tendían a presentar unos niveles de alteración similares en los otros cuatro.

Los síntomas en los factores de Brown derivados de los pacientes se extienden más allá de los criterios del DSM-IV de desatención, incorporando varias funciones apuntadas en el DSM, pero no incluidas explícitamente en él. Por ejemplo, los Ítems relacionados con la activación para realizar tareas amplían el Ítem del DSM-IV «a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido» y están muy cercanos al ítem «a menudo parece desmotivado» utilizado en los estudios de campo del DSM-IV (Brown, 2003).

Algunos Ítems, de las escalas de TDA de Brown no están directamente vinculados a los criterios del DSM-IV, pero reflejan aspectos de la desatención identificados por otros estudios de WA. Por ejemplo, los Ítems relacionados con el control de la interferencia afectiva son similares a los descritos por Wender (1995);

Según éstos, los adultos con TDA pero sin trastornos afectivos diagnosticables frecuentemente sufren serias alteraciones en su capacidad para controlar respuestas afectivas ante el estrés o la frustración a fin de evitar una perturbación excesiva en su trabajo o en sus relaciones.

- Función ejecutiva
- Déficit de atención como alteración de la función ejecutiva (Puig, 2003)

La idea general de que el déficit de atención es una alteración de la función ejecutiva, es acorde con las actuales concepciones neurológicas y neuropsicológicas de la atención. A diferencia del modelo psiquiátrico, en el cual la desatención se ha relacionado principalmente con comportamiento perturbador, los modelos neurológicos tienden a destacar la relación entre atención y memoria, y entre atención y un conjunto de otras funciones cognitivas a menudo denominadas «funciones ejecutivas».

Denckla (1996, 1996b) describió cómo, a menudo el TDAH se descubría con el diagnóstico neurológico de alteraciones de la función ejecutiva.

Dicha función se refiere a una amplia gama de procesos cerebrales de control central que conectan, priorizan e integran la operación de subordinar ciertas funciones cerebrales.

Taylor (1995) destacó la necesidad de distinguir entre procesos modulares y ejecutivos de la atención, donde el proceso modular está integrado por el funcionamiento ejecutivo según programas estratégicamente apropiados para completar las tareas necesarias. Denckla destaca que este sistema de control central, a menudo atribuido a operaciones en el córtex pre frontal, es crucial para organizar e integrar los procesos cognoscitivos a lo largo del tiempo y desempeñar dichas operaciones (Puig, 2003).

1.1.2. Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella

Los síntomas más específicos del trastorno son las dificultades para mantener la atención y la concentración, las dificultades para controlar las respuestas impulsivas y las dificultades para controlar el exceso de movimiento o hiperactividad. No es posible describir la conducta precisa de todos los niños con este trastorno porque su comportamiento individual dependerá también de otros factores, como por ejemplo, la edad, la situación ambiental del niño, su temperamento o la existencia de otros problemas (ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimiento de fracaso, etc.) (Esperón, 2008).

Así pues, en el repertorio de comportamiento del niño podremos observar algunas conductas que se derivan del TDAH y otras que dependen de su nivel madurativo o de su situación familiar y escolar. Ahora vamos a profundizar en los síntomas específicos del trastorno, según los criterios del DSM IV, que son los que

nos sirven para el diagnóstico, aparte de las conductas no específicas que mencionábamos.

1.1.2.1. Dificultades para mantener la atención y la concentración

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

Por este motivo, el niño suele cometer errores en actividades rutinarias o que conoce bien, ya que en estos momentos baja su nivel de atención. Por ejemplo, puede cometer faltas de ortografía frecuentes aunque conozca bien las normas ortográficas, o puede equivocarse cuando realiza una tarea de copia, en la que, la presencia del modelo debería evitar cualquier posibilidad de error. También puede equivocarse ante tareas muy repetitivas, como largas páginas de operaciones de cálculo (Ídem, 2008).

Es muy probable que realice correctamente las primeras operaciones, pero manifestará pronto su inatención cometiendo gran cantidad de errores incluso en operaciones sencillas para su nivel académico.

Esta falta de atención a los detalles puede provocar fallos importantes. Por ejemplo, el niño puede olvidar que la resolución de un problema matemático requiere dos operaciones, realizando sólo una y dejando el problema sin terminar, O puede no advertir que las preguntas de un examen no terminan en la primera cara del papel, por lo que dejará sin responder todo lo que esté en la otra cara.

B. Tiene dificultades en mantener la atención en actividades lúdicas

Por lo que es posible que le cueste esperar su turno y se adelante, o no se dé cuenta de cuándo le toca jugar y se le pase por alto. Si se distrae jugando al fútbol, la pelota

puede pasarle por delante sin que se mueva para pararla o podría llegar a meter un gol en propia meta (Ídem, 2008).

C. Parece no escuchar cuando se le habla directamente

Aunque parezca atento, es posible que no sea capaz de repetir lo que se le ha explicado o de cumplir las instrucciones que se le han dado (Esperón, 2008).

D. No sigue instrucciones y no finaliza tareas u obligaciones (y no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones)

Puede dejar encargos a medio cumplir, por no haber atendido totalmente a las instrucciones. Por ejemplo, empieza a arreglar su habitación, pero la interrupción de una llamada telefónica puede hacerle olvidar lo que estaba haciendo. Por este motivo, puede parecer desordenado porque deja las cosas sin terminar: no recoge los papeles, no arregla la ropa o los zapatos e incluso deja los armarios y cajones abiertos porque olvida, una vez ha encontrado lo que buscaba, volver a dejar las cosas como estaban (Ídem, 2008).

E. Tiene dificultad para organizar tareas o actividades

Le cuesta poner orden a las actividades que debe hacer y por ello se le acumulan las tareas. También le puede parecer que le sobra tiempo para hacerlo todo hasta que, finalmente, no tiene ninguna posibilidad de terminar la tarea por no haberse repartido correctamente el tiempo. En ocasiones, puede que se proponga llevar una agenda para organizar el trabajo, pero a menudo olvida lo que debe apuntar y nuevamente puede tener problemas.

Sus apuntes o trabajos escolares también suelen estar mal organizados: los trabajos de sociales en el separador de matemáticas; los de plástica, con los de inglés. Así, tendrá que revisarlo todo cuando intente localizar el trabajo realizado. También puede que olvide dónde ha guardado ciertos trabajos, por lo que no los entregará a pesar de haberlos hecho.

F. Le disgusta o evita dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido, como trabajos escolares o domésticos

Ante las dificultades de atención ya descritas y sus dificultades para obtener un resultado satisfactorio de su trabajo, no resulta sorprendente que intente evitar aquellas tareas que requieran un nivel de atención elevado. A pesar de sus dificultades durante la edad escolar, se le exigirá mantener una actividad fundamentalmente intelectual en la escuela. Sin la ayuda oportuna, probablemente tendrá mayor tendencia a conseguir más fracasos que éxitos, Estos fracasos provocarán a su vez una tendencia a evitar aquello en lo que no consiga el nivel de satisfacción deseado (Ídem, 2008).

G. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices o libros)

Aunque las actividades que tenga que realizar le interesen, puede que se olvide la ropa de deporte el día de gimnasia o el material que necesita para el trabajo de manualidades. A veces se olvida el abrigo o los libros en el colegio, y los ejercicios terminados en casa; el bocadillo del desayuno en la mesa de la cocina, incluso aunque se lo haya preparado él mismo. Si es mayor, volverá a casa porque se le han olvidado las llaves, o el regalo que le habla comprado a su novia, o el CD que su amigo ya le ha reclamado docenas de veces (Ídem, 2008).

H. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

En clase, es posible que se distraiga con cualquier movimiento de un compañero, un lápiz que caiga al suelo, un ruido en el patio del colegio, un frenazo de un coche o el ruido de un autobús o de una moto en la calle. Si hablamos con un chico inatento, es posible que nos parezca distraído porque está mirando a través

de la ventana, porque mira el reloj o se distrae mirando las estanterías u otros objetos de la habitación (Ídem, 2008).

I. Es descuidado en las actividades diarias

A veces parece poner poco interés en su cuidado personal y va algo desaliñado, con los cordones desatados, la camisa medio por fuera del pantalón o mal peinado. Puede que sea descuidado guardando su ropa, metiéndola de cualquier forma dentro del armario, incluso aunque luego no pueda cerrarlo bien. Puede que no advierta que todos los días intenta colgar la toalla, aunque siempre se le cae y jamás la recoge. Todo ello, una vez más, puede hacer que parezca deliberadamente desordenado o descuidado cuando no es ésa su intención (Íbidem, 2008).

1.1.3. El Déficit de atención sin hiperactividad

Lahey y Carlson (1991) revisaron la investigación sustancial que apoyaba la validez del diagnóstico de TDA sin hiperactividad. Entre los estudios revisados había varios que demostraban, mediante análisis factoriales, que los síntomas de TDAH constituían dos factores separados: uno comprendía la desatención crónica y, el otro, impulsividad e hiperactividad combinadas. Estos estudios demostraron que los niños cuyos TDA incluían hiperactividad-impulsividad (TDAH) eran diferentes de los niños cuyos TDA no presentaban hiperactividad (TDASH) en sus pautas conductuales y emocionales, relaciones con sus compañeros y funcionamiento cognoscitivo (Puig, 2003).

Utilizando esta base de investigación, el comité del DSM-IV para el TDAH realizó un estudio de campo para probar los nuevos criterios diagnósticos para los TDA con y sin hiperactividad-impulsividad. Los resultados de este estudio llevaron al comité a reconocer que un individuo podía presentar un TDA sin síntomas de hiperactividad o impulsividad.

El nombre dado a este diagnóstico fue «trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención» (Lahey y cols., 1994).

Además del tipo desatento del TDAH, en el DSM-IV se introdujo un nuevo diagnóstico: «tipo con predominio hiperactivo-impulsivo». Esta categoría fue agregada sobre todo, para identificar niños preescolares que fueran extremadamente hiperactivos, aunque su corta edad imposibilitó la identificación de problemas significativos de desatención. Esta categoría quizá pueda identificar una forma prodrómica de TDAH de tipo combinado.

El «trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado» aparece en el DSM-IV para diagnosticar a las personas con problemas significativos tanto por desatención como por hiperactividad-impulsividad.

Aunque el DSM-IV introdujo el tipo de TDAH con predominio del déficit de atención, esta denominación perpetuó la vinculación continua de desatención e hiperactividad. La investigación subsiguiente sobre la incidencia de los varios tipos de TDAH identificados en el DSM-IV indicó diferencias significativas en la frecuencia de cada tipo, dependiendo del ámbito o situación. En ámbitos clínicos psiquiátricos, el tipo combinado se halla con mayor frecuencia: del 45 al 62 % de muestras clínicas de pacientes con TDAH (Eiraldi y cols., 1997; Faraone y cols., 1998; Paternite y cols., 1995). Probablemente por esta razón, el tipo combinado ha constituido el principal objetivo de muchas investigaciones dedicadas al TDAH (Puig, 2003).

Sin embargo, en la población general, el tipo con predominio de déficit de atención es el más común. Según algunos estudios epidemiológicos, la prevalencia de este tipo se extiende entre el 4,5 y el 9,0 % de la población general infantil, mientras que el tipo combinado se sitúa entre el 1,9 y el 4,8 %. El tipo con predominio hiperactivo-impulsivo incluso es menos común, extendiéndose entre el 1,7 y el 3,9 % (Baumgaertel y cols., 1995; Gaub y Carlson, 1997; Wolraich y cols., 1996).

Poco después de publicarse el DSM-IV, otra investigación documentó las diferencias significativas en el curso de la vida de los dos tipos primarios de TDAH. Un estudio longitudinal de 4 años de Hart y cols. (1995) demostró, en una muestra de chicos diagnosticados de TDAH según el DSM-III-R, que los síntomas de desatención tendían a persistir, mientras que los síntomas de hiperactividad-impulsividad tendían a disminuir. En Australia, Levy y cols. (1997) encontraron un patrón similar en un estudio realizado durante 3 años con una amplia muestra de niños y niñas con TDAH.

Ambos estudios destacan la diferenciación evolutiva entre los síntomas de desatención y los de hiperactividad-impulsividad, incluso cuando inicialmente coexisten ambos conjuntos de síntomas (p. ej., un niño con un tipo combinado de TDAH).

1.1.4. Persistencia del déficit de atención en la adolescencia y la edad adulta

El fenómeno de la disminución de los síntomas de hiperactividad con la edad puede explicar la idea que se tenía hace tiempo, de que los niños con TDA tienden a superar estos trastornos en la adolescencia. Cuando sólo se tienen en cuenta los síntomas conductuales, muchas personas que padecieron TDA en su niñez parecen superar sus síntomas en la adolescencia. Sin embargo, cuando las alteraciones de la atención están presentes en la infancia, con o sin hiperactividad, tienden a persistir en la adolescencia y edad adulta, frecuentemente creando problemas a los afectados en la escuela, el trabajo y las relaciones sociales (Esperón, 2008).

Achenbach y cols. (1995) publicaron los resultados de un amplio estudio realizado durante 6 años con adolescentes de ambos sexos que estaban en la transición a la edad adulta. Los resultados indicaron que el déficit de atención en la

infancia tendía a perdurar al principio de la edad adulta, generalmente sin la persistencia de problemas significativos de hiperactividad-impulsividad.

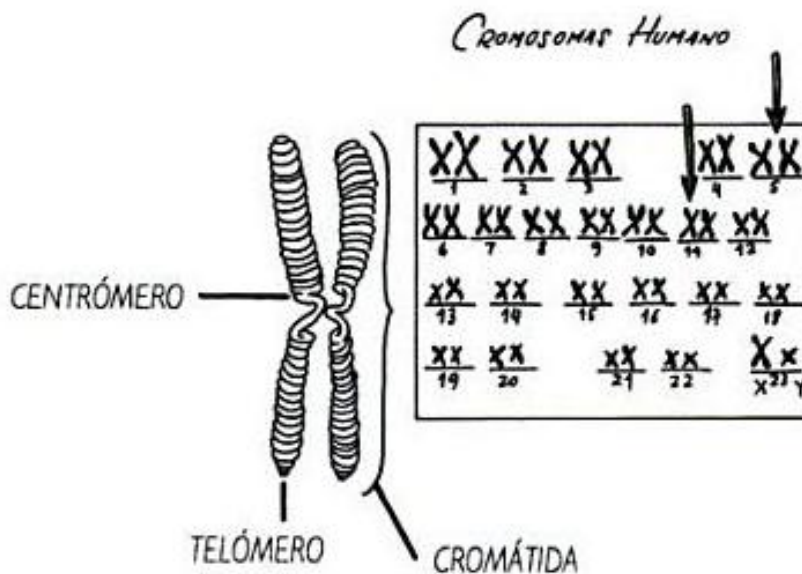
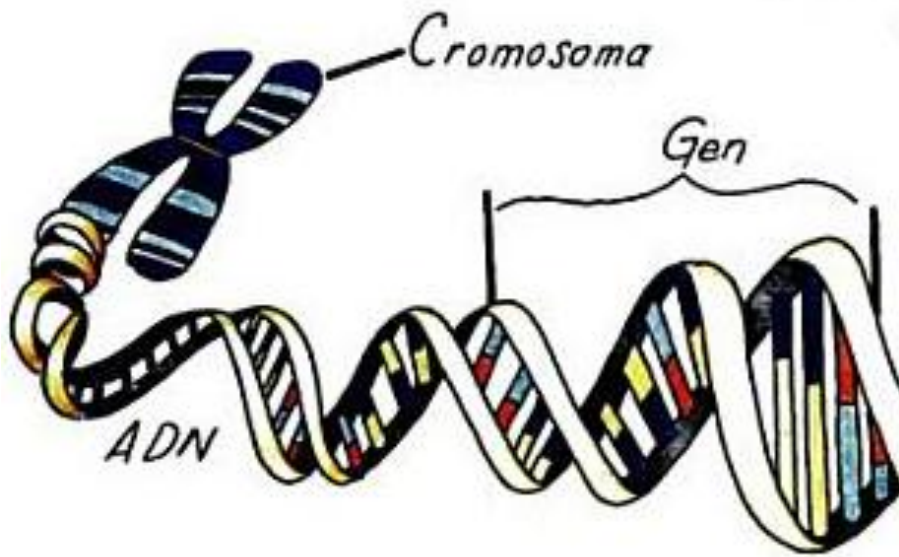
Se encontró que los problemas de atención no sólo eran más persistentes en la edad adulta que los síntomas de hiperactividad-impulsividad, sino también más perjudiciales. También se vio que al principio de la edad adulta los problemas de atención estaban asociados a alteraciones significativas en el trabajo y en las relaciones sociales.

Cada vez más, la investigación está estableciendo en el conocimiento actual del TDAH, la validez e importancia de la desatención, no sólo como una forma separada de hiperactividad-impulsividad, sino también como el más persistente y perturbador de los dos conjuntos de síntomas. No obstante, prosigue la identificación de las alteraciones cognoscitivas que debieran incluirse en el «déficit de atención» (Puig, 2003).

1.1.5. Genes asociados con el desarrollo de TDAH

Aún está en estudio, pero hay varios genes “candidatos” como el DRD4*7 de la familia del gen que produce el receptor de dopamina D4 de cromosoma 11. Este gen está alterado en el 30% de la población y en el 50 a 60% de los pacientes con TDAH. Es el gen responsable de producir el receptor D4 del neurotransmisor dopamina. El receptor D4 se activa al unirse a la dopamina, pero también por la adrenalina y noradrenalina (epinefrina y norepinefrina). Otro gen asociado con el TDAH es el DAT1, el gen transportador de dopamina del cromosoma (Puig, 2003).

Las medicinas que elevan los niveles de dopamina y noradrenalina son eficaces en el TDAH. Otros genes implicados en el estudio son DBH, 5HTT, SNAP-25 y COMT. En el futuro probablemente se podrá predecir la respuesta al tratamiento con pruebas genéticas. Sin embargo, todavía no se puede saber por los genes si una persona tiene o va a tener TDAH (Puig, 2003).



Fuente: Puig, C. (2003). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Madrid: CEAC.

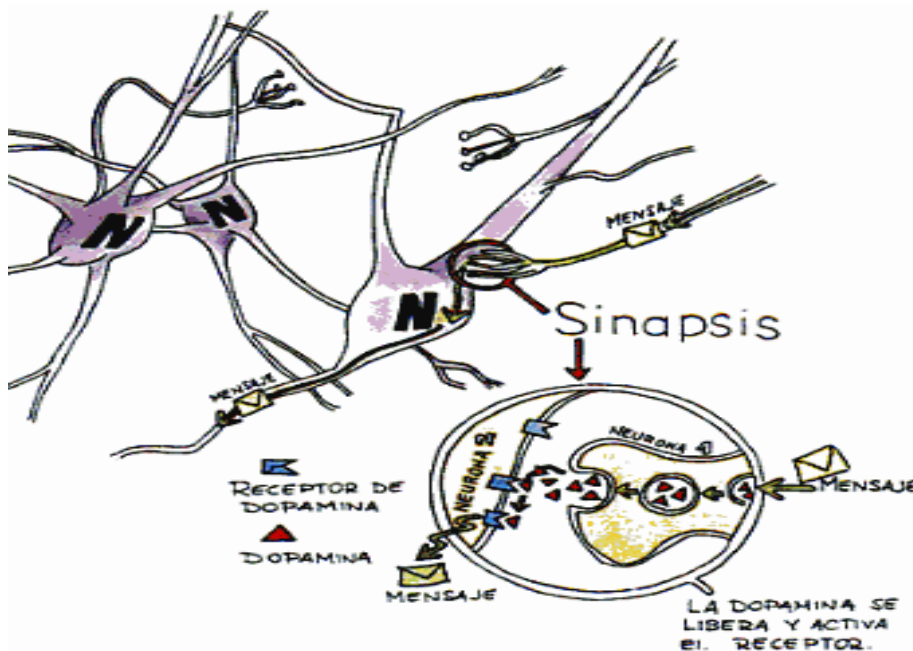
1.1.6. Los receptores y los neurotransmisores

Los neurotransmisores son mensajeros químicos que sirven para que las neuronas se comuniquen entre ellas. Las neuronas son como casas, los neurotransmisores son como cartas y los receptores, como buzones. Cuando la

neurona quiere comunicarse con su vecina la neurona 2, le manda un neurotransmisor (una carta), que se une a la pared de la neurona 2 por el receptor (el buzón, (Esperón, 2008).

Hay distintos neurotransmisores, unos, como dopamina, adrenalina o noradrenalina, “excitan” o activan la neurona, otros calman o inhiben la neurona, como GABA, y otros “modulan” o regulan, como serotonina.

Cada neurotransmisor, solo se puede unir a su receptor, como una llave solo entra en su cerradura. Cuando el neurotransmisor se une al receptor de la neurona 2, ésta se activa y manda el mensaje a la neurona 3. Finalmente, el neurotransmisor se despegaba del receptor y se recicla, entrando en la neurona 1, para usarse otra vez mas tarde. (Puig, 2003). Las medicinas que ayudan en el TDAH evitan que el neurotransmisor se recicle, por lo que aumenta el nivel de neurotransmisor que sigue activando repentinamente la neurona 2 (Esperón, 2008).

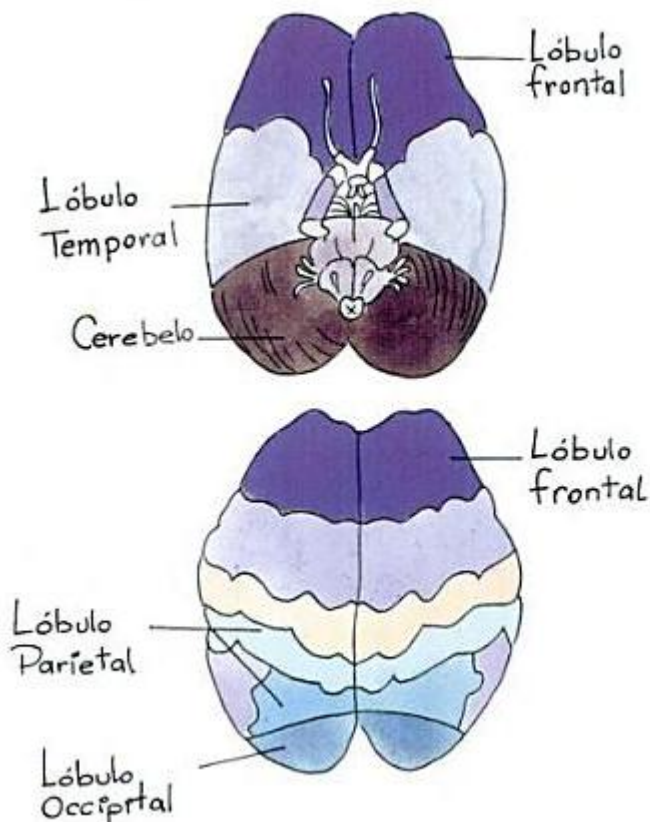


Fuente: Puig, C. (2003). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Madrid: CEAC.

1.1.7. Neurotransmisores del TDAH

Los estudios indican que en el TDAH hay problemas en los circuitos reguladores comunican el córtex pre frontal y los ganglios basales. Estas dos áreas del cerebro se comunican mediante la dopamina y la noradrenalina. Estas zonas y circuitos están además, regulados por inervación dopaminérgica procedente de la zona de los pedúnculos cerebrales en el tronco del encéfalo.

Los estudios con animales indican que niveles bajos de noradrenalina en el cerebro producen hiperactividad e impulsividad. El córtex frontal controla la persistencia en una tarea (atención mantenida), la resistencia a la distracción (inhibición motora), y la capacidad de volver a una tarea después de distraernos (memoria de trabajo) (Puig, 2003)



Fuente: Puig, C. (2003). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Madrid: CEAC.

1.1.8. Alteraciones en la función cerebral en niños con TDAH

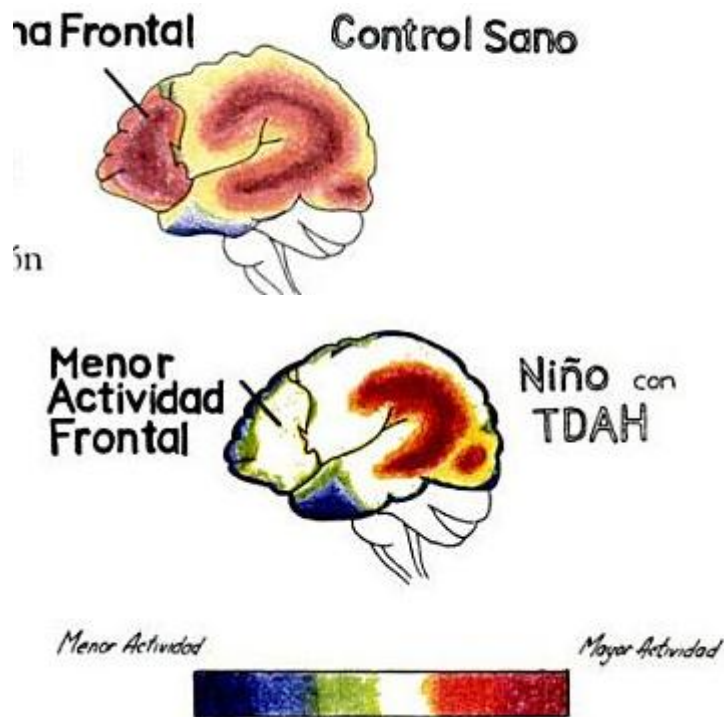
El cerebro tiene unos 100.000 millones de neuronas. La población del mundo es de unos 6.000 millones de habitantes. Se tiene 16 veces más de neuronas en el cerebro que personas hay en el mundo. Como si en una casa de cuatro personas viviesen 64, o en España, 700 millones. Imagínense todas esas personas hablando unas con otras por el teléfono móvil: así es la actividad del cerebro (Soutullo, 2007).

El cerebro tiene circuitos para realizar diferentes funciones. Los circuitos y los grupos de neuronas que controlan la atención son más pequeños y menos activos en niños con TDAH.

Estos circuitos de la atención están en la corteza cerebral frontal (detrás de (frente), en una zona llamada pre frontal. Controlan la memoria de trabajo, la atención y la inhibición de las respuestas.

La memoria de trabajo nos permite leer un número de teléfono y acordarnos de él mientras marcamos. Es como la memoria RAM del ordenador, necesaria para que funcionen los programas.

La otra memoria, es la de largo plazo, el disco duro. Como hay una función deficiente en estos circuitos, el cerebro compensa activando otras zonas, pero estas zonas son nuevas eficaces (Brown, 2003).



1.1.9. Origen cerebral del TDAH

En estudios de neuroimagen cerebral se ha encontrado que hay varias regiones cerebrales afectadas en niños con TDAH: la corteza frontal dorso lateral, el cíngulo anterior, el cuerpo caloso y los ganglios basales (globus palidus y núcleo caudado). El globus palidus y el núcleo caudado son más pequeños en niños con TDAH; estas regiones coordinan o filtran la información que llega de otras regiones del cerebro.

Además, los niños con TDAH tienen un córtex pre frontal más pequeño. Esta zona se encarga de la función ejecutiva: cómo planificar y organizar una acción, iniciarla, controlarla, si la estamos haciendo bien o mal, darse cuenta de, y corregir los errores, ver si estamos siguiendo el plan, evitar distracciones por

estímulos irrelevantes, rechazar interferencias, poder ser flexible si las circunstancias cambian (flexibilidad cognitiva) y ser capaz de acabar la acción (memoria de trabajo) (Puig, 2003).

Además de menor tamaño, estas zonas tienen menor actividad funcional, activándose a menor ritmo en niños con TDHA.

1.10. Aspectos genéticos

Existen pruebas claras de la heredabilidad familiar del TDAH, y en los últimos años también se han desarrollado estudios de genética molecular que han alcanzado datos significativos. Es habitual que los padres de niños con TDAH consulten porque ellos mismos, al conocer los síntomas que observan en sus hijos, se den cuenta de que han padecido siempre un TDAH pero que nunca se les diagnosticó. Esta percepción de los clínicos, se ve confirmada por estudios de epidemiología genética.

En los estudios de adopción se encontraron, ya en la década de las setenta importantes pruebas de la asociación familiar del TDAH. Morrison y Stewart (1973) encontraron que el 7.5% de los padres biológicos de hiperactivos que habían sido dados en adopción eran diagnosticados también de TDAH, frente al 2.1% de los padres adoptivos (Esperón, 2008).

Estudios familiares derivados de muestras clínicas de niños con TDAH han encontrado elevadas tasas de TDAH de comienzo infantil en sus padres, lo que determina un riesgo entre 2 y 8 veces mayor.

En uno de los primeros estudios familiares realizados sobre el tema, Manshadi et al (1983) encontraron que el 41% de los hermanos de adultos con TDAH fueron también diagnosticados de TDAH., frente al 0% de los controles. Más recientemente, Biederman et al (1995) estudiaron 84 niños en riesgo de presentar un TDAH por tener un padre con el trastorno. Hallaron que el 57% de los hijos de adultos con TDAH tenían también un padre con el trastorno. El 84% de los padres

que tenían hijos, al menos uno presentaba un TDAH, y el 52% tenían al menos dos afectados.

Los estudios de gemelos han confirmado la elevada heredabilidad del trastorno, y pueden obtenerse medidas del grado de implicación de factores genéticos en el TDAH. Los estudios realizados hasta la fecha estiman que la heredabilidad rondaría el 0,8, lo que supone que el 80% del cuadro estaría explicado por factores de tipo ambiental que estarían implicados (Faraone y Biederman, 1998). Hay que recordar aquí que la heredabilidad de otras patologías psiquiátricas con importante componente genético se sitúa en índices claramente más bajos, como la esquizofrenia o la depresión (Puig, 2003).

1.11. Genética molecular

Debido a la demostrada heredabilidad del TDAH, numerosos grupos de investigadores han intentado descubrir el gen implicado. Inicialmente se estudió el gen del receptor b tiroideo, por la presencia de una rara forma de TDAH familiar que se acompañaba de resistencia a la hormona tiroidea. Sin embargo, estudios posteriores encontraron que lo que realmente se asociaba a la resistencia a la hormona tiroidea era el retraso mental más que el TDAH (Weiss et al, 1994). Posteriormente se volcaron los esfuerzos en los genes implicados en la neurotransmisión cerebral, incluyendo la noradrenalina, la serotonina, la GABA y, sobre todo –y con resultados más positivos-, la dopamina. Como veremos más adelante, el neurotransmisor más relacionado con el déficit de atención es la dopamina, lo que se ha confirmado con los estudios genéticos.

Dentro del panorama genético de la neurotransmisión dopaminérgica y su relación con el DTAH se han realizado estudios sobre el gen transportador de dopamina (DAT1), el gen receptor de dopamina 2 (DRD2) y el gen receptor de dopamina 4 (DRD4). Concretamente la asociación genética más ampliamente replicada ha sido el alelo con 7 repeticiones del gen del receptor D4 de dopamina (DRD4*7). Además, este gen se ha relacionado con el modelo de Cloninger, que se caracteriza por individuos impulsivos, exploradores, excitables, buscadores de

riesgo, etc., características todas ellas presentes en el TDAH. El DRD4*7 es una variante alélica con repercusión funcional que se halla en alrededor del 30% de la población general y entre el 50% y el 60% de los pacientes con TDAH (Soutullo, 2007).

Este ancló se ha relacionado con una deficiente transmisión de la señal dopaminérgica al sistema del segundo mensajero (Spencer et al, 2002). En un meta análisis realizado sobre 21 estudios, 13 de los cuales habían encontrado resultados positivos respecto a la asociación del DRD4*7 y el TDAH, Faraone et al (2001) concluyendo que existe una pequeña pero significativa asociación.

En un intento por relacionar que aspectos de la fenotípica del TDAH se relacionan con el DRD4*7, Langley et al (2004) realizaron un estudio de asociación entre la presencia del DRD4*7 y los resultados de diferentes tests neuropsicológicos por parte de niños con TDAH.

Comparando niños con TDAH que presentan el DRD4*7, encontraron que los primeros muestran una mayor impulsividad y menor exactitud en las pruebas.

1.12. Estudio de neuroimagen

Los primeros estudios de neuroimagen realizados datan de principios de los ochenta, cuando Shaywitz et al (1983) utilizaron la tomografía computarizada (TC) para estudiar el cerebro de pacientes con TDAH. En estos primeros estudios no se observaron diferencias en ninguna de las medidas realizadas. Posteriormente, en otro estudio realizado con TC sobre 24 adultos con TDAH, Nasrallah et al (1986) encontraron aumento en la anchura de los surcos y atrofia cerebelosa. Este estudio parece que podía estar afectado por la presencia de pacientes, de 7 casos con historia de abuso de alcohol, sobre todo teniendo en cuenta que estas alteraciones se han relacionado con el consumo de alcohol (E. Brown, 2010).

Más concluyentes han sido los estudios con resonancia magnética (RM) tanto estructural como funcional, que han encontrado que los circuitos que controlan la atención son más pequeños e hipo activos en sujetos con TDAH que en controles. Estos circuitos incluyen el córtex prefrontal, que controla la memoria de trabajo, la alerta y la inhibición de respuesta, tareas que se muestran alteradas frecuentemente en los pacientes con TDAH. El hecho de que estas zonas sean ricas en receptores de catecolaminas confirma la creencia (surgida de los estudios farmacológicos y neuroquímicos) de que la dopamina y noradrenalina están implicadas en la fisiopatología del TDAH se trata de un síndrome fronto-subcortical.

Además, estudios realizados con técnicas de RM estructural han mostrado disminución del tamaño y asimetría de estructuras subcorticales, fundamentalmente en ganglios bésales, lo que confirma la idea de que el TDAH se trata de un síndrome fronto-subcortical (Faraone y Biederman, 1998).

Utilizando otro tipo de técnica funcional como es la tomografía por emisión de positrones (PET) se ha encontrado una disminución del metabolismo cerebral de glucosa en adultos en la región frontal derecha, si bien estos datos no se confirmaron en adolescentes.

Posteriormente, el mismo grupo encontró mayor disminución del metabolismo cerebral en niñas que en niños con TDAH (Ernst et al, 1994). Igualmente, comprobaron que a medida que avanza la edad, el metabolismo cerebral de glucosa disminuye en mujeres con TDAH pero no en varones ni en el grupo control (Ernst et al, 1998). También utilizando técnicas de PET se ha visto que existe una disminución del metabolismo de la glucosa en los ganglios basales, lo que confirma los hallazgos encontrados con técnicas estructurales.

1.13. Estudios neuroquímicos

A partir de las primeras observaciones que implicaban al circuito frontolímbico en la fisiopatología del déficit de atención, del hecho de que éstas son zonas ricas en catecolaminas, y de las pruebas de que el uso de medicación

estimulante –que incrementa la liberación de dopamina– mejoraba espectacularmente los síntomas, se iniciaron estudios para confirmar la hipótesis de una disfunción catecolaminérgica –y en concreto dopaminérgico– en la génesis del TDAH (Quintero, 2009).

Los estudios realizados de determinación, tanto de las propias catecolaminas, como de sus metabolitos no han sido concluyentes. Esta incapacidad para determinar anormalidades en la función dopaminérgica, tanto en el plasma, como en el LCR puede deberse a que se trate de una alteración regional y no general de todo el encéfalo. De esta hipótesis partieron los intentos de demostrar esta difusión en estudios con neuroimagen funcional (Ernst et al, 1998).

Aunque no es concluyente, el resumen que puede obtenerse de los estudios neuroquímicos realizados induce a pensar en la existencia de una desregulación catecolaminérgica en la etiología del TDAH.

1.13.1. Estudios neurofarmacológicos

Desde el descubrimiento por parte de Bradley en 1937 de la eficacia de las anfetaminas en el tratamiento de los niños con TDAH, su uso ha sido ininterrumpido y progresivo y sigue siendo la primera elección farmacológica en el tratamiento de estos niños. Existen más de 150 estudios controlados sobre unos 6000 pacientes que avalan su eficacia.

Los estudios preclínicos han demostrado que los estimulantes bloquean la recapitación de dopamina y noradrenalina en la neurona presináptica e incrementan la liberación de ambas en el espacio intersináptico; además, se ha visto que para que sean eficaces deben provocar cambios en la función dopaminérgica y noradrenérgica (Faraone y Biederman, 1998). Concretamente, McCracken (1991) postula que para que un fármaco estimulante sea eficaz en el TDAH debe

provocar un incremento de la liberación de dopamina y un incremento en la inhibición adrenérgica en el *locus cerúleo*.

Mercugliano (1995), tras repasar diferentes estudios neurofarmacológicos; concluye que el TDAH puede ser consecuencia de una disfunción frontoestriatal y explica por qué los fármacos más eficaces con los que incrementan la transmisión noradrenérgica y dopaminérgica (Esperón, 2008).

1.13.2. Estudios de riesgo perinatal

Además del componente genético ampliamente demostrado, en la génesis del TDAH se han realizado investigaciones para estudiar diversas posibles noxas cerebrales que en el periodo perinatal pudieran dejar como resultado de lesiones que provocaran síntomas de déficit de atención.

De esta forma, Mick et al (2002) utilizaron *odds ratios*, en las que la unidad es la neutralidad, para comprobar cómo afectan los diversos factores al desarrollo de un TDAH. Encuentran un riesgo entre dos y tres veces mayor para los que presentaron bajo peso al nacer, cifras todas ellas muy alejadas del factor hereditario, que se sitúa en ocho veces mayor.

Además, esta mayor proporción puede estar condicionada por la mayor tendencia a este tipo de conductas en madres TDAH respecto a las mujeres control y, por tanto, estas diferencias serían atribuibles al factor genético más que al riesgo perinatal (Puig, 2003).

1.13.2. Estudios neuropsicológicos

Como complemento a los estudios de neuroimagen, otra forma de conocer localizaciones de las posibles anomalías existentes en individuos con TDAH es la realización de estudios neuropsicológicos utilizando tareas que se sabe se limitan a zonas determinadas del cerebro y comparar los resultados obtenidos entre un grupo de pacientes con TDAH y un grupo control (E. Brown, 2010).

Además, los tests neuropsicológicos pueden añadirse a las técnicas de neuroimagen funcionales que vimos en el apartado correspondiente como medio para activar determinadas regiones con la realización de dichas tareas y estudiar el metabolismo del trazador que se utilice.

Para el correcto funcionamiento de la atención es necesario que se mantengan íntegras las estructuras encargadas de ella, lo que constituye un paso primero y principal para el desarrollo de innumerables funciones cognitivas superiores.

Mirsky et al (1991) proponen un modelo en el que destacan los elementos integrantes de esta compleja conducta que es la atención. Describen cuatro procesos diferentes que tendrían una regulación en diferentes, aunque relacionadas áreas cerebrales:

- Focalizar la atención
- Codificación/manipulación
- Prestar atención sostenida a la tarea que se realiza
- Flexibilidad (Soutullo, 2007).

Otro modelo es el propuesto por Sohlberg y Mateer (1989), que divide la atención en los siguientes componentes:

- Intención selectiva. Capacidad para diferenciar los estímulos relevantes de los que no lo son. Está relacionada con factores personales, como la motivación.
- Atención focalizada. Capacidad para centrar la atención con diferentes niveles de intensidad en el estímulo.
- Atención sostenida. Capacidad para mantener la atención en el tiempo, es lo que tradicionalmente se ha llamado concentración. Depende de la gran variabilidad individual y del entorno ambiental.
- Atención alternante. Capacidad para cambiar de manera alternante la atención de un estímulo a otro, o cambiar el foco de atención de una tarea a

otra que exige habilidades o respuestas diferentes. Es lo que Mirsky et al (1991) llaman <<flexibilidad>>.

- Atención dividida. Capacidad para atender a más de un estímulo al mismo tiempo, precisando la información relativa a cada uno de ellos a la vez. Tiene una capacidad limitada y depende de otros dos aspectos fundamentales: la velocidad de procesamiento y la flexibilidad.

En la última década se ha desarrollado otra teoría neuropsicológica para explicar el TDAH. Es lo que ha venido en llamarse funciones ejecutivas y que complementarían el conocido déficit en la atención sostenida.

Barkley (1997) propone un modelo de disfunción ejecutiva situado en el córtex prefrontal que explica el déficit cognitivo y conductual vistos en los pacientes con TDAH. El modelo de Barkley comprende cinco funciones ejecutivas básicas que hacen posible que el individuo sea capaz de reconocer y controlar sus acciones para dirigir las a la consecución de un objetivo:

- Inhibición de respuesta. Permite retrasar e interrumpir respuestas y controlar interferencias para poder controlar las respuestas verbales y motoras.
- Memoria de trabajo no verbal. Hace que la persona sea capaz de tener sentido del pasado y del futuro.
- Memoria de trabajo verbal. Proporciona capacidad para internalizar el lenguaje receptivo y expresivo para el auto cuestionamiento, el auto descripción y el establecimiento de reglas de comportamiento (E. Brown, 2010).
- Autorregulación de emociones y motivaciones. Permite al individuo tener capacidad para controlar emociones y motivaciones para ser capaz de dirigir nuestras acciones hacia objetivos.
- Reconstitución. Finalmente, es la tarea que nos hace capaces de analizar la experiencia en nuestra memoria de trabajo para desencadenar nuevas respuestas.

CAPITULO II

2.1. Inteligencia emocional

Comúnmente es entendida como la capacidad para pensar de manera abstracta, conocer y aprender con rapidez de la experiencia.

Las sociedades modernas dan mucha importancia a la inteligencia y a los niveles que ocupan las personas con respecto a esta, es decir, si se es más o menos inteligente.

Desde esta perspectiva se predicen muchos aspectos importantes de la conducta, como la rapidez con la que la gente es capaz de dominar información y tareas nuevas, el tiempo que requiere para comprender y adaptarse a nuevas situaciones, el éxito escolar que obtendrá o los logros que alcanzara en diversas formas de entrenamiento y en general en la vida. (López de Bernal, Inteligencia emocional, 2003)

Asimismo, es significativo tener en cuenta las diferencias individuales. Una persona puede estar catalogada como “muy inteligente” pero no obtener logros en algunas áreas de su vida. La inteligencia es una dimensión que poseen todos los seres humanos en la medida en que manifiestan preocupación por conocer, comprender o reflexionar en cualquier actividad.

La inteligencia no adivina por si sola el éxito en la vida, también es importante desarrollar otras habilidades que tienen que ver con la forma como nos relacionamos con los demás.

Las investigaciones resaltan actualmente el análisis de aquellos aspectos que tiene que ver con la manera como las personas usan estos tipos de inteligencia en la solución de problemas de la vida cotidiana.

Indagaciones recientes plantean teorías como la del funcionamiento nervioso, que sugiere que la inteligencia puede ser vinculada a procesos fisiológicos

que tienen lugar especialmente en el sistema nervioso, particularmente en el cerebro.

Lo más extraordinario es su planteamiento de que la inteligencia está relacionada con la estructura del cerebro, con el tamaño de ciertas partes como los lóbulos temporales izquierdo y derecho.

A partir esta perspectiva las personas inteligentes suelen ser vistas como gente que “piensa rápido”, que responde pronto a situaciones cambiantes y a nuevos sucesos. Aquí se incluyen factores nerviosos como un procesamiento más rápido y eficiente de la información por parte de las células del cerebro.

Uno de los enfoques más recientes y que ha generado toda una revolución está relacionado con el concepto de inteligencia emocional, desarrollado por estadounidense Daniel Goleman a partir de 1977.

Goleman dignificó el concepto de coeficiente intelectual conteniendo un amplio abanico de capacidades esenciales para la vida, como la empatía, el autocontrol, la dedicación, la integridad, la habilidad para comunicar, la destreza para iniciar y aceptar cambios, etc.

La inteligencia es un término modificable. Las diferencias individuales en la forma como se adopta la actividad mental (percepción, atención, memoria, conceptualización o categorización, entre otros) están estrechamente vinculadas en la medida en que la persona se atiende y percibe también siente, desea espera y persigue alguna finalidad. Es una comprensión mental que incluye los sentimientos y los significados extraídos de la experiencia. (López de Bernal, Inteligencia emocional, 2003)

2.2. Las primeras mediciones de la inteligencia

En el desarrollo para conocer el funcionamiento de la inteligencia humana, el esfuerzo se orientó a desarrollar una serie de instrumentos que permitieran medirla y evaluarla. Las primeras pruebas de inteligencia florecieron con el objeto de

identificar niños con retraso mental y darles una educación especial y adecuada pero luego fueron usadas para medir variaciones de inteligencia en niños normales. (López de Bernal, Inteligencia emocional, 2003)

Fueron Binet y Stanford en 1905 los fundadores en la medición individual de la inteligencia. Las pruebas planteadas midieron en principio la capacidad para manejar tareas intelectuales y no el conocimiento específico que se aprende en el colegio.

Cualesquiera de los aspectos que se evalúan son los de seguir ordenes sencillas, designar los objetos mostrados en imágenes, repetir una oración de 15 palabras, decir la diferencia entre dos objetos comunes o completar una oración, entre otros.

Las dimensiones que se observaban eran la memoria, el vocabulario, la comprensión, la solución de problemas y el razonamiento abstracto. Estas pruebas lograron gran popularidad porque dieron lugar a un solo puntaje, a partir del cual se asumió que manifestaba el nivel de inteligencia de una persona, el famoso CI (Cociente Intelectual).

Las pruebas desarrolladas por Binet y luego examinadas por Terman, aunque han tenido mucha propagación en sus primeras versiones también tienen desventajas, como el hecho de atender solo a los contenidos verbales y dejar por fuera los no verbales.

Para despuntar este problema D. Weschler cimentó un conjunto de pruebas tanto para niños como para adultos incluyendo preguntas no verbales o de desempeño con puntuaciones separadas para cada uno de ellos. Estas pruebas son las que más uso tienen en la actualidad.

2.2.1. El uso de las pruebas y la aplicabilidad de los resultados.

Los exámenes de medicación de la inteligencia son muy utilizados en diferentes campos, entre ellos el área empresarial para realizar diferentes procesos organizacionales y en el campo escolar para definir programas educativos de evaluación, promoción y orientación vocacional.

Uno de los usos más importantes de las pruebas es la identificación de niños localizados en los extremos de las mediciones de inteligencia: los que sufren cierto grado de retardo mental y las personas intelectualmente superdotadas, cuya inteligencia está por encima del promedio. (Beltrán, 2000)

Las pruebas se han desarrollado también para diagnosticar desórdenes mentales serios: por ejemplo, puntuaciones significativamente más altas en la parte verbal en relación con el desempeño, podrían indicar lesiones en el hemisferio izquierdo, mientras que el patrón opuesto podría indicar una lesión en el hemisferio derecho.

Los patrones de puntuación en las pruebas wechler pueden mostrar problemas psicológicos. Pero esto no siempre ocurre así, por lo que es necesario interpretar estos resultados con cautela.

Los exámenes también se utilizan para identificar niños que sufren incapacidades de aprendizaje, pero no todos los hallazgos apoyan estas conclusiones, por lo que no podría decirse que tengan valor total para realizar este tipo de diagnóstico.

2.3. El mundo de la inteligencia

A partir de esta perspectiva de la inteligencia emocional es importante ver el grado de adaptabilidad, sensibilidad, expresión del afecto, entre otros, que una persona con esta dificultad puede desarrollar.

Prácticas recientes han confirmado el poder de las redes de apoyo social como la familia y la escuela para ayudar de manera efectiva en la adquisición de habilidades de convivencia y autoayuda.

Considerables niños acuden a escuelas corrientes en las cuales hacen importantes descubrimientos acerca de sus propias posibilidades de ser útiles; aprender a compartir con otros, adquiriendo en ese proceso de relación destrezas básicas tanto en lo cognoscitivo como en lo comportamental.

Por otro lado, el resto de los alumnos desarrolla importantes valores como la tolerancia, la cooperación y el respeto, igualmente se ha demostrado que los niños que han tenido la oportunidad de recibir estimulación temprana elevan en forma significativa su condición intelectual.

2.3.1. Los más brillantes

Existen niños que desde pequeños se enfatizan entre sus compañeros por su extraordinaria inteligencia. Son niños que suelen tener un CI superior a 140 y un talento innato para una o más actividades creativas, además de un desarrollo lingüístico precoz. (Beltrán, 2000)

Su capacidad intelectual privilegiado les admite adquirir y fijar mayor cantidad de conocimientos, durante más tiempo y con mayor facilidad que el resto de niños de su edad.

Hay muchas creencias en torno al tema de la inteligencia superior; una es la de que las personas que la poseen, generalmente son social o emocionalmente débiles; otras opiniones consideran que quienes tienen un CI intelectual alto cuentan con el éxito asegurado en la vida.

Numerosos estudios se han encaminado a establecer la relación entre la inteligencia elevada, el éxito ocupacional y el ajuste social por el otro. Algunos de sus resultados muestran que los niños además de obtener más grados académicos, pueden alcanzar mayor estatus ocupacional y mejores salarios, experimentar mejor ajuste personal y social y ser más saludables que el adulto promedio.

Asimismo, en algunas ocasiones la inteligencia superior puede actuar en contra y obstaculizar el ajuste adaptativo a las diversas situaciones de la vida cotidiana. Muchos niños superdotados sufren trastornos escolares y la causa es muy simple: estos niños se aburren.

La escuela no está adecuada a sus necesidades reales y como resultado se desmotivan y pierden todo interés en ella y en las enseñanzas que allí se imparten.

Igualmente pueden tener dificultades para relacionarse con niños de su edad, ya que sienten que no comparten intereses, nivel intelectual y ni siquiera el lenguaje.

Asimismo, es significativo ampliar la concepción que se tiene acerca de las personas que obtienen puntajes altos en las pruebas, de tal manera que se consideren muchos aspectos de su funcionamiento vital y no solamente su aspecto intelectual, tanto para orientar su educación como para ayudarles a desarrollar habilidades que les permita hacer un ajuste armónico a su grupo social.

2.3.2. Estimular la inteligencia

Es trascendental estimular la inteligencia del niño y proporcionarle un medio ambiente cultural rico, pero igualmente es preciso no forzarlo ni saturarlo, esto podría ser la causa de posibles descompensaciones. La estimulación también debe estar orientada a fomentar su equilibrio afectivo, así como la capacidad para resolver los problemas de la vida cotidiana, aprender otros valores como la independencia o la autonomía personal, para triunfar también en lo personal. Es necesario no solo educar en la razón sino también en la emoción. Una manera de lograrlo es incentivar:

- La observación
- El juego
- La lectura
- El sentido de descubrimiento
- La curiosidad
- Las experiencias directas, como manipular, explorar, elegir, comparar o clasificar. (Esperón, 2008)

2.3.3. Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta

Las técnicas de modificación de conducta constituyen, junto con los procedimientos cognitivo-conductuales, las intervenciones más relevantes para niños con TDA-H dentro del sistema escolar.

La modificación de conducta aglutina un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas deseadas, y reducir o eliminar los comportamientos inapropiados, asumiendo que están moldeadas por contingencias ambientales inadecuadas.

Este enfoque de tratamiento tiene varias ventajas: es relativamente fácil de implementar, rápido, de bajo costo y adaptable a múltiples contextos. Resulta necesario destacar, que con la mayoría de los alumnos es suficiente la alabanza social del profesor para lograr el cambio o el mantenimiento de comportamientos deseados, mientras que los estudiantes con una hiperactividad necesitan contingencias más poderosas debido a su fracaso para ejercer un control inhibitorio del comportamiento.

Asimismo, uno de los programas más eficaces para lograr cambios conductuales en el aula es el sistema de economía de fichas y negativas importantes.

Estas operaciones conductuales asumen que la modificación directa de comportamientos y aumentar así la frecuencia de refuerzos positivos que se reciben por parte de otras personas.

También, pueden aumentar los sentimientos de dignidad del niño, a causa de que recibe más aprobación social y se siente más responsable de su propio control. En general, el proceso que se siguen en los programas de intervención conductual consiste en:

Determinar los comportamientos o conductas sintomáticas objeto de modificación, tratándolas por separado, no abordando el trastorno globalmente.

Elaboración de una línea base de la conducta problemática a modificar, a partir de los datos conseguidos mediante registros observacionales.

Planificación del programa de manejo de contingencias, especificando con toda claridad los procedimientos a utilizar y forma de aplicación.

Aplicación de los procedimientos seleccionados de forma contingente (inmediata) a la emisión de la conducta “objetivo”.

Evaluación de los efectos del programa, comparando los datos de la línea base con los obtenidos durante el tratamiento y/o después del tratamiento. (Puig, 2003)

Básicamente, se suelen distinguir, en función del objetivo de la intervención, dos grupos de técnicas que los profesores pueden emplear para manejar el comportamiento de sus alumnos:

- c) Las técnicas para incrementar los comportamientos adecuados, y
- d) Las técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados.

Además existen procedimientos combinados de las técnicas anteriores, que pueden emplearse tanto para aumentar/mantener como disminuir/eliminar comportamientos.

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. Diseño de investigación

El diseño que se utilizó en la presente investigación es la “no experimental” que propone la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

“A este diseño se considera como una búsqueda sistemática empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables” (Nieto, 2010, pág. 119).

En la metodología no experimental se pueden destacar algunos puntos que sobresalen e indican que es el método correcto para la investigación realizada.

En la investigación se utilizaron técnicas cualitativas como la aplicación de entrevistas a personas claves para identificar la viabilidad de implementar un manual.

La propuesta de llevar a cabo una investigación con técnicas cualitativas según Olabuénaga, es porque dicha investigación “...está sometida a un proceso de desarrollo básicamente idéntico al de cualquier otra investigación de naturaleza cuantitativa proceso que se desenvuelve distintas fases de trabajo” (Olabuénaga, 2012, pág. 51).

“La investigación cuantitativa es aquella que se dirige a investigar información objetivamente mensurable. La muestra utilizada para recoger información cuantitativa es representativa de la población objeto de estudio”. (Puente, 2008, pág. 28). Es la forma más común y correcta de adquirir respuestas y obtener resultados de una manera que sea fácil de interpretar y con un menor rango de error.

El diseño apropiado es transversal, ya que la investigación está centrada en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado o bien cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto del tiempo. Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores.

“Los diseños de la investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (Toro, 2006, pág. 158).

3.2. Enfoque de la investigación

Esto arrojará entonces que el tipo de investigación realizada con un enfoque mixto “cuantitativo y cualitativo”, en el primero se pretende conocer la manera de pensar sobre la investigación en sí misma y la otra se pretende dar datos exactos sobre el tema y su problemática.

3.3. Diseño de la investigación

Por su diseño será no experimental. La presente investigación se realizará sin manipular deliberadamente variables. Se trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.

Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como lo señalan Kerling y Lee (2002, p. 39), “en la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos”. De hecho, no hay condiciones o estímulos planeados que se administren a los participantes del estudio.

Por su contacto con la fuente de los datos, será transversal, porque se obtendrá información en una sola ocasión durante un periodo en el comportamiento del fenómeno. Es decir, se recolectarán los datos en un solo momento.

Tamayo (2005) asegura que la encuesta es exclusiva de las ciencias sociales, siendo de vital importancia en el diseño la validez de la misma. Por su parte Münch y Ángeles (2009; p. 69) señalan que la encuesta “es una técnica que consiste en obtener información acerca de una parte de la población o muestra, mediante el uso del cuestionario o de la entrevista”.

Las encuestas pueden ser transversales, cuando se obtiene la información empírica en un solo momento, y longitudinales, cuando se va obteniendo información durante un periodo en el comportamiento del fenómeno (Creswell, 2003).

Considerando que “una técnica es un procedimiento que permitirá al investigador diseñar los instrumentos que utilizará en el proceso de obtención de información empírica” (Guzmán & Alvarado, 2009, p. 72).

A continuación se presenta el análisis de resultados del instrumento aplicado a padres de familia, con los siguientes resultados:

GRAFICO 1.

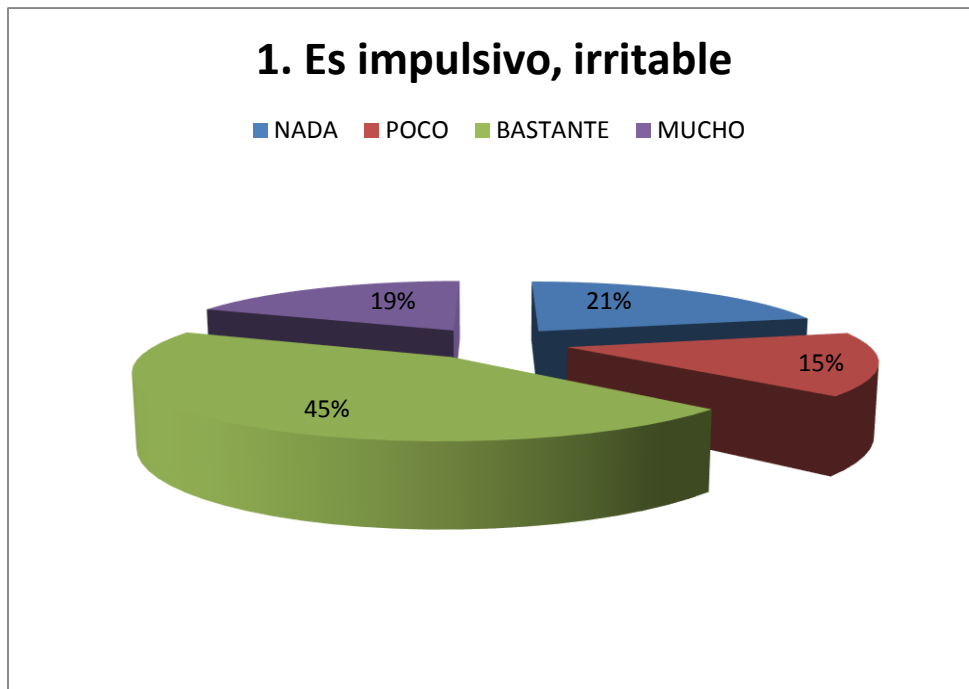


GRAFICO 2.

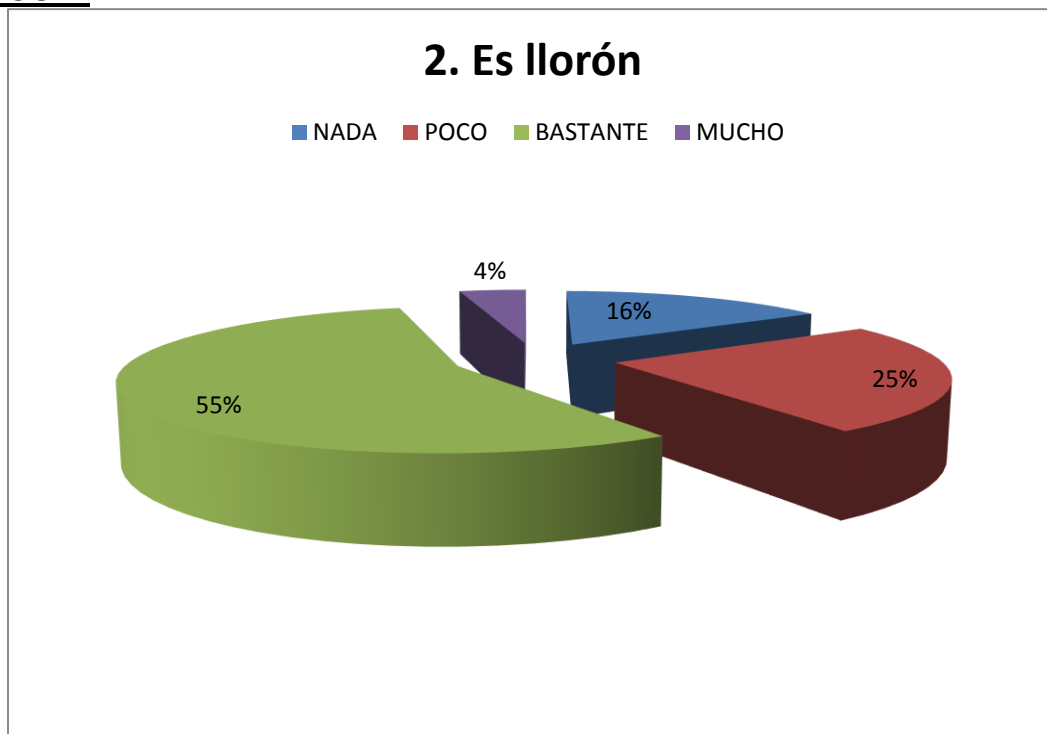


GRAFICO 3.

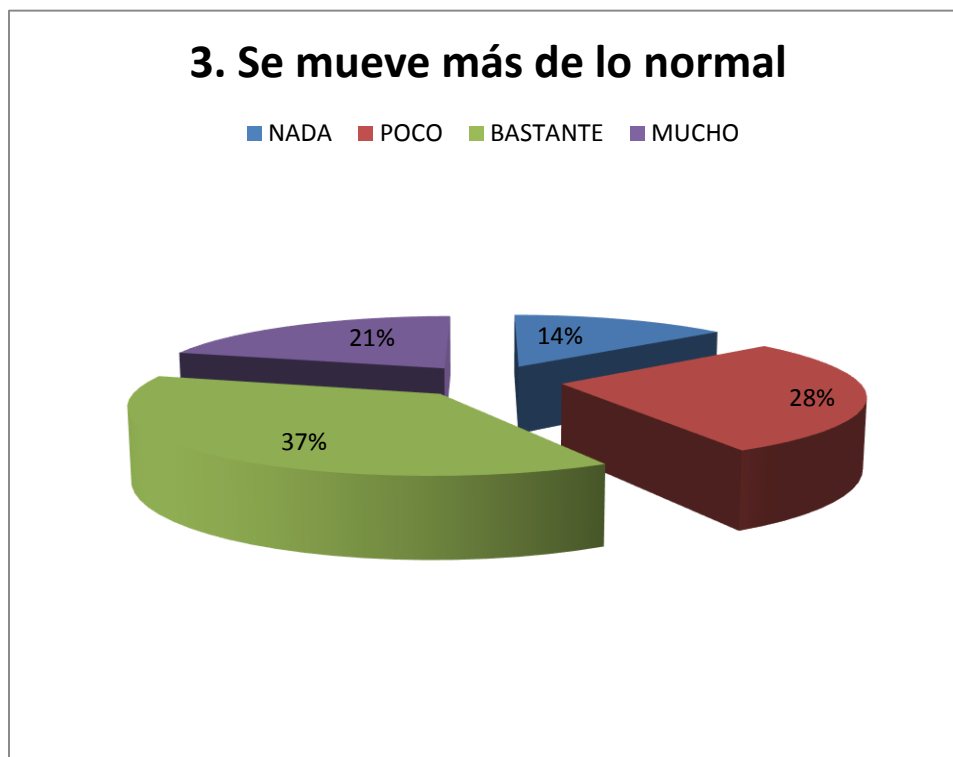


GRAFICO 4.



GRAFICO 5.

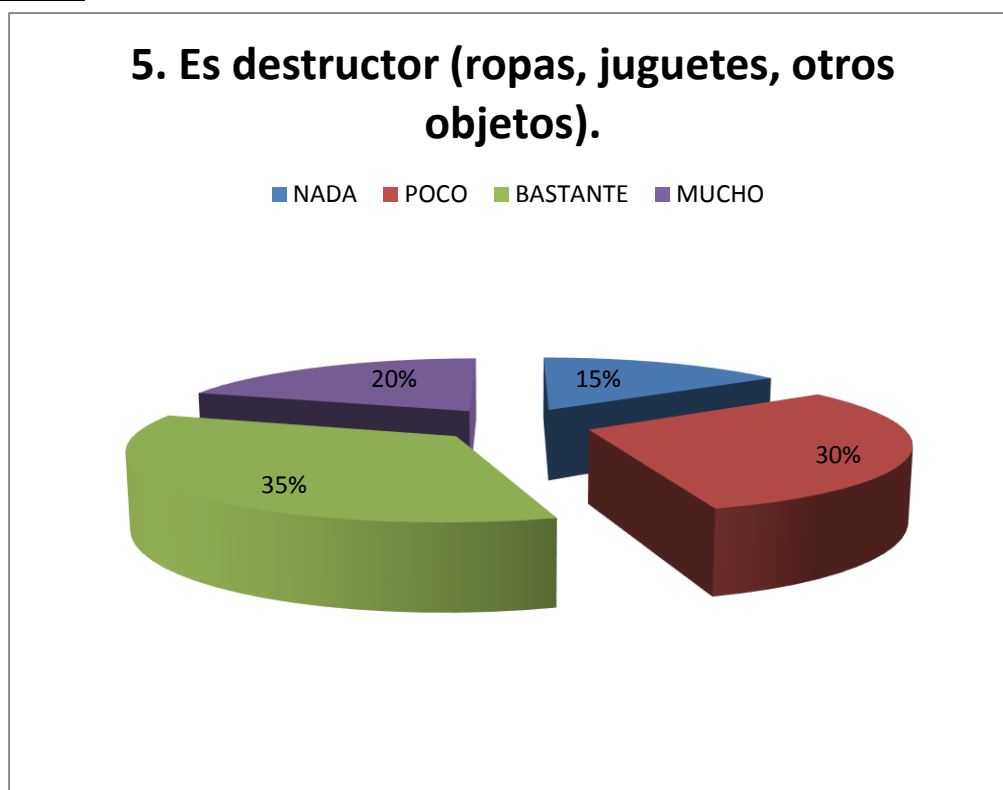


GRAFICO 6.



GRAFICO 7.

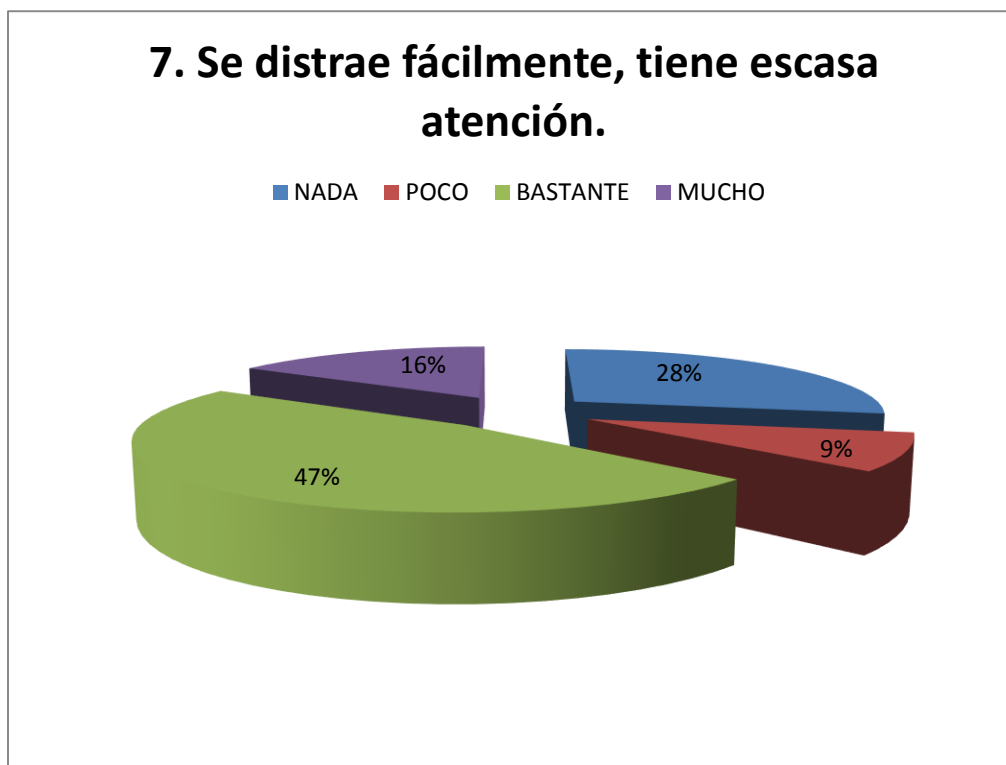


GRAFICO 8.

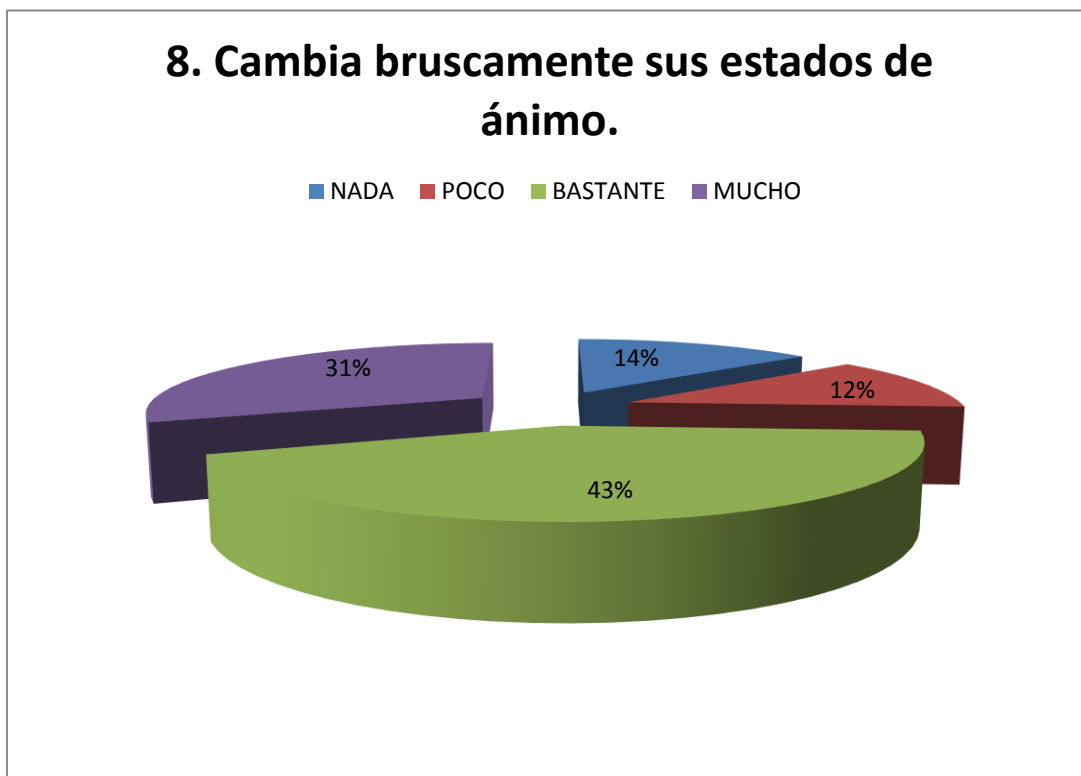


GRAFICO 9.

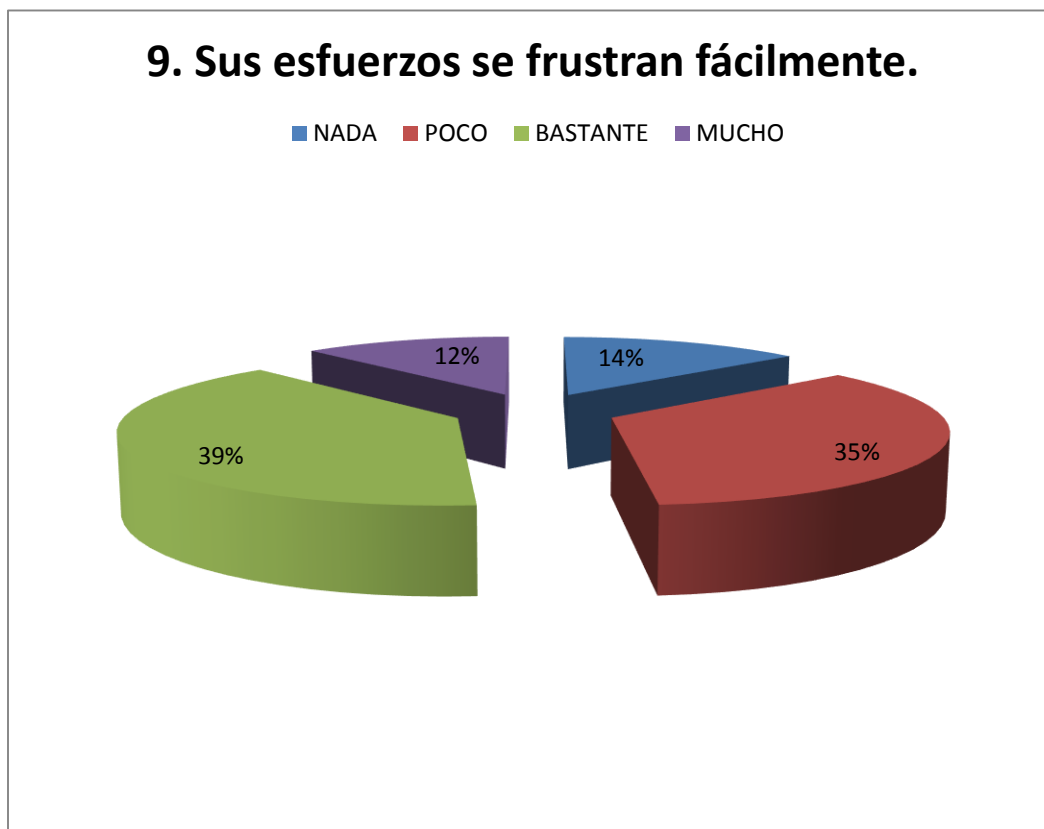


Grafico 10



Grafico 11

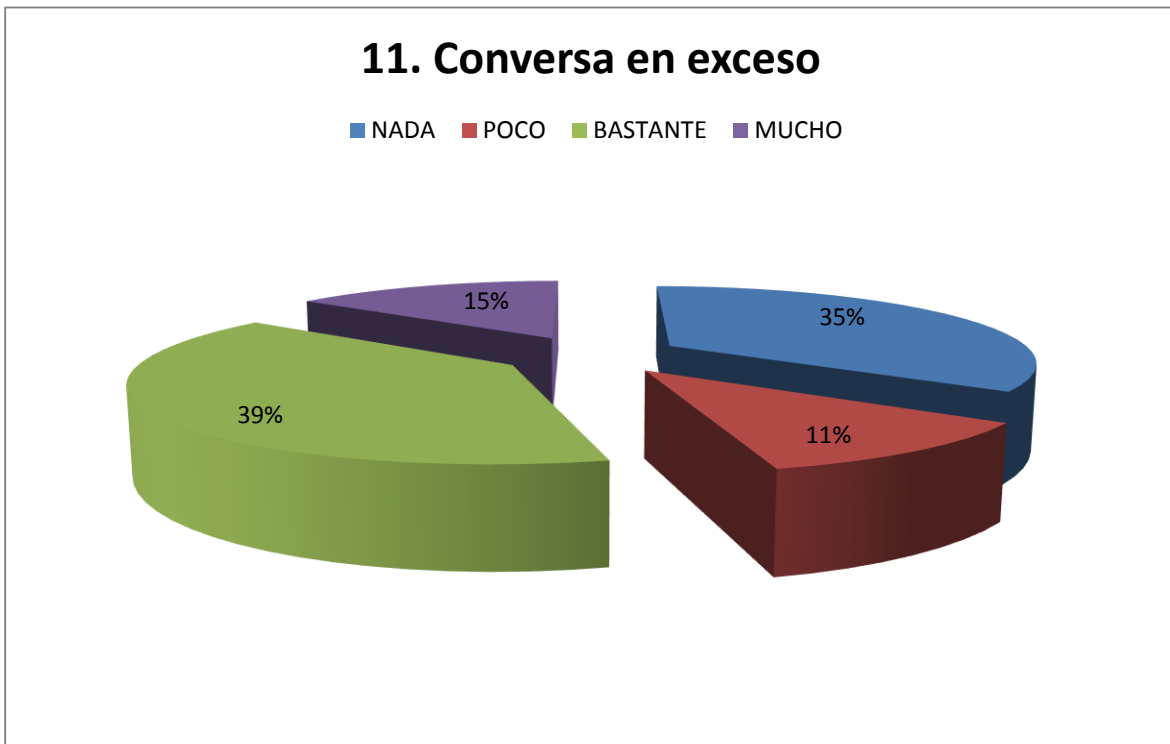


Grafico 12.



Grafico 13.



Grafico 14.



Grafico 15.



Grafico 16.

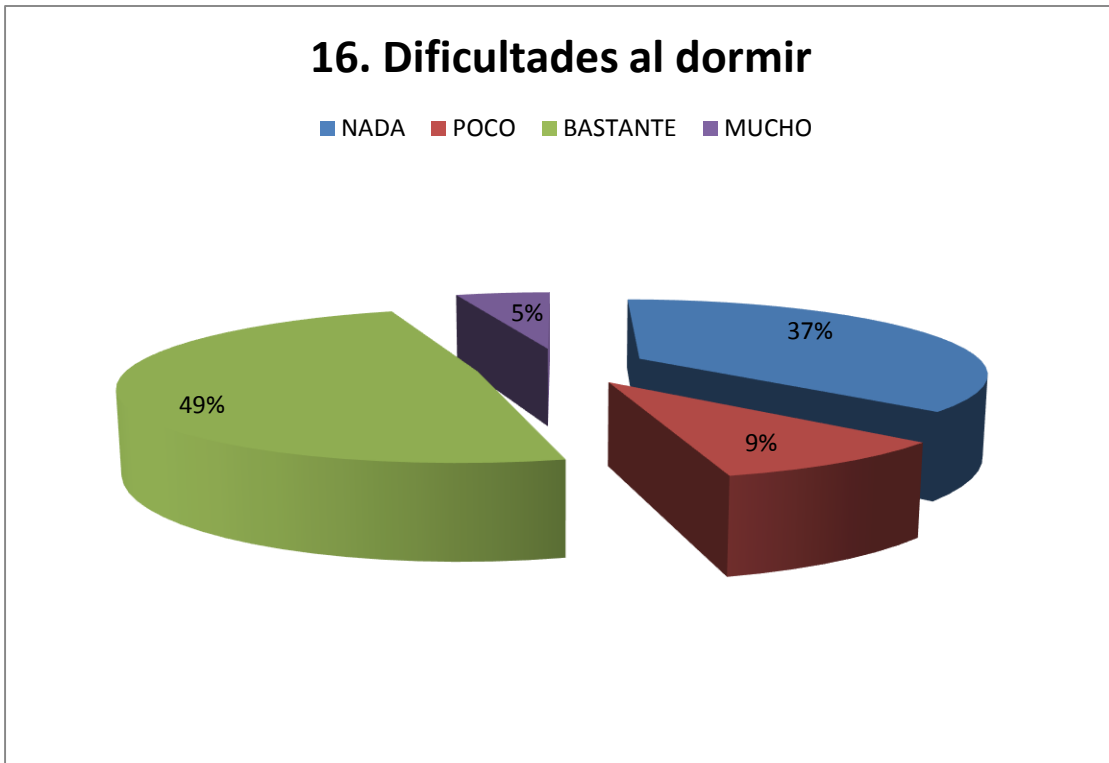


Grafico 17.

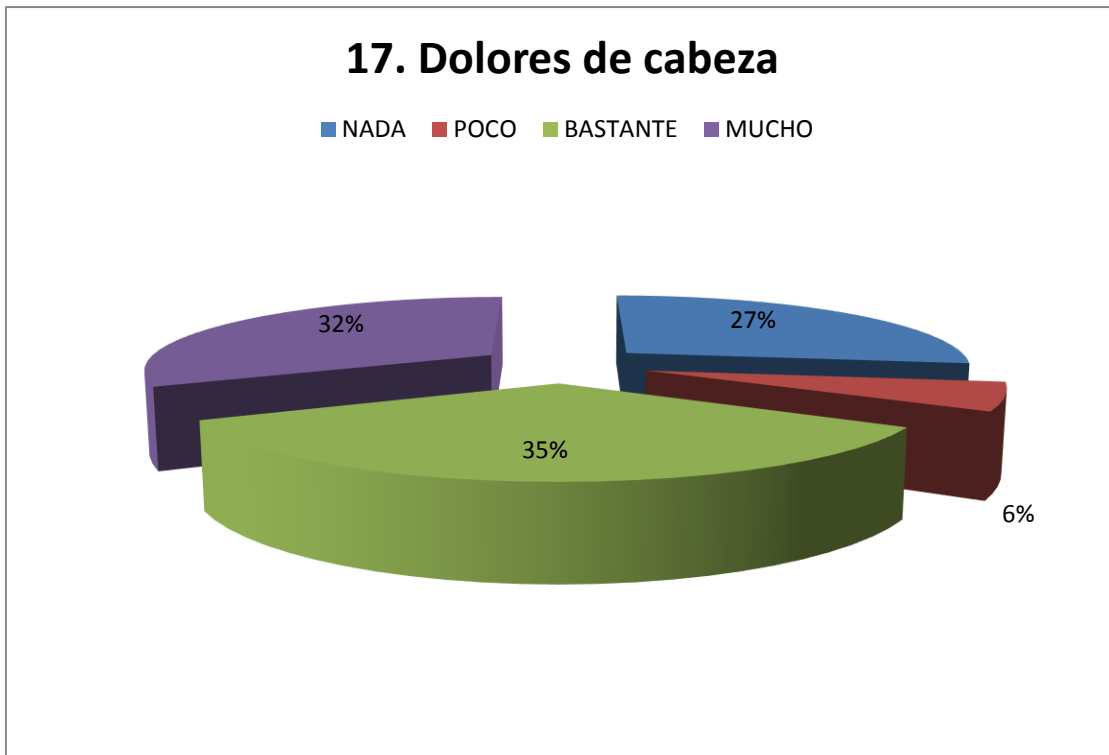


Grafico 18.

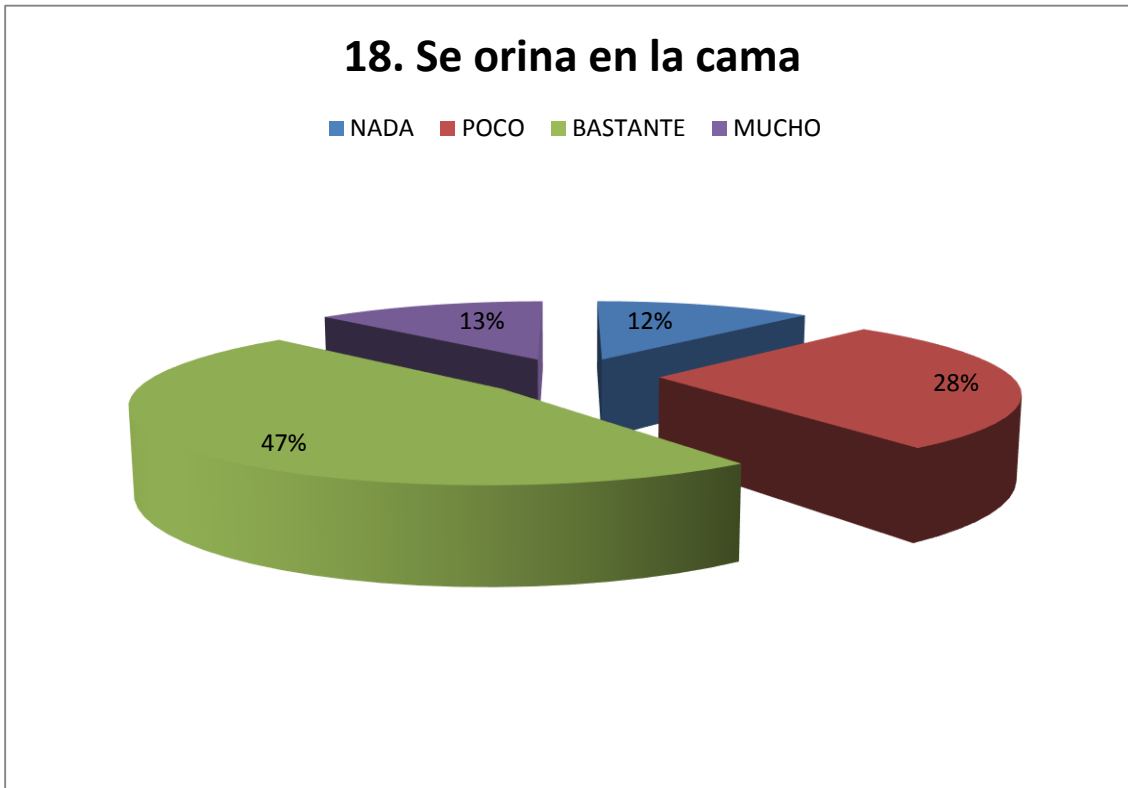


Grafico 19.

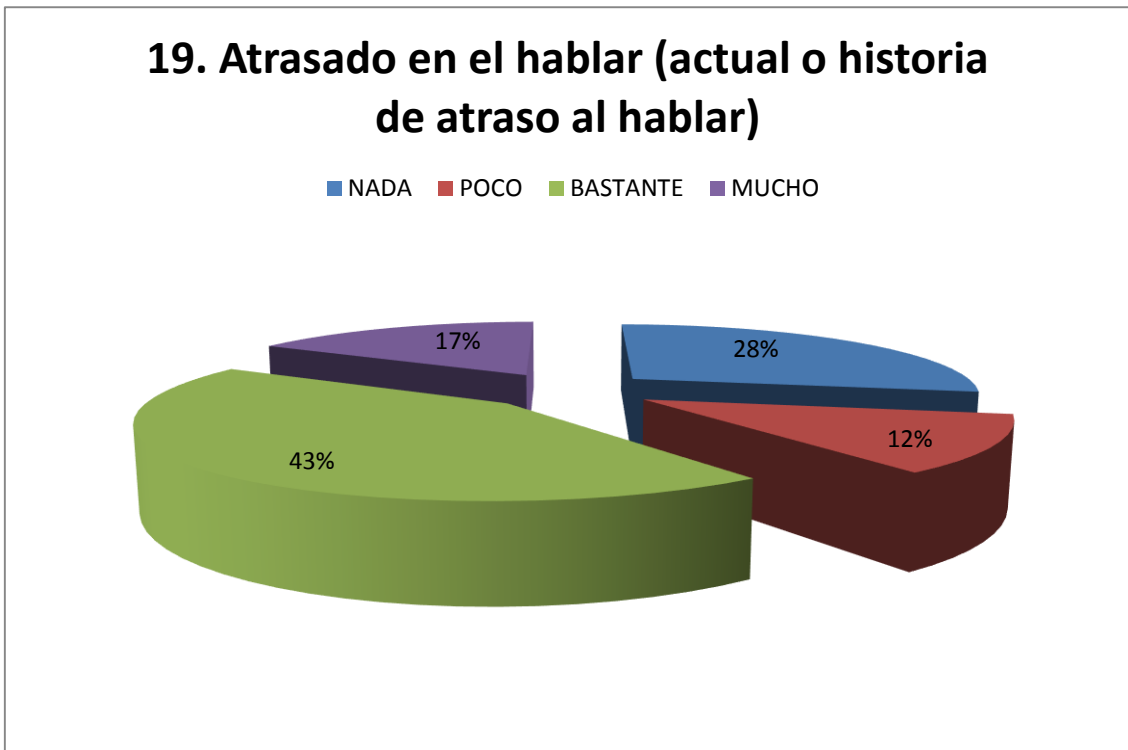


Grafico 20.

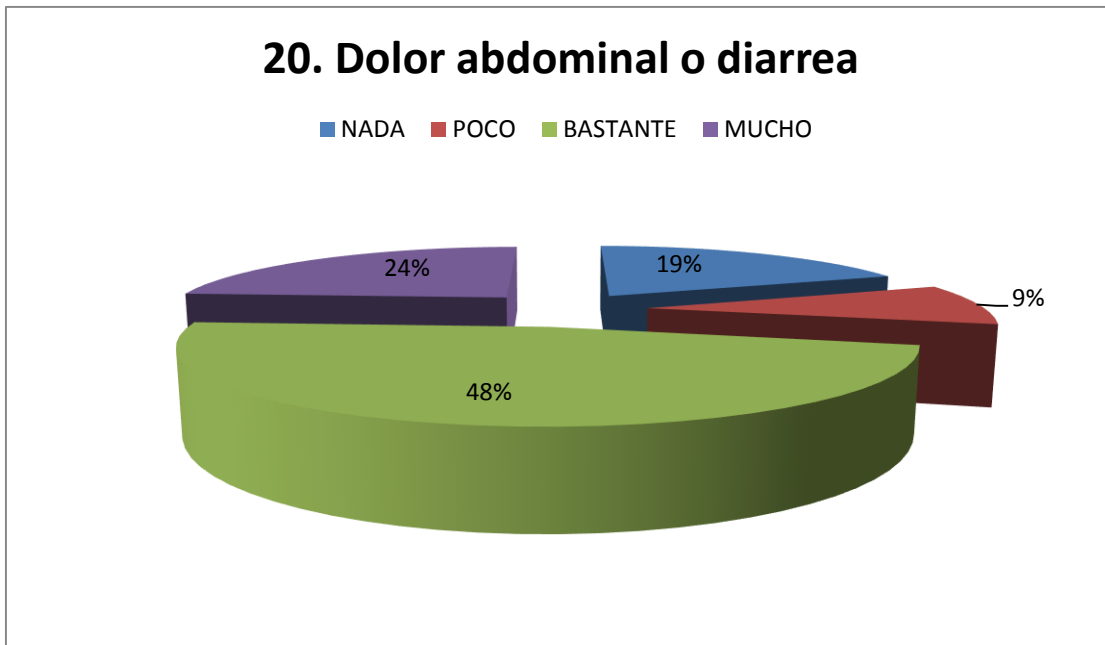


Grafico 21.



Grafico 22.

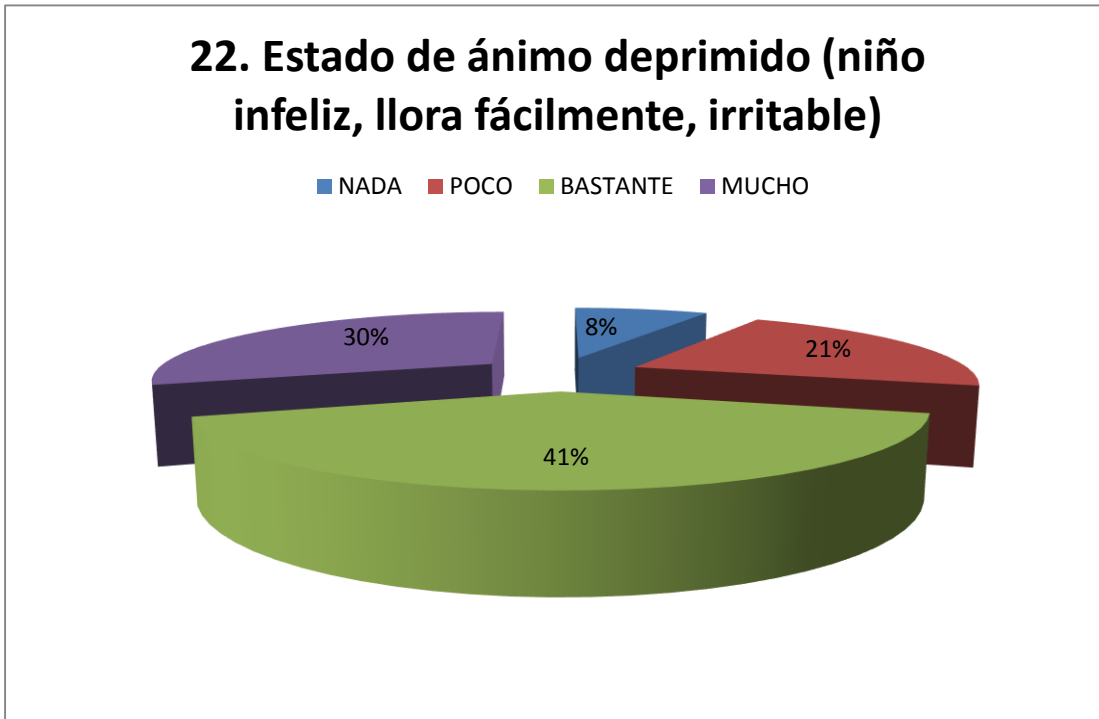


Grafico 23.

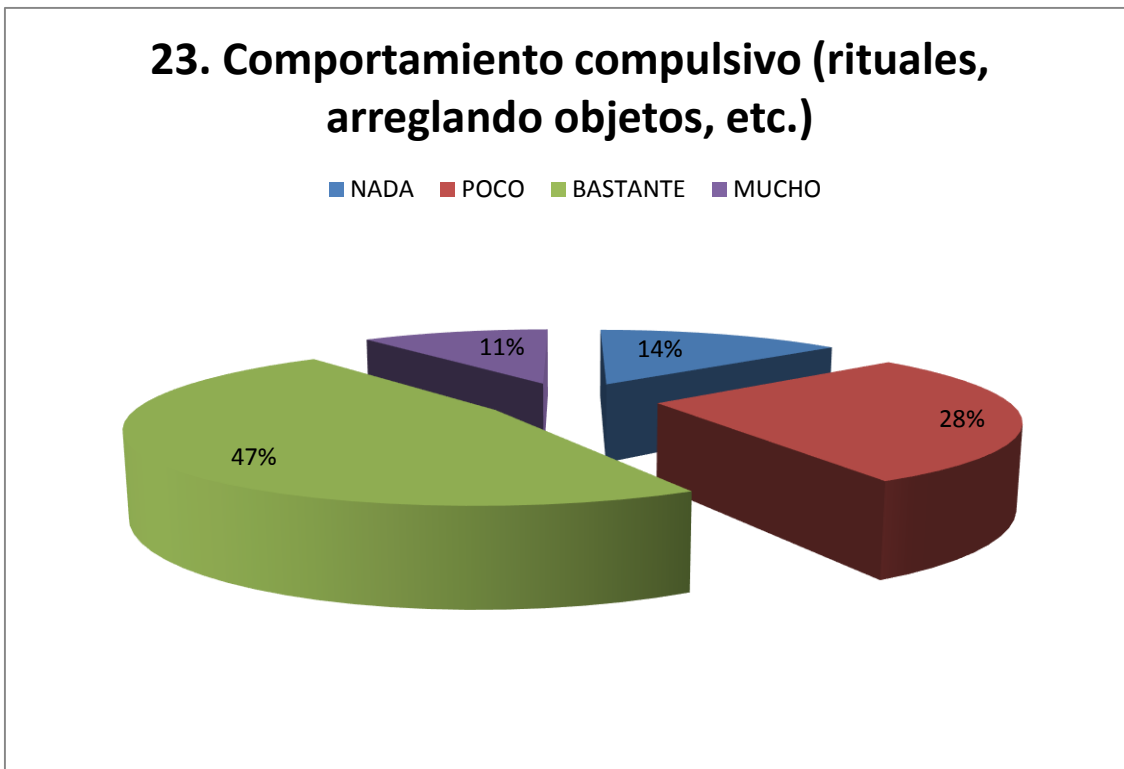


Grafico 24.

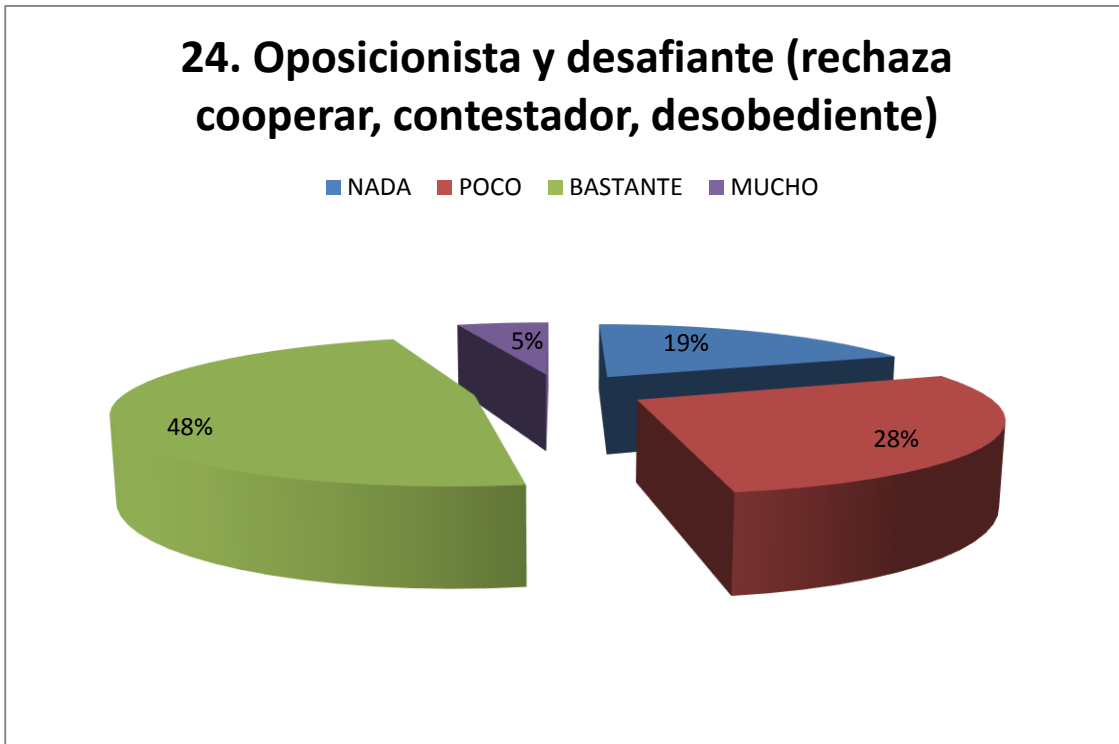


Grafico 25.

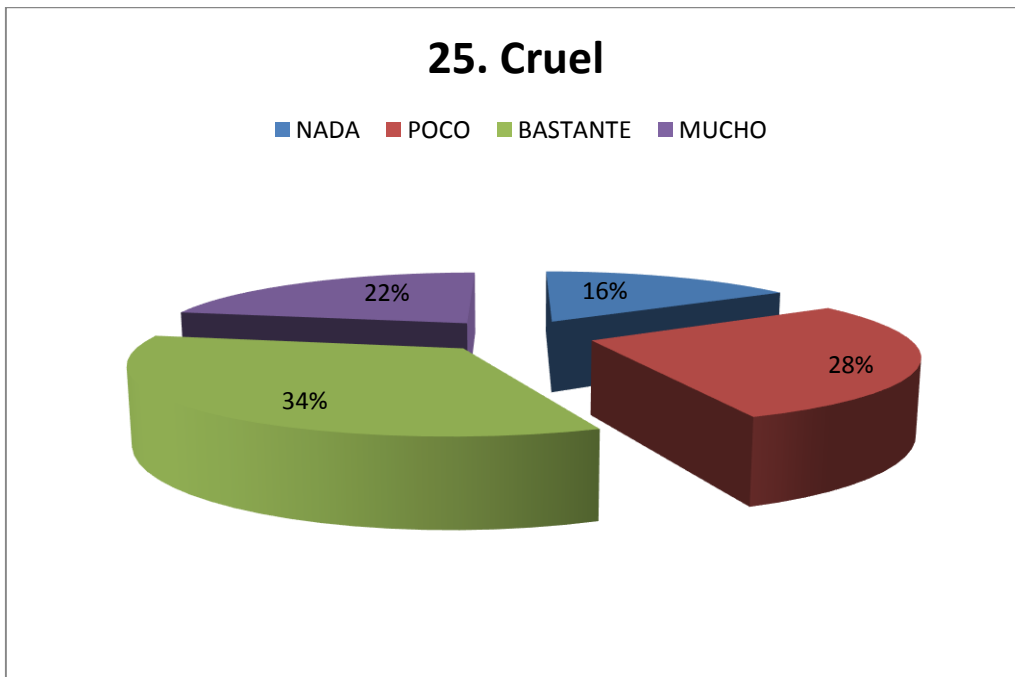


Grafico 26.

26. Dificultades sociales (otros niños se burlan de él (ella), le gusta estar solo

■ NADA ■ POCO ■ BASTANTE ■ MUCHO

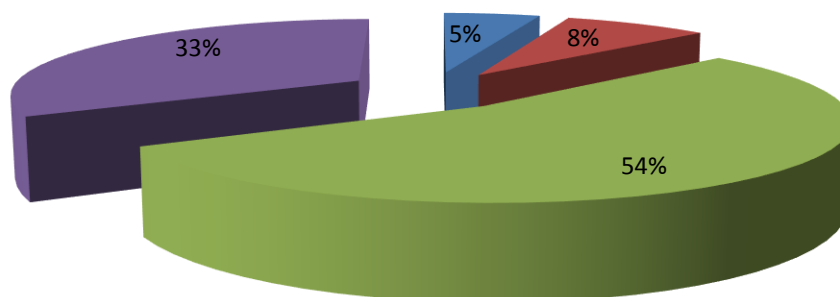


Tabla 1.
Principales procedimientos conductuales

Incrementar	Disminuir	Combinados
Refuerzo positivo	Extinción	Economía de fichas
ley de la abuela	Costo de Respuesta	contratos de conducta
	Aislamiento (Time-out)	

3.4. Técnicas para aumentar el comportamiento deseable

Cualquiera de estas técnicas participa en el hecho de tener consecuencias positivas (refuerzos) para el chico (alabanza, premios, privilegios) y pueden ayudar a los profesores a conseguir incrementar conductas que consideren positivas o adecuadas.

Entre estas efectos reales es distinguir entre las consecuencias inmateriales (alabanza, atención, contacto físico) y las materiales (premios, privilegios...).

Estas maneras comparten cuatro pre-requisitos para aplicarlos con eficacia:

- Detectar el comportamiento correcto
- Aplicarse inmediatamente después de la emisión de la conducta adecuada
- Aplicarse frecuentemente
- Dirigir la atención a los comportamientos en los que se desea aumentar la frecuencia de aparición.

Muy posiblemente a algunos profesores les resulte difícil admitir la idea de que pueden ayudar a sus alumnos a aprender comportamientos deseables utilizando consecuencias positivas.

Es erróneo creer que disciplinar es sinónimo de castigar y sin embargo la disciplina no proviene del miedo al castigo, sino que en gran medida obedece a las consecuencias positivas que produce el comportamiento adecuado.

Es decir “Los profesores pueden conseguir que sus alumnos se sientan bien cuando se portan bien”.

Los procesos efectivos requieren que los profesores presten atención a las conductas adecuadas, que normalmente pasan desapercibidas. Por ejemplo, cuando un niño disruptivo y ruidoso trabaja tranquilamente, este es el momento óptimo para utilizar las alabanzas, los premios o los privilegios.

No utilizar técnicas positivas cuando los alumnos se portan bien, y en lugar de ello se responde a sus malas conductas, se crea un círculo vicioso de más comportamiento que esta mantenido por la atención de los profesores.

Pero, la aplicación de técnicas positivas puede fragmentar este círculo. En relación con conductas típicamente hiperactivas, está señalando que las órdenes repetidas de sentarse aumenta la frecuencia de estar de pie. Por otro lado, cuando se utilizan elogios del comportamiento de estar sentado, el de estar de pie disminuye. (López de Bernal, Inteligencia emocional, 2003)

3.5. Refuerzo positivo: la alabanza

La alabanza debe ser descriptiva

La representación precisa del comportamiento correcto debe incluir comentarios sobre la conducta, o especificar aspectos concretos de la misma. Esta descripción refuerza a los chicos a entender que es lo que tienen que hacer correctamente si desean conseguir nuevas alabanzas (Puig, 2003)

La alabanza comentarios positivos y motivadores para el niño.

Ejemplo:

“David, has hecho un trabajo excelente en tu libreta de matemáticas, los números están muy bien hechos y las columnas están perfectamente ordenadas”. (Puig, 2003)

Deben enaltecerse los comportamientos positivos, aunque sean poco importantes.

Numerosos maestros no exaltan a sus alumnos cuando estos hacen lo que se espera de ellos (como atender, estar quietos...). Esto es un error, ya que es precisamente en estos momentos cuando deben alabarles y prestarles su atención si quieren conseguir incrementar este tipo de conductas.

3.5. Dudas de los padres

Resumimos a continuación algunos de los consejos y actividades más importantes para los padres:

- Prestarle atención, escuchándole y hablándole con paciencia. Deben explicar al niño su problema y cuáles son los planes para ayudarlo a superarlo, de tal forma que el mismo colabore.
- Mantener una entrevista personal con la profesora cada quince días, de tal manera que ustedes mismos hagan el papel de “profesor de apoyo” con su hijo hiperactivo.
- Utilizar los intereses del niño y emplearlos como elementos motivacionales para ayudarlo a aprender de una manera más eficaz siguiendo los programas de aprendizaje asociado. Basta, por ejemplo, con que le digan: “Cuando terminemos esta ficha puedes ver los dibujos de la televisión”.
- Tener siempre muy claro que ustedes son un modelo para el niño. Por consiguiente, delante del ser siempre coherentes y actuar responsablemente.
- Ayudar al niño a aumentar la confianza en sí mismo y su autoestima. Estimularle, haciendo hincapié en la calidad de sus ejecuciones por modestas que sean.
- Aceptarle tal y como es, también con el potencial que tiene para crecer y desarrollarse. Tratar de no generar respecto al niño unas expectativas inadecuadas, que estén por encima de sus posibilidades.
- Procurarle, dentro de lo posible, una situación estructurada en el hogar. Mantener constante el horario de comidas, baño, sueño, etc., evitándole una estimulación excesiva (ruidos, luces, etc). Una situación desestructurada o mal estructurada convierte poco a poco al niño hiperactivo en un niño

histórico, por su fuerte tendencia a responder a los estímulos de su entorno. En este aspecto es muy conveniente designarle un lugar tranquilo donde trabajar y jugar.

- Comunicarle, con suficiente antelación, cualquier posible alteración de la dinámica del hogar de manera que se le permita adaptarse a ella.
- Hacerle partícipe, según sus capacidades, de las tareas domésticas que pueda realizar. Enseñarle directamente (a través del modelado) y alabarle cuando intente actuar por sí mismo.
- Comentar tranquilamente con el niño sus malas actuaciones, tratando de hacerle ver que es necesario siempre pensar antes de actuar, que la prisa provoca muchos desastres.
- Utilizar la ausencia de premio como castigo y el castigo físico solo cuando sea absolutamente necesario.
- Reforzarle cuando hace algo bien, dirigiéndole una sonrisa o una palabra de elogio. Este modo de proceder aumentar en el futuro sus conductas positivas.
- Preocuparse de que el niño reciba una dieta nutritiva adecuada.
- Comentar con el niño sus errores, tratando de que el mismo genere posibles alternativas a sus equivocaciones.
- No actuar permisivamente. Un ambiente sin una normativa clara aumenta la ansiedad y confusión del niño. Es conveniente que le proporcionen pocas normas de conducta claras y coherentes que dirijan sus acciones.
- Utilizar la autoridad de forma asertiva, lo que implica decir “no” cuando el niño pide o exige cosas poco razonables y expresar esas órdenes de manera clara, precisa y razonada.
- Permitirle hacer algunos ejemplos sencillos cuando tenga que enfrentarse a nuevas tareas, para que se familiarice con ellos y les pierda el miedo.
- Enseñarle a mantener sus “cosas” ordenadas encima de la mesa.
- Obligarle a tener ordenados los libros y los cuadernos dentro del pupitre
- Mantener una tutoría con sus padres cada quince días, como mínimo. Explicarles, de forma clara y concreta, durante esta tutoría los problemas de conducta del niño y lo que ellos pueden hacer para controlarle.

- Facilitar a los padres los objetivos diarios de aprendizaje, a fin de que ellos mismos hagan el papel de “profesor de apoyo” para el niño.
 - Evitar reprenderle en sus mismos términos
 - Evitar humillarlo o hacerle sentirse culpable delante de sus compañeros.
- (Puig, 2003)

Como resultado, es muy probable que los padres imputen estos efectos positivos a la medicación y teman enfrentarse de nuevo a los problemas de conducta plateados por el niño.

La dependencia por parte del niño es menos frecuente y puede aparecer cuando la medicación se administra de forma incorrecta, como veremos a continuación.

Por lo tanto, el problema no consiste en si la medicación del niño hiperactivo es una “droga” o no, porque cualquier medicina lo es. La cuestión debe plantearse de otra manera.

CAPITULO IV. PROPUESTA

Educar a un niño con TDAH

Enseñar y educar a un niño con TDAH puede ser un desafío increíble para cualquier padre. Estos niños son distraídos, desinhibidos, muy activos y absorbentes. Sus problemas pueden ser una carga tan grande para el padre que nunca se los planteo o imagino cuando decidió tener un hijo. Estos problemas podrían hacerle reflexionar sobre lo cerrado de dicha decisión.

Se deben buscar escuelas, profesores, profesionales y recursos sociales. Los padres tendrán que supervisar, dirigir, enseñar, planificar, estructurar, recompensar, castigar, guiar, amortiguar, proteger y enseñar a los niños con TDAH mucho más de lo que se le pide a cualquier padre. (Beltrán, 2000)

Asimismo tendrán que encontrarse con otros adultos implicados en la vida diaria de los pequeños, como el equipo escolar, pediatras y profesionales de salud mental. También, tendrán que intervenir con los vecinos, monitores, entrenadores y otras personas de la comunidad, con los que se relacionen, debido a sus problemas de comportamiento.

La elevada necesidad de orientación, protección, defensa, amor y educación de los niños con TDAH puede estar escondida detrás de la falsa apariencia de sus demandas desmesuradas y, a veces, de sus problemas de comportamiento.

Numerosos padres se encuentran que el reto de educar a niños con TDAH eleva los esfuerzos educativos a un nivel muy alto.

Educar a un niño con TDAH es una de las cosas más difíciles que posiblemente tengan que hacer. Algunos padres sucumben al estrés que un niño con TDAH puede suponer, terminando en una crisis constante con el niño o con la familia, o lo que es peor, una familia con crisis que se repiten.

Padre guiado por principios

Es más probable que se pueda utilizar una ayuda especial para los hijos con TDAH, y adaptar dichos principios de forma creativa, cuando conozca por que los está utilizando y porque funcionan.

Establecerse en principios mantendrá al padre en un camino recto a través de jornadas laberínticas. Le facilitará un modelo a partir del cual actuar según unas reglas y no impulsado por estímulos, con un sentido del futuro y de lo que es correcto, y no impulsado por los sentimientos transitorios del momento. (Brown, 2003)

Desempeñará el comportamiento del control que ejercen las acciones inmediatas de los hijos y de las emociones negativas que esas acciones despiertan y dirigirá su comportamiento según sus ideales.

Orientarse por principios le permitirá desprenderse de una espiral de hostilidades con los hijos (u otros) y actuar con un plan y con sentido de lo que está bien. Le permitirá que se sitúe en un nivel educativo alto para educar a los hijos, una estrategia que otros podrían seguir.

Continuar con los principios en las interacciones con el hijo constituye tanto una liberación como una carga. Es decir, tiene mucho más control sobre el resultado de la interacción como una carga, porque tiene libertad para actuar y modificar lo que ocurre.

Es decir que no puede echar la culpa al hijo de los conflictos y hostilidades que tiene con el padre, no puede culpar a profesionales u otros que le aconsejen si las cosas van mal entre su hijo y los padres, y tampoco puede desviar la responsabilidad que usted tiene con el su hijo a su pasado a otros que le educaron y enseñaron.

El doctor Stephen r. Covey ha escrito sobre ellos mucho más clara y convincentemente en el libro los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Puede funcionar para aplicarlos a la educación de un niño con TDAH:

1. Sea efectivo. Demasiado a menudo reaccionamos ante nuestros hijos por impulsos frente a su comportamiento, sin considerar las consecuencias y sin tener ningún plan para aquello que intentamos conseguir. En estos casos estamos actuando sin pensar conscientemente en cómo queremos actuar. Observar una situación con su hijo está controlada por el niño u otras personas extras. Las interacciones negativas con su hijo le desbordan golpeándole de forma imprevisible (como cuando una ola le golpea mientras hace surf y no está preparado). Se siente impotente y siente que la relación con su hijo con TDAH puede convertirse en hostil, negativa, desalentadora, estresante o poco funcional.

Pero no es lo que hace su hijo o lo que hace usted lo que crea esos problemas, sino sus reacciones. Sea responsable de su comportamiento como padre y de las interacciones y la relación con su hijo con TDAH. Tome la iniciativa para cambiar aquello que no le gusta de su forma de actuar hacia su hijo y acepte la responsabilidad para hacer que la relación con su hijo se desarrolle tal como usted querría que fuera. Como dice el doctor Covey, usted tiene la capacidad de subordinar sus impulsos a sus valores. Usted tiene la libertad para escoger su modo de actuar con su hijo. Intente desarrollar este sentido de elección, practíquelo y ejercítelo.

2. Empiece teniendo en mente lo que quiere conseguir. Cuando se enfrente con un problema, intente prever como querría acabase. Usted puede aplicar este principio, a menor escala, previniendo como le gustaría que se desarrollaran las sesiones de deberes escolares de las tardes antes de empezar o, a mayor escala, como le gustaría que su hijo pensase sobre la ayuda que usted le ha proporcionad para completar una meta importante, como es graduarse en el instituto. El doctor Covey le recomienda que intente el siguiente ejercicio. Imagínese su propio funeral. A su hijo con TDAH le han pedido que diga unas palabras sobre usted en el funeral. ¿Qué le gustaría que dijera usted como

padre/madre? Empezar teniendo en mente lo que quiere conseguir les ayudara a enfocar de forma más clara las cosas más importantes y ver que debe hacer para que las situaciones acaben como le gustaría. Usted no puede tener un proyecto sin un objetivo, un mapa sin un destino o una serie de estrategias para usar con su hijo con TDAH sin tener en cuenta el resultado que quiere conseguir. Por ejemplo, en el momento en que sea posible que usted trabaje con su hijo haciendo juntos los trabajos de ciencias o haciendo los deberes de cada día, prevea como quiere que acabe ese rato de trabajo. No solo querrá ver el trabajo acabado sino que también querrá que este rato acabe tranquilamente, con la relación con su hijo intacta y posiblemente enriquecida por la experiencia. Acabar con sonrisas, o incluso con risas, sería un gran logro. Debe darse cuenta de cómo estas imágenes guían las decisiones y reacciones ante su hijo. Esta escogiendo mantener la interacción positiva, optimista, instructiva, que guía incluso con sentido del humor. Y así es como será. Su relación con su hijo y la forma en que se desarrollan las pequeñas interacciones, de forma deliberada o por omisión, depende de usted. Pienso que este principio es el más necesario en situaciones de conflicto potencial. Antes de actuar, tenga en mente el propósito y clarifique el objetivo; los pasos hacia su meta surgirán de este proceso.

3. Ponga en primer lugar. ¿Qué es lo importante en la relación con su hijo con TDAH? ¿Cuáles son las grandes cuestiones en su papel como padre de este niño? ¿Cuáles son los mayores obstáculos y responsabilidades en los que debe ayudar a su hijo a superar o satisfacer? A menudo he aconsejado a padres de niños con TDAH que distingan entre las batallas y las guerras, entre las cosas banales y sin importancia que hay que hacer (por ejemplo: hacer la cama antes de ir a la escuela) y las metas más importantes que se deben lograr (por ejemplo: estar preparado para la escuela e irse de casa en paz y con un clima de tranquilidad). Muy a menudo los padres con hijos con TDAH se encuentran atrapados en luchas sobre cosas triviales. (Beltrán, 2000)

Los niños con TDAH pueden hacer muchas cosas equivocadas a lo largo del día y los padres pueden enfrentarse a ellos.

Aprender a distinguir entre cuatro categorías de trabajo y responsabilidades con su hijo:

- a) Urgente e importante
- b) Urgente y no importante
- c) Importante pero no urgente y
- d) Ni importante ni urgente (Polaino- Lorente, 2010)

Como padres, seguramente, se está llevando a cabo la categoría a) Y es poco probable que malgastemos mucho tiempo en la categoría d). Lo más difícil es distinguir entre las categorías b) y c). Hacer una carrera con su hijo y discutir con él para conocer su límite en actividades menos importantes (deportes, clases de música, etc.) puede ser un precedente frente a otras cosas más importantes pero no tan urgentes.

Por ejemplo, a lo mejor lleva a su hijo a la clase de piano a la hora, pero al mismo tiempo empeora durante el proceso su relación con él. El domingo por la tarde, cuando contemple lo ocupada que tiene la semana que viene, piense que es lo importante para usted y para su hijo con TDAH y concéntrese en hacer primero esas cosas.

Introducir en la agenda en primer lugar y no las suprima por la avalancha de cosas aparentemente urgentes y sin importancia a las que tendrá que prestar atención durante la semana (como hacer llamadas telefónicas, tareas domésticas, preparar las comidas a tiempo, acostar a los niños, etc.)

Y no son solo las actividades con los hijos con TDAH las que necesitan solucionarse con este método. Pense acerca de su trabajo y obligaciones, independientemente de su hijo. (Quintero, 2009)

4. Piense en ganar. Durante la vida diaria con su hijo con TDAH, especialmente cuando se acerque a la adolescencia, tendrá que pedirle que haga los

deberes de las escuelas, las tareas de casa, que conserve los compromisos sociales y cumpla con las normas de casa. Cada una de estas peticiones supone una negociación. Como el doctor Covey dice, cuando usted entra en una negociación con alguien, piense solo en ganar. Es decir, cuando sea posible, inicie la relación con su hijo con la idea de conseguir lo que quieren ambos, usted y su hijo. no se concentre solo en lo que quiere que haga su hijo; debe entender lo difícil que puede ser para él o ella hacer lo que piden. ¿Nunca se ha encontrado dando órdenes durante todo el día? Esto es fácil de hacer, pero ¿es el tipo de relación que usted quiere con su hijo? Empiece teniendo el final en la mente y piense en como desearía que le recordara: ¿Cómo un tirano o como un negociador respetuoso? (López de Bernal, Inteligencia emocional, 2003)

Cuando se plantee la planificación de la tarea, piense alguna cosa que podría convertir este trabajo en una situación donde su hija también gane algo, no solo usted. ¿Disfrutaría ella si tuviera más tiempo libre para jugar con los videojuegos, si pudiera darle la oportunidad e alquilas una película de video, si tuviera la oportunidad de jugar con usted o si pudiera ganar algún dinero extra para la semana? Escoja cualquier recompensa que piense que puede gustarle y haga un contrato oral con su hija el sábado por la mañana: “si ordenas tu habitación antes de mediodía, iremos a la playa esta tarde”, por ejemplo. (Polaino- Lorente, 2010)

5. Primero trate de comprender, después de ser comprendido. El doctor Covey usa la metáfora de una cuenta bancaria emocional para convencernos de la importancia de este principio. Se refiere a una cuenta de confianza que se acrecienta gracias a una relación con alguien, en este caso con su hijo con TDAH. Por ser honesto, amable, educado y por mantener sus promesas, hace depósitos en esta cuenta. Evitar la descortesía, la falta de respeto, la deshonestidad, el tener reacciones exageradas, amenazas, insultos o desprecio y evitar el abuso de confianza aumenta el balance con su hijo con TDAH. Es entonces cuando es más importante que su hijo le busque y siga

su consejo, y es probable que lo haga; y cuando más le necesite para entenderle y ayudarlo, allí estará para usted.

Recuerde que su amor por su hijo con TDAH es la base de su apoyo emocional, con el que puede contar, porque es su hijo y pertenece a su familia. Este seguro de que sabe que no tiene cuerdas que le aten, que su amor no depende de lo bien que se ha portado ese día, lo bien que ha trabajado en la escuela, cuantos amigos tiene o lo bueno que es en los deportes u otras actividades recreativas.

El doctor Covey describe seis tipos de depósitos que usted puede hacer en esta cuenta, pero el primero es el más importante: (Polaino- Lorente, 2010)

- a) Entienda el punto de vista de su hijo y haga lo que es importante para él y para usted, escuche atentamente, refleje lo que piensa que ha dicho con sus propias palabras y vea la situación desde su punto de vista;
 - b) Atienda a las pequeñas cosas, con amabilidad y cortesía;
 - c) Mantenga sus obligaciones con su hijo;
 - d) Haga claras y explícitas sus expectativas al comienzo de cualquier tarea o negociación con su hijo;
 - e) Demuestre su integridad personal, no sea falso o deshonesto, haga que su comportamiento este de acuerdo con lo que dice;
 - f) Discúlpese sinceramente ante su hijo cuando retire los fondos de esta cuenta, es decir, admítalo cuando esté equivocado, cuando haya sido poco amable o poco respetuoso, le haya avergonzado o humillado, o haya fallado al hacer cualquiera de los otros cinco depósitos. Solo cuando realmente haya intentado ver las cosas desde el punto de vista de su hijo con TDAH, usted debería hacerse comprender.
6. Sinergia. Trabaje con su hijo cooperando de forma creativa y esfuércese por combinar los principios anteriores en sus interacciones con él. Esta combinación, según el doctor Covey, desata el poder más grande entre la gente, dándonos libertad para actuar de forma imaginativa. Esta actitud implica estar abierto a cualquier resultado que pueda derivarse de esta cooperación creativa con su hijo. si realmente se esfuerza en no hacer que

todo funcione a su manera, sino en incorporar los otros cinco principios en la educación de su hijo con TDAH, el curso y el resultado de su relación no serán totalmente predecibles. Ellos crecerán y cambiarán tanto como su hijo crezca y usted debe estar abierto a este cambio. Algunos padres estarán asustados con esta incertidumbre, pero si a usted le gusta la aventura, prepárese para lo que pueda venir, asegúrese de la fuerza de su relación y de la confianza entre los dos. Valore las diferencias entre su hijo con TDAH y otros, este abierto a nuevas maneras para resolver las dificultades con las que a lo mejor se enfrentan juntos y recuerde que no hay una única manera “correcta” de educar al hijo con TDAH. De hecho, debe haber varias formas excelentes de trabajar juntos para enfrentarse a los retos que la vida les proporcionara.

7. Renovación. Este principio mantiene todos los demás. Significa que usted es el recurso más importante que tiene usted y su hijo con TDAH y que, por eso, usted debe cuidarse para renovar este recurso. Según el doctor Covey, igual que una maquina necesita un tiempo muerto, la gente eficaz necesita rejuvenecerse. El doctor Covey identifica cuatro dimensiones de nuestras vidas que necesitan renovarse: física, mental, socioemocional y espiritual. Renovar la dimensión física de su vida puede significar la nutrición adecuada, ejercicio y un control sobre el estrés. La conservación de la dimensión mental puede suponer leer y ampliar sus conocimientos, continuar su propia formación, dedicarse a pasatiempos recreativos, visualizar y planificar sus metas o escribir. Social y emocionalmente a lo mejor le gustaría estar al servicio de los demás, demostrando empatía, actuando de forma sinérgica con los demás, creando una relación íntima con su cónyuge y haciendo uso de su propia seguridad interior, que le viene dada por los hábitos 1 al 6. Cuidar la dimensión espiritual podría significar continuar clarificando sus valores y compromisos, estudiar sus relaciones con su mundo y pensar acerca de su sentido moral y sus propósitos en la vida (Beltrán, 2000).

Frecuentemente, los padres de los niños con TDAH dedican mucho tiempo y energía exclusivamente a sus hijos, por lo que quedan exhaustos. A primera vista

este martirio parece heroico y altruista, pero en realidad es ridículo y destructivo a largo plazo. No dedicar tiempo para renovarse le llevara a dar cada vez menos a sus hijos. La maquinaria industrial, que nunca se para, puede ser enormemente productiva a corto plazo, pero tendrá una corta vida, como dice el doctor Covey. El mejor regalo que le puede dar a su hijo con TDAH es su propia renovación.

Si se descubre que no esa poniendo alguno de los siete hábitos efectivos, se sentirá realmente solo, pero no es un mal padre ni una mala persona. Todos se cansan, se estresan, se enfadan y, algunas veces, son pocos previsores; esto interfiere con la habilidad para mantener estos principios en la mente y actuar de acuerdo con ellos.

Apoyo de padres

Muchos padres se sienten avergonzados experimentados en manos de educadores y profesionales implicados con su hijo con TDAH. Algunos han descrito sentimientos de pérdida o de incomprensión o de haber sido tratados como un niño en las entrevistas escolares; sus opiniones y puntos de vista eran rechazados como parciales o ingenuos. (Polaino- Lorente, 2010)

Su emoción, era que estos profesionales intentaban encontrar una conclusión rápida, haciendo aquello que era más barato y conveniente para la escuela o los profesionales, y no lo que era mejor para el niño.

En sus citas con médicos y especialistas de la salud mental, estos padres han sido etiquetados como histéricos, fácilmente estresables o ingenuos, especialmente si el niño con TDAH se habla comportado bien durante la cita.

O se han encontrado con profesionales que han emprendido un programa de tratamiento con el niño sin preguntar sobre las preocupaciones de los padres y sin explicarles la razón del programa, los objetivos o los efectos secundarios.

Las sesiones con sus asesores, ya que es así como se deben ver los educadores y profesionales implicados en la relación con su hijo, no deben ir por este camino. Mantener una actitud directiva le dará confianza en sí mismo para

saber que, en el fondo, es usted quien está encargado de esta reunión y de lo que pueda pasarle a su hijo con TDAH.

Por supuesto, hay muchos profesionales competentes y asequibles, disponibles para consultar. Pero los profesionales van y vienen, e incluso cuando están dicen tener otras cosas en su agenda.

Solo los padres están en posición de hacer que su hijo sea la máxima prioridad. Otros pueden darle medicación, educación especial, asesoramiento, tutorías y entrenamiento de deportes, entre otros servicios especiales. Pero el padre es siempre la persona fundamental que coordina esas actividades y determina, en último caso, cuando y cuanto necesita su hijo de esos servicios y cuanto puede estar en cada uno de ellos. El padre puede cambiar o terminar con esta dedicación cuando crea que no es lo mejor para el interés de su hijo. (Brown, 2003)

Se debe escuchar y evaluar activamente toda información que le otorguen, pero si hay algún profesional que intimida al padre o le fuerza a someter a su hijo a actividades y servicios solo por conseguir más títulos o una educación de nivel superior, entonces debe ser reemplazado.

El tema de ser un padre que sabe orientar con autoridad a su hijo con TDAH aparece a lo largo de todo el libro, especialmente recordándole su papel como alguien que toma decisiones, lo que le animara a actuar como un ejecutivo: pedir consejo e información, preguntar cuando hay cuestiones poco claras, dar a conocer sus sentimientos acerca del cuidado de su hijo en ese sistema, ayudar a desarrollar una variedad de opciones antes de que usted lo haga, seleccionar entre ellas y dar su consentimiento a la mejor de las elecciones..

Los beneficios pueden ser extraordinarios. El pensar de forma ejecutiva le proporciona un control interior sobre el destino y el de su hijo con TDAH. Termina con el sentido de indefensión o de padre de segunda clase, que le puede venir de permitir que otros usurpen su papel.

Todo ello hace que el padre sea mucho más efectivo tomando decisiones como padre de un niño con TDAH. Como un beneficio secundario, también le dará un sentimiento más profundo de respeto de los profesionales y especialistas con quienes debe tratar y un mayor orgullo y respeto hacia sí mismo, lo que fortalecerá su papel como padre.

Padre científico

Apoyarse en su trabajo como padre directivo es una aproximación a lo que yo llamo educar a los niños de forma científica. Los científicos admiten sus dudas sobre algunas cosas y entonces buscan la máxima información que pueden sobre el tema. Cuestionan, siguen abiertos a información nueva, pero, en general, son también escépticos sobre las afirmaciones que no se apoyan en hechos. Finalmente, prueban con nuevas formas de hacer las cosas y revisan sus programas basándose en los resultados. Estos pasos pueden ser tan útiles para ser padre de un niño con TDAH como para encontrar la cura del cáncer. (Beltrán, 2000)

La incertidumbre

Por tanto, ser un padre científico significa empezar a admitir que usted (y yo, así como cualquier otro profesional) no sabe todo lo que hay que saber sobre cómo educar a un niño con TDAH. Cuando haga frente a un problema nuevo con su hijo, recuerde que cuanto más seguro este acerca de algunas cosas también es más probable que pueda estar equivocado. Muchos padres llegan a aferrarse a una idea sobre la causa o el tratamiento de sus hijos con TDAH y se ciegan frente a información potencialmente útil.

El conocimiento

Admitir que no sabe algo le lleva a la segunda cosa que hacen los buenos científicos, buscar conocimientos, algo que también usted debería hacer. Sea voraz con ello. Necesita aprender tanto como pueda sobre el TDAH y los tratamientos que podrían ayudar a su hijo.

No puede ser un padre ejecutivo o científico sin los hechos. Los científicos, antes de estudiar un problema, llevan a cabo una investigación sobre toda la Bibliografía disponible acerca del tema. Incluso si no encuentran respuestas a sus preguntas, pueden descubrir que errores han cometido otros y, de este modo, evitan repetirlos.

Pero es probable que encuentren información que les oriente en una mejor dirección que la que había tomado en un principio. Usted debe hacer lo mismo. Como un científico, cuanto más sepa sobre el TDAH como padre, menos probable será que caiga en los errores del pasado o de otros y mejor preparado estará para descubrir la dirección correcta que debe tomar con su hijo.

Evalué la información de forma crítica

Un buen científico permanece abierto a nuevas ideas pero las desafía, sometiéndolas a experimentos antes de aceptarlas como parte del cuerpo de descubrimientos científicos en ese tema. De este modo, ante cualquier cosa que descubra, sea imparcial acerca de ello, estudie el valor de dicha información para su investigación. Estar preparado para abandonar cualquier teoría o hipótesis que no resista un examen crítico.

Estar abierto a cualquier idea, pero desafíela, sometiéndola a prueba, criticándola. Preguntar a otros que opinan sobre dicha idea. Si esta nueva información puede mantenerse después de este tipo de inspección lógica, a lo mejor es útil para entender y educar a al hijo con TDAH. Preguntarse siempre por la evidencia que sostiene una nueva idea, especialmente si discrepa con la información que usted ya tiene.

Pedir a la gente que promueve un nuevo tratamiento alguna copia de artículos de investigaciones publicadas que apoyen sus afirmaciones. Esto puede librarle de dar un salto hacia un tratamiento no probado, que podría representar una pérdida de tiempo y dinero o incluso algo perjudicial para el hijo. (Puig, 2003)

Intervención de padres y educadores

Una humana base de relación, facilita que el niño o el adolescente puedan acercarse a buscar asesoría frente a lo desconocido: en la medida en que encuentran adultos motivantes y con actitud positiva frente al cambio. Van a permitir que le proceso fluya con más facilidad.

Los amigos más cercanos cumplen el papel de soporte en algunos de estos momentos: cuando se cuenta con un buen recurso relacional se fortalece aún más el proceso, sobre todo cuando se está en la etapa de la preadolescencia en adelante.

Agregado a todo este proceso es importante contar con una buena riqueza emocional que le permita utilizar el control de sí mismo, la habilidad para buscar alternativas diferentes, generar soluciones con base en la evaluación y tener una actitud positiva y constructiva frente al cambio.

Los niños que tienen habilidades cognitivas similares y con un buen soporte emocional, pueden reaccionar de manera diferente al cambio tomando actitudes y decisiones completamente diferentes: está marcada diferencia se debe a los recursos personales y emocionales con que cuenta el niño.

Individuos con un buen conocimiento de sí mismos, son capaces de estar motivados y comprometidos con el cambio a pesar de tener que enfrentarse a circunstancias desconocidas y que requieran esfuerzos. (Quintero, 2009)

Regule la cantidad de tiempo en que tiene acceso a la televisión o vídeo games. No es necesario prohibirlos ni apropiado, pero establecer un límite horario es prudente. Las capacidades atencionales de un niño no mejoran cuando mira televisión, aunque sí “deje de molestar”.

Ayuden a que establezcan prioridades sobre criterios eficaces. Los niños con TDAH cuando tienen más de 3 o 4 tareas a ser ejecutadas pueden presentar problemas en hacer un plan y ejecutarlo ordenadamente.

Recompense al hijo frecuentemente y en especial, de forma cercana al momento en que ha exhibido un buen comportamiento.

Prefiera las recompensas (¡Qué bien que has hecho esto!) a los castigos (¡Nunca vas a cambiar!). Premie, aliente, apruebe y asista, más que corregir y castigar.

Si tiene que reprobar una conducta, ponga en práctica formatos positivos. Por ejemplo, en vez de decir: “No me grites” o “Hables en ese tono” usted podría decirle: “Desearía seguir conversando contigo de esto cuando me hables respetuosamente”. Una vez que el niño exhibe el comportamiento correcto, no vacile en reconocerlo.

Si el niño tiende a ser oposicionista y argumenta en exceso en vez de seguir instrucciones, no aliente este comportamiento permitiendo esos largos comentarios y tome distancia. Espere otro momento para continuar el diálogo pero no negocie.

No permita que las dificultades hagan que la mayoría de las interacciones con su hijo sean negativas; signadas por castigos, comentarios adversos, críticas, etcétera. Por ejemplo, manténganse atentos a los aspectos positivos de conducta y háganselo saber.

Muchos padres necesitan ayuda para abordar esta tarea, los años los han enfocado excesivamente en lo disfuncional.

No abandonen el tratamiento, el TDAH es “crónico”, en especial, los síntomas de inatención e impulsividad tienden a continuar durante la adolescencia y en la vida adulta, aunque sí se modera la hiperactividad.

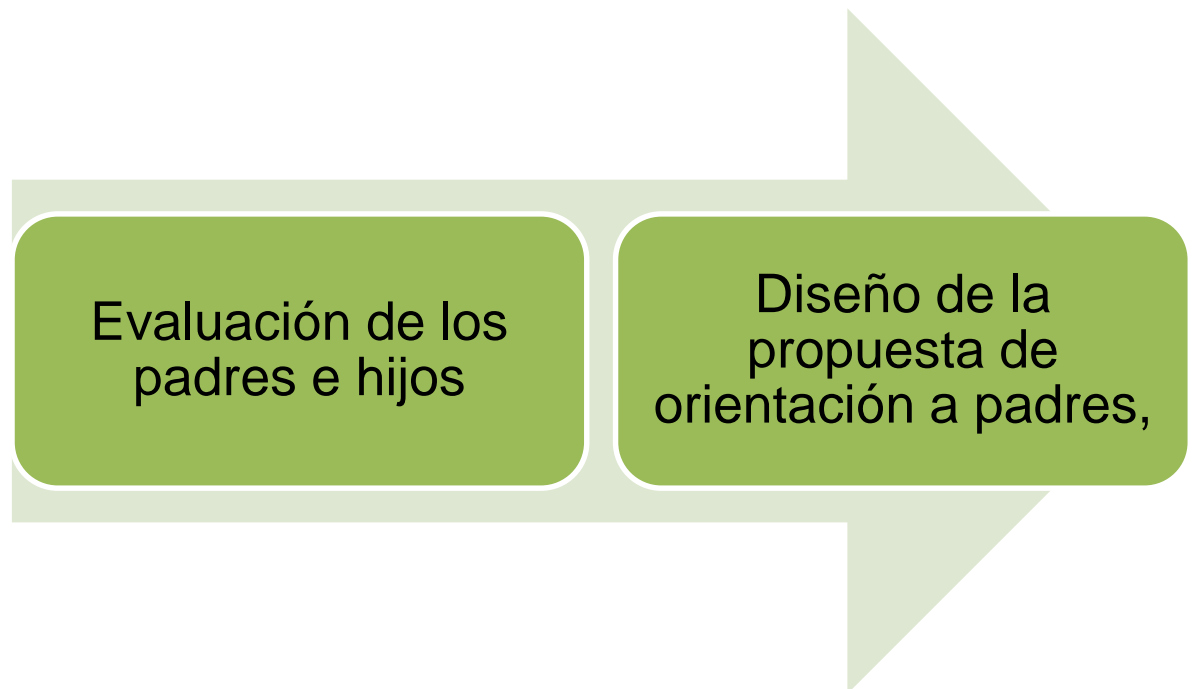
Estructura de la entrevista

1. Ficha de identificación
2. Estructura familiar (familiograma)

3. Historia de vida (embarazo)
4. Relación con padres y hermanos
5. Convivencia familiar
6. Relación con compañeros de escuela y vecinos.

Test de la Familia

- Adaptación al ámbito familiar
- Desarrollo intelectual y emocional
- Dinámica familiar (protagonistas madre, padre e hijo)



Los requisitos para poder participar en el programa son:

- ∅ Diagnóstico médico (Neurólogo, Neuropediatra)
- ∅ Edad de 6 a 9 años.
- ∅ Compromiso de los padres.

Niño	Datos
Marco	7 años, segundo grado de primaria, canalizado por maestra por problemas de conducta.
Eduardo	6 años, tercero de preescolar, desatención y problemas de conducta.
Cristian	10 años, diagnóstico de TDAH, por psiquiatra infantil
Fernando	9 años, tercero de primaria, canalizado por problemas de conducta y no poner atención
Cesar	8 años, problemas de conducta.

Obstáculos durante la investigación

- Participantes sobre diagnosticados o sin un diagnóstico médico.
- Falta de disposición por parte de las instituciones.

Sugerencias

- Sugerir hacer diagnósticos de prevención temprana en niños.
- Difundir información acerca del Trastorno.
- Dar orientación en escuela acerca del trastorno.

- Difundir información sobre la importancia de las competencias emocionales y que los padres se conviertan en entrenadores emocionales de sus hijos.

CONCLUSIÓN

El TDAH es un trastorno muy común y que va en aumento. El alumno cuando está en el aula con el resto de sus compañeros se muestra nervioso, sobretodo antes de salir al recreo. Esta tensión provoca que el sujeto lleve a cabo conductas agresivas hacia sus compañeros.

La intervención educativa del sujeto es compleja debido a su absentismo, ya que no se puede establecer rutinas. Se trabaja con el sujeto a la par que el resto de los compañeros y siempre mediante el proyecto propuesto.

A menudo van a necesitar adaptaciones escolares. Acomodarles los procedimientos acostumbra a serles de gran utilidad para que puedan asimilar los contenidos.

En muchos casos, el profesor deseará realizar una valoración de la eficacia del Programa. Para poderla llevarla a cabo de manera eficaz, se propone el uso de dos instrumentos específicos: uno para evaluar las mejoras en el repertorio cognitivo de los niños y otro para valorar la reducción de conductas agresivas y de retraimiento.

REFERENCIAS

- Acevedo, C. C. (2009). Estrategias de aprendizaje en alumnos universitarios y de enseñanza media. *Estilos de Aprendizaje*, 114-126.
- Ausubel, D. (1976). *Psicología Educativa*. . México : Trillas.
- Ausubel, D. P. (1981). *Psicología educativa un punto de vista cognoscitivo*. México : Trillas.
- Ausubel, D. P. (1981). *Psicología educativa un punto de vista cognoscitivo*. México : Trillas.
- Beltrán Llera, J. A. (1993). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Beltrán Llera, J. A. (1993). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Beltrán, F. J. (2000). *El niño Hiperactivo*. España: Universitat Jaume.
- Benítez, M., & Gimenez, M. y. (2003). Las asignaturas pendientes y el rendimiento académico: ¿existe alguna relación? *REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 2. Obtenido de :
<http://fai.unne.edu.ar/links/LAS%2...20EL%20RENDIMIENTO%20ACADEMICO.htm>:
<http://www.ice.deusto.es/rinace/reice/vol1n2/Edel.pdf>
- Bertalanffy Von, L. (1976). *Teoría general de sistemas, México, F.C.E.* Nueva York: 4a. ed Braziler.
- Bigge, M. L., & y Hunt, M. P. (1970). *Bases psicológicas de la educación*. México: Trillas.
- Bigge, M. L., & y Hunt, M. P. (1970). *Bases psicológicas de la educación*. . México: Trillas.
- Bisquerra, R. (2004). *En coordinador, Metodología de la investigación educativa (págs. 120-136)*. Madrid: La Muralla.
- Brace, I. (2008). *En I. Brace, Diseño del cuestionario: ¿Cómo planificar, estructurar y escribir material de estudio para la investigación efectiva de los mercados*. London, Uk: Kogan Page.
- Broadbent, D. (1958). *Percepción y comunicación*. Madrid: Debate .
- Brown, E. T. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. España: Elsevier.
- Burnett, J. (2009). *En J. Burnett, Doing your socialscience dissertation*. Thousand, Oaks, CaSage.
- Cabrera, A. y. (2003). *Hábitos de Estudio y Rendimiento Académico*. Guanajuato, México: Universidad de Guanajuato.
- Calle, R. (2002). *El Yoga Mental: El arte de lograr la calma interior*. Madrid: EDAF.

- Castillo, J. I. (8 de Junio de 2003). *Las teorías personales sobre el logro académico y su relación con la alienación escolar* *Psicothema*. Obtenido de Formato ISO 690-2 (Artículos de revistas electrónicas) : <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715113>> ISSN 0214-9915
- Chomsky, N. (1959). *Examen de la conducta verbal de Skinner*. *Lenguaje*.
- Clifford, M. (1990). *Los estudiantes necesitan cambiar: El éxito no es fácil*. . Liderazgo educativo.
- Coll, C. (1992). *Constructivismo e intervención educativa: ¿Cómo enseñar lo que ha de construirse?* Paidós: Aula de innovación educativa.
- Correa, M. C. (2003). Estudio descriptivo de las estrategias cognitivas y metacognitivas de los alumnos del primer año en pedagogía en enseñanza media. *Revista Iberoamericana de Educación Vol. 6 No. 3 Madrid*.
- Creswell, J. (2003). *Diseño de la investigación: Métodos Cualitativos, Métodos Cuantitativos y Mixtos*. Thousand Oaks, Ca.: Sage Publications. Oaks, Ca: Sage publicaciones.
- Creswell, J. (2003b). *Diseño de la investigación: Métodos Cualitativos, Métodos Cuantitativos y Mixtos*. Oaks, Ca.: Sage Publications.
- Cruz, J. (2005). *¿Qué ponen en juego los alumnos al resolver problemas?* España: VIII Simposium de la SEIEM.
- Cruz, R. (2010). Estrategias metodológicas de enseñanza-aprendizaje para los nuevos modelos educativos. En J. y. Navarro, *Sujetos, prácticas y procesos educativos: Una mirada desde la investigación educativa* (pág. 253). Durango, México: ReDIE.
- Cuadra, S. (2009). Teorías Subjetivas en docentes de una escuela de bajo rendimiento, sobre la enseñanza y el aprendizaje del alumno. *Revista Mexicana de Investigación Educativa (RMIE)*, 939-967.
- Dansereau, D. F. (1985). *La enseñanza de estrategias de aprendizaje*. . Hillsdale. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Darling-Hamond, L. (2003). *El derecho de aprender: Crear buenas escuelas para todos*. México: Secretaría de Educación Pública: Biblioteca para la actualización del maestro.
- Díaz-Barriga, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista electrónica de Investigación Educativa, [en línea]: disponible en : <http://redie.uabc.mx/contenido/vol5no2/contenido-arceo.pdf>, sin n/p.*
- Díaz-Barriga, F. y. (1997). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Duda, J. (1993). *Un enfoque socio-cognitivo para el estudio de la motivación de logro en el deporte*. New York: McMillan.

- E. Brown, T. (2010). *Comorbidades del TDAH: Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Elsevier España.
- Esperón, S. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastornos por déficit de atención e Hiperactividad*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Flavell, J. (1987). *Las especulaciones sobre la naturaleza y el desarrollo de la metacognición*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Fox, D. J. (1981). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: EUNSA. Pamplona: EUNSA.
- Garbanzo, V. (2007). *Factores Asociados al Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios, una Reflexión desde la Calidad de la Educación Superior Pública*. Costa Rica: Educación.
- García, R. y. (12 de mayo de 2000). *Los estilos de aprendizaje: una aproximación para su estudio*. Obtenido de [www.monografias.com](http://www.monografias.com/trabajo22/estilos-de-aprendizaje.shtml): <http://www.monografias.com/trabajo22/estilos-de-aprendizaje.shtml>.
- Gargallo, B. (2011). Un aprendiz estratégico para una nueva sociedad. *Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 246-272.
- Gargallo, B. S.-R.-P. (2009). El cuestionario CEVEAPEU. Un instrumento para la evaluación de las estrategias de aprendizaje de los estudiantes universitarios. *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa. (RELIEVE)*, 1-31.
- Gersch, J. (1985). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Cambridge: Cambridge University Press.
- González, M. y. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar*. Pamplona: EUNSA.
- González, M. y. (1992a). *Autoconcepto y rendimiento escolar*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- González, M. y. (1992b). *Autoconcepto y rendimiento escolar*. Pamplona: EUNSA.
- González-Simancas. (1973). *Un Modelo Teórico de Acción Tutorial en la Universidad*. Pamplona: EUNSA.
- Gutiérrez, C. y. (2010). Las habilidades metacognitivas en los estudiantes de la Universidad Pedagógica de Durango. En J. y. Navarro, *Sujetos, prácticas y procesos educativos: una mirada desde la investigación educativa* (pág. 253). Durango: ReDIE.
- Gutiérrez, D. (2007). *Las estrategias cognitivas y metacognitivas que utilizan los estudiantes de posgrado para la elaboración de su trabajo de grado. (Tesis Doctoral)*. Durango: Instituto Universitario Anglo Español.
- Guzmán, A. &. (2009). *Fases y Operaciones Metodológicas en la Investigación Educativa*. Durango: Entorno.

- Harter, S. (1980). *Una escala Intrínseca Vs Extrínseca de orientación en el salón de clases*. Denver: Universidad de Denver.
- Hernández, L. y. (2013). *Rendimiento académico y autoeficacia percibida*. Durango: IUAE-ReDIE.
- Hernández, L. y. (2013). *Rendimiento Académico y Autoeficacia Percibida*. Durango: IUAE-ReDIE.
- Hernández, L. y. (2013). *Rendimiento Académico y Autoeficacia Percibida*. Durango: ReDIE.
Obtenido de
http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_01/1909.pdf
- Hernández, P. (1991). *Paradigma cognoscitivo. Cognoscitivismo y psicoeducación*. México: Trillas.
- Hernández, R. (1996). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D F: Mc Grao Hill.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación (Quinta Edición ed.)*. México, D F: El comercia S. A.
- Hernández, R., & Fernández, C. y. (2003). *Metodología de la investigación, 3ª Edicion*. México: Mc Graw Hill.
- Hervás, R. M. (2008). Identificación de variables que influyen en los estilos de aprendizaje. Claves para conocer cómo aprenden los estudiantes. *Revistade estilos de aprendizaje*, 143-167.
- Jiménez, M. (2000). *Jiméne Competencia social: intervención preventiva en la escuela. Infancia y Sociedad*. Infancia y Sociedad.
- Jimenez, M. y. (2008). Una escala para evaluar la motivacion de los niños hacia el aprendizaje de primaria. *Revista Mexinana de Investigación Educativa (RMIE)*, 599-623.
- Kimble, G. A. (1971). *Condicionamiento y aprendizaje*. . México: Trillas.
- Kimble, G. A. (1971). *Condicionamient y aprendizaje*. México: Trillas.
- King, A. W.-S. (1996). *La salud de la Juventud. Una encuesta nacional*. Ontario, Canada: WHO.
- Lee, K. y. (2002). *Investigación del comportamiento (4a. ed. ed.)*. México: Mcgraw-Hill. México: Mcgrow-Hill.
- López de Bernal, M. E. (2003). *Inteligencia emocional*. México: Ediciones Gamma.
- López de Bernal, M. E. (2003). *Inteligencia emocional*. México: Ediciones Gamma.
- López, M. y. (2009). *Estilos de aprendizaje. Relación con motivación y estrategias*. León, España: Universidad de León.

- Martín, J. y., & G. (2013). Estrategias de aprendizaje de elaboración. Entrenamientos y Programas. *Aula Abierta*, 49-62.
- Mendizábal, V. (24 de mayo de 2013). <http://www.monografias.com>. Recuperado el 6 de junio de 2013, de <http://www.monografias.com>: <http://www.monografias.com>
- Miller, G. (1956). *El número mágico siete, más o menos dos: algunos límites en nuestra capacidad para procesar la información* .
- Monereo, C. (1991). *Enseñar a pensar a través del curriculum escolar. (Ponencias de las segundas jornadas de estudio sobre estrategias de aprendizaje)*. Barcelona: Casals.
- Muñoz, J. &. (2010). Implicación del alumnado en el proceso de aprender a aprender. (REIFOP) *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 191-199.
- Neisser, V. (1976). *Psicología cognoscitiva*. México: Trillas.
- Neisser, V. (1976). *Psicología cognoscitiva*. . México : Trillas.
- Nicholls, J. (1989). *El carácter competitivo y la educación democrática* . Cambridge, MA: Harvard University Press .
- Nickerson, R., & Perkins, D. y. (1987). *Enseñar a pensar: Aspectos de la aptitud intelectual*. Barcelona: Paidós.
- Nisbet, J. y. (1986). *Estrategias de aprendizaje*. Madrid: Santillana.
- Oloriz, M. L. (2007). *Relación entre el Rendimiento Académico de los Ingresantes en Carreras de Ingeniería y el Abandono de los Estudios Universitarios*. Buenos Aires.
- París, S. G., Wasík, A., & Turner, J. C. (1990). *The Development of Strategic Readers*. . New York: Longman.: Pearson (ED).
- Perkins, D. (2001). *La escuela inteligente: del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente*. México: Gedisa, S. A. 1999.
- Polaino- Lorente, A. (2010). *Cómo vivir con un niño hiperactivo*. México: Narcea Edicione.
- Pozo, J. (2003). *Aprendices y maestros. La nueva cultura del aprendizaje*. Madrid: Alianza.
- Puig, C. (2003). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Madrid: CEAC.
- Quintero, G. d. (2009). *Trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* . México: Elsevier España.
- Reinozo, M. G. (2011). Análisis de Factores que Influyen en el Rendimiento Estudiantil en la Escuela Básica de Ingeniería. *Revista Ciencia e Ingeniería*, 79-90.

- Retamal, M. G. (10 de 10 de 2010). *Estrategias de Aprendizaje*. Recuperado el 19 de Junio de 2013, de <http://www.leonismoargentino.com>.
- Rocha, G. C. (26 de noviembre de 2013). *Algunas matices de estrategias cognitivas*. Obtenido de <http://www.dialnet>: <http://www.dialnet.unirioja.es>.
- Román, M. (2010). Autoevaluación: estrategia y componente esencial para el cambio y la mejora escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 107-136.
- Salvador, J. &. (2005). Uso de estrategias de autorregulación en la comprensión de textos en niños Otomíes de quinto grado. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 879-902.
- Shannon, C. W. (1949). *La teoría matemática de la comunicación*. Illinois, Pres: Urbana.
- Sikorski. (1996). *Bajo rendimiento escolar y/o Rendimiento académico negativo*. New York: Plenum Press.
- Sotillo, J. F. (2011). *Los estilos de aprendizaje en alumnos de primaria, diagnóstico y propuesta pedagógica*. Madrid: Universidad de Huelva.
- Soutullo, E. C. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. México: Ed. Médica Panamericana.
- Tafur, M. (2006). *El desarrollo de habilidades metacognitivas en la modalidad de educación a distancia*. Lima, Perú: Universidad Nacional de Educación a distancia.
- Tobon, T. P. (2010). *Secuencias Didácticas: Aprendizaje y Evaluación de Competencias*. México: 1ª edición Ed. Pearson.
- Tourón. (1989). *Métodos de estudio en la universidad*. Pamplona: Eunsa.
- Weinstein, C. E., & Mayer, R. F. (1986). *La enseñanza de estrategias de aprendizaje*. New York: McMillan.
- Weinsttein, C. y. (1986a). *La enseñanza de estrategias de aprendizaje*. New York: McMillan.
- Wiener, N. (1948). *Cibernética y sociedad*. Buenos Aires: Sudamericana.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Facultad de
Comunicación Humana



FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

Secretaría de Investigación

"1919-2019: en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca, Morelos, a 29 de mayo de 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio

CONSEJO INTERNO DE POSGRADO

P R E S E N T E.

Certifico que la tesis "**Propuesta de orientación a padres para el desarrollo de la inteligencia emocional de niños con Trastorno con Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH)**" elaborada por la alumna **Lisbet Paredes Pérez** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

ATENTAMENTE

"Por una humanidad culta"

MTRO. ELISEO GUAJARDO RAMOS
COMISIÓN REVISORA

C.c.p- Archivo.

Privada del Tanque N° 10, Col. Los Volcanes, Cuernavaca, Morelos, México. 62350
Tels.: (777) 329 70 00 ext. 2409, posgradofch@uaem.mx

**UA
EM**

Una universidad de excelencia

RECTORÍA
2017-2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

Secretaría de Investigación

"1919-2019: en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca, Morelos, a 29 de mayo de 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio

CONSEJO INTERNO DE POSGRADO

PRESENTE.

Certifico que la tesis "**Propuesta de orientación a padres para el desarrollo de la inteligencia emocional de niños con Trastorno con Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH)**" elaborada por la alumna **Lisbet Paredes Pérez** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

ATENTAMENTE

"Por una humanidad culta"

**MTRA. ROCIO ELIDA OCAMPO JIMENEZ
COMISIÓN REVISORA**

C.c.p- Archivo.

Privada del Tanque N° 10, Col. Los Volcanes, Cuernavaca, Morelos, México. 62350
Tels.: (777) 329 70 00 ext. 2409, posgradofch@uaem.mx

**UA
EM**

Una universidad de excelencia

RECTORÍA
2017-2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

Secretaría de Investigación

"1919-2019: en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca, Morelos, a 29 de mayo de 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio

CONSEJO INTERNO DE POSGRADO

P R E S E N T E.

Certifico que la tesis "**Propuesta de orientación a padres para el desarrollo de la inteligencia emocional de niños con Trastorno con Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH)**" elaborada por la alumna **Lisbet Paredes Pérez** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

ATENTAMENTE

"Por una humanidad culta"

DRA. ALMA JANETH MORENO AGUIRRE
COMISIÓN REVISORA

C.c.p- Archivo.

Privada del Tanque N° 10, Col. Los Volcanes, Cuernavaca, Morelos, México. 62350
Tels.: (777) 329 70 00 ext. 2409, posgradofch@uaem.mx

**UA
EM**

Una universidad de excelencia

RECTORÍA
2017-2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

Secretaría de Investigación

"1919-2019: en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca, Morelos, a 29 de mayo de 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio

CONSEJO INTERNO DE POSGRADO

P R E S E N T E.

Certifico que la tesis "**Propuesta de orientación a padres para el desarrollo de la inteligencia emocional de niños con Trastorno con Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH)**" elaborada por la alumna **Lisbet Paredes Pérez** cumple con los requisitos para obtener el grado de Maestría en Atención a la Diversidad y Educación Inclusiva.

ATENTAMENTE

"Por una humanidad culta"

DRA. LAURA PADILLA CASTRO
COMISIÓN REVISORA

C.c.p- Archivo.

Privada del Tanque N° 10, Col. Los Volcanes, Cuernavaca, Morelos, México. 62350
Tels.: (777) 329 70 00 ext. 2409, posgradofch@uaem.mx

**UA
EM**

Una universidad de excelencia

RECTORÍA
2017-2023