



SEP
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

COLEGIO MEXIQUENSE UNIVERSITARIO
CAMPUS POSGRADO



MAESTRÍA EN EDUCACION ESPECIAL

“Un diseño pedagógico en el trabajo de la inteligencia emocional e hiperactividad en una niña con TDHA.”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PRESENTA:

VIANEY PACHECO BELMONT

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. PSIC. CLAUDIA BRISEIDA ALVAREZ GÓMEZ

TOLUCA, MEXICO

DICIEMBRE, 2019.

**Un diseño pedagógico en el
trabajo de inteligencia
emocional e hiperactividad
en una niña con TDHA**

Índice

Introducción	6
Justificación	7
Capítulo I	
Inteligencia emocional	9
1.1 Conceptualización de Inteligencia Emocional.....	9
1.2 Factores que influyen en la Inteligencia Emocional	16
1.2.1 La autoconciencia.....	17
1.2.2 El autodomínio.....	18
1.2.3 Motivación.....	20
1.2.4 Empatía.....	21
1.3 Modelos de la Inteligencia Emocional.....	22
1.3.1 Modelo de Goleman.....	23
1.3.2 Modelo de Mayer y Salovey.....	24
1.3.3 Modelo de Extremera y Fernández Berrocal.....	25
1.3.4 Modelo de BarOn.....	26
1.3.5 Modelo de Habilidad.....	27
1.4 Estudios relacionados con Inteligencia Emocional.....	28
Capítulo II	
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	34

2.1 Generalidades del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.....	34
2.2 Evolución conceptual del termino de TDHA y sus características.....	34
2.3 Modelos explicativos del TDAH.....	45
2.3.1 Modelo De Virginia Douglas	45
2.3.2 Modelo de autorregulación de Russel Barkley	47
2.3.3 Modelo de Thomas E. Brown.....	49
2.3.4 Modelo de déficit atencional de Mirsky.....	50
2.4 Epidemiología y prevalencia	50
2.5 Comorbilidad y diagnóstico diferencial	52
2.6 Problemas asociados al TDHA	53
2.6.1 Bajo rendimiento académico	53
2.6.1.1 Problemas de conducta	54
2.6.1.2 Trastornos afectivos	56
2.6.1.3 Tics y trastornos de Gilles de la Tourette	56
2.6.1.4 Problemas de lenguaje	57
2.6.1.5 Problemas de integración social	57
2.7 Etiología del TDAH.	58
2.8 Tratamiento y pronóstico	60
2.8.1 Tratamiento farmacológico	64
2.8.2 Tratamientos psicosociales	66
2.8.2.1 Psicoterapia	66

2.8.2.2 Entrenamiento a padres.	70
2.8.2.3 Intervenciones educativas	72
2.8.2.4 Intervenciones multimodales	74
2.9 Efectos y secuelas del TDAH en los niños	76
2.9.1 Características psicológicas del TDAH	76
Capítulo III	
Marco metodológico.....	80
3.1 Planteamiento del Problema.....	80
3.2 Objetivos.....	82
3.2.1 Objetivo general	82
3.2.2 Objetivo específicos.....	82
3.3 Ejes temático	82
3.4 Supuesto de investigación	82
3.5 Tipo de estudio	83
3.6 Enfoque	83
3.7 Diseño pedagógico	84
3.8 Técnica de evaluación	84
3.9 Alcances y limitaciones.....	97
3.10 Marco contextual.....	97
Resultados	100
Referencias	111

Introducción

El trabajo de investigación se centra en diseño pedagógico en el trabajo de inteligencia emocional e hiperactividad en una niña con TDHA

En el primer capítulo se abordan los apartados referentes a inteligencia emocional como su conceptualización, los factores que influyen en la inteligencia emocional: la autoconciencia, conciencia social, autogestión, gestión de relaciones, motivación, entre otras. Haciendo alusión a los modelos de Inteligencia Emocional, se concluye con una descripción de algunos estudios recientes relacionados a la inteligencia emocional.

Por su parte, en el capítulo II se analizan temas correspondientes al Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, así como los antecedentes, conceptualización teórica, estudios relacionados y factores que influyen en el TDAH. Finalmente, la relación entre ambas variables.

Concluyendo en el capítulo III con el marco metodológico, que incluye la explicación de los mecanismos utilizados para el análisis del problema de investigación, a partir de la recolección y análisis de datos. Dentro de sus elementos se encuentra el planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos, definición de las variables, tipo de estudio, hipótesis, instrumento, enfoque, alcances, limitaciones, marco contextual y resultados.

Justificación

A finales de siglo XX es cuando comienza a ser divulgado el término de inteligencia emocional, siendo Goleman quien populariza el concepto, retomando los estudios de Salovey y Mayer.

Respecto a inteligencia emocional Goleman D, por su parte, plantea que, a diferencia del CI, las capacidades emocionales son altamente educables, “no son los genes los que determinan nuestro nivel de inteligencia emocional; tampoco se desarrolla sólo en la infancia”. En consonancia con lo anterior, la teoría de la inteligencia emocional muestra una perspectiva optimista del ser humano, el reconocimiento de las capacidades emocionales como recursos de toda persona que pueden y deben desarrollarse, hace de la educación de la inteligencia emocional un imperativo actual. (Bello-Dávila, Rionda-Sánchez, & Rodríguez-Pérez, 2010)

Por otra parte, previa a su investigación se comprende que la inteligencia emocional es aquella habilidad que le permite ser una persona capaz de permanecer en entornos sociales que demanden de atención, presión, estrés, etc. Y tener la capacidad de permanecer allí sin que estos mismos perjudiquen tu bienestar emocional.

El TDAH, es una alteración del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar (American Psychiatric Association, 2002). El TDAH afecta aproximadamente a un 8% de niños en el mundo, y suele ser crónico, persistiendo en la adolescencia y vida adulta en un porcentaje de casos que ronda el 50% (Biederman y Faraone, 2005). En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad (Palacios-Cruz et al., 2011).

Retomando que se realizara un diseño pedagógico que apoye a una niña con TDHA desarrollando su inteligencia emocional Así mismo la finalidad es identificar la relación entre ambas variables.

Capítulo I

Inteligencia

Emocional

1.1 Conceptualización de Inteligencia Emocional

Durante el siglo XX ha estado presente la discusión sobre el constructo inteligencia y lo que significa exactamente, es conveniente mencionar e insistir en la importancia de la inteligencia, ya que se debe en gran medida a los test de inteligencia, y a la creación de éstos

para predecir el éxito académico. Es decir, inteligencia, test y educación han sido referentes psicopedagógicos básicos durante el siglo XX (Bisquerra, 2009).

Bisquerra (2009), haciendo alusión a los estudios Salovey y Mayer, define la Inteligencia Emocional como:

“La habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones. La habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual” (p.41).

Así mismo Fernández-Berrocal y Extremera (2006), la definen como la capacidad de controlar, manejar, expresar, aceptar y permitir las emociones identificando las negativas y las positivas, cuyo enfoque viene a ser el sentir, pero con un razonamiento que conlleve a una mejora en la calidad de vida.

En 1983, Gardner afirma que la Inteligencia Emocional comprende múltiples dimensiones, combinando una variedad de aspectos cognoscitivos con elementos de la inteligencia emocional (o “personal” como él la llamó); esta dimensión comprendía dos componentes generales que refirió como “capacidades intrapersonales” y “habilidades interpersonales” (López, 2008).

Bisquerra (2009), señalando los estudios de Salovey y Mayer, alude en sus hallazgos que el primer artículo científico sobre inteligencia emocional es de los autores antes mencionados, investigación que pasó desapercibida en el momento de su publicación, hasta cinco años después que lo divulgó Goleman en 1995.

Goleman (2012), definió la inteligencia emocional como la capacidad para reconocer y manejar los propios sentimientos, motivar y monitorear las relaciones interpersonales. El modelo de las competencias emocionales comprende una serie de competencias que facilitan, a las personas, el manejo de las emociones, hacia uno mismo y hacia los demás. Este modelo formula la inteligencia emocional en términos de una teoría del desarrollo y propone una teoría del desempeño aplicable de manera directa al ámbito laboral y organizacional, centrado en el pronóstico de la excelencia laboral. Por ello, esta perspectiva está considerada como una teoría mixta, basada en la cognición, personalidad, motivación, emoción, inteligencia y

neurociencia; es decir, incluye procesos psicológicos cognitivos y no cognitivos (López, 2008).

Guevara (2011), retomando las aportaciones de Bar-On, explica cómo un individuo se relaciona con las personas que le rodean y con su medio ambiente. Por tanto, la inteligencia emocional y la inteligencia social son consideradas un conjunto de factores de interrelaciones emocionales, personales y sociales que influyen en la habilidad general para adaptarse de manera activa a las presiones y demandas del ambiente.

Barraza (2016), propone que se puede establecer una distinción entre modelos mixtos de inteligencia emocional y modelos de habilidad de las mismas basadas en el procesamiento de la información. El modelo mixto entiende la inteligencia emocional como la conjunción de una serie de elementos entre los cuales se pueden encontrar: rasgos estables de personalidad, competencias socio-emocionales, aspectos motivacionales y una amplia gama de habilidades cognitivas. Por otra parte, el modelo de habilidad es una concepción propuesta por Mayer y Salovey, que entiende a la inteligencia emocional como una inteligencia genuina, basada en el uso adaptativo de las emociones y su aplicación en el pensamiento.

Garaigordobil y Oñederra (2012), señalan que el término “Inteligencia Emocional” se refiere a la capacidad de conocer los propios sentimientos y los ajenos, de motivarse y manejar bien las emociones tanto en relación a uno mismo como a los demás. La importancia de la IE radica en aprender a administrar las emociones para que estas trabajen a favor de la persona.

En sus hallazgos Rodríguez (2000), define la Inteligencia Emocional como la capacidad o habilidad para controlar impulsos emotivos ayudando a resolver los problemas de manera pacífica y proporcionando bienestar (p.49).

El término Inteligencia Emocional anteriormente se sustituía con la palabra “carácter” impuesta por Salovey y Mayer. Goleman (2012), retoma dichos estudios y populariza el concepto Inteligencia Emocional para el conocimiento del público en general.

De manera general se creía que las personas brillantes y con mención honorífica durante su carrera educativa tienen un nivel de inteligencia intelectual elevado que les permitirá abrir las puertas del éxito en su vida, sin embargo, numerosos casos demostraron lo contrario, ya que dichas personas mencionadas anteriormente no tienen el éxito esperado y los estudiantes medios o con bajo rendimiento académico, son las que se encuentran en puestos que nadie se hubiera imaginado.

Rodríguez (2000), afirma que las emociones describen que las personas que han logrado el éxito son porque poseen ciertas cualidades que les permite aprobar dichas pruebas y posicionarlos en esos puestos. Haciendo una regresión en su educación eran alumnos que no obtenían buenas calificaciones, pero sabían resolver problemas solicitando prórrogas o trabajos adicionales para acreditar sin preocupación o estrés alguno. Sostiene que estas personas llegan a grandes puestos por que actúan con inteligencia emocional y dicha habilidad les permite resolver problemas, reconocer sus errores, pedir y aceptar opiniones permitiéndose progresar.

Guell (2013), menciona que en la década de los 70's solo una minoría entendía la relación que existía entre inteligencia y emociones, en realidad las emociones no se estudiaban con mucho interés, porque eran difíciles de concretar y entender, en la actualidad, la expresión inteligencia emocional es ya un concepto de uso habitual por lo cual se analizó su significado por separado. Donde la inteligencia es la habilidad que aplicada a los seres humanos se define como, la capacidad de resolver problemas nuevos. Esta habilidad se fundamenta en la capacidad de asociar varios fenómenos aislados y encontrar un nexo enfocado a resolver un problema (p.14).

El mismo autor sostiene que los actos inteligentes son diferentes de las conductas automáticas y hereditarias. Donde la mayoría de los hombres reacciona de manera instintiva, heredades genéticamente y por eso la reproducción de hábitos. Y al cambio de entorno, no saben adaptarse porque no son inteligentes en la resolución de problemas nuevos. La psicología clásica definía y medía la inteligencia alrededor de dos grandes habilidades: La capacidad lógico matemática y la capacidad lingüística, por eso los primeros test de inteligencia constaban básicamente de pruebas de lenguaje y pruebas de razonamiento matemático y lógico. Guell (2013, pp. 14 y 15) mencionando la investigación de Gardner propone una visión más profunda y desarrolla una teoría en la cual define la inteligencia humana en siete dimensiones, o inteligencias múltiples.

1. Inteligencia lógico-matemática: Resulta de la habilidad de usar el razonamiento, siendo la capacidad para usar los números de manera efectiva y de razonar adecuadamente. Incluye la sensibilidad a los esquemas y relaciones lógicas, las afirmaciones, proposiciones, funciones y otras abstracciones relacionadas.

2. Inteligencia lingüística: Habilidad para entender y usar las palabras de manera efectiva, en forma oral o escrita. Incluye la habilidad en el uso de la sintaxis, la fonética, la semántica y los usos pragmáticos del lenguaje (la retórica, la mnemónica, la explicación y el metalenguaje).

3. Inteligencia visual-espacial: Capacidad de reconocimiento y reproducción de formas geométricas y orientación en el espacio tal como pensar en tres dimensiones. Permite percibir imágenes externas e internas, recrearlas, transformarlas o modificarlas, recorrer el espacio o hacer que los objetos lo recorran y producir o decodificar información gráfica. En síntesis, consiste en formar un modelo mental del mundo en tres dimensiones (tridimensional).

4. Inteligencia interpersonal: Habilidad para comprender los estados de ánimo de las personas que los rodean y la capacidad de modelarlos, además tiene la capacidad de percibir diferencias en los demás, particularmente contrastados en sus estados de ánimo, sus motivaciones, sus intenciones y su temperamento.

5. Inteligencia intrapersonal: Habilidad para reconocer y entender los sentimientos y emociones, para usarse de guía en el comportamiento. Aunado a la capacidad de construir una percepción precisa respecto de sí mismo y de organizar y dirigir su propia vida. Incluye la autodisciplina, auto comprensión y autoestima.

6. Inteligencia físico-cenestésica: Es la capacidad para usar todo el cuerpo en la expresión de ideas y sentimientos, y la facilidad en el uso de las manos para transformar elementos. Incluye habilidades de coordinación, destreza, equilibrio, flexibilidad, fuerza y velocidad, así como también la capacidad kinestésica y la percepción de medidas y volúmenes, por lo tanto, es la capacidad de utilizar el propio cuerpo para realizar actividades o resolver problemas.

7. Inteligencia musical: La inteligencia musical es la capacidad de percibir, discriminar, transformar y expresar las formas musicales. Incluye la sensibilidad al ritmo, al tono y al timbre.

Las anteriores inteligencias fueron las primeras propuestas de Gardner, años más tarde el plantea la octava, la Inteligencia naturalista.

Paladinez (2013), retomando a Gardner enfatiza que esta inteligencia se utiliza para observar la naturaleza, permite reconocer semejanzas entre grupos. Incluye las habilidades para observar, identificar y clasificar miembros de un grupo o especie, reconocer secuencias y formular hipótesis (pp. 26 y 27). Por otra parte, la misma autora, haciendo alusión a Lizano,

considera que la inteligencia naturalista, consiste en observar los modelos de la naturaleza, en identificar, clasificar objetos y comprender los sistemas naturales y aquellos creados por el hombre (p. 27).

Cabe resaltar que para Guell (2013), las inteligencias mencionadas anteriormente, se destacan en dos, que van ligadas al concepto de inteligencia emocional que son: La inteligencia intrapersonal e inteligencia interpersonal, lo cual significa que están ligadas con la inteligencia que permite medir el estado de ánimo, motivaciones, temperamento de los otros que es el acceso a la propia vida emocional, a los sentimientos, a aprender a discriminarlos y utilizarlos como elementos para orientar la conducta.

Asimismo, Guell (2013), afirma que las emociones son las respuestas complejas de nuestro organismo ante estímulos exteriores, estas respuestas se manifiestan de forma física y conductual. Las respuestas emocionales más conocidas son el miedo, la tristeza, la alegría, el disgusto, la sorpresa, la vergüenza y la rabia... (p.16).

Por otra parte, Goleman (2011), utilizo el término emoción para referirse a un sentimiento y sus pensamientos característicos, a estados psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias a actuar. Existen cientos de emociones, junto con sus combinaciones, variables, mutaciones y matices. En efecto, no existe exactamente que emociones pudieran considerarse primarias de los sentimientos, de las cuales surgen todas aquellas combinaciones.

Goleman (2011), hace referencia a las emociones, de las cuales se desprenden las conocidas como familiares, describiéndolas en la tabla 1.

Tabla 1
Diferentes emociones

Emoción	Familia
----------------	----------------

Ira	Furia, ultraje, resentimiento, cólera, exasperación, indignación, aflicción, acritud, animosidad, fastidio, irritabilidad, hostilidad y, en extremo, violencia y odio patológicos.
Tristeza	Congoja, pesar, melancolía, pesimismo, pena, autocompasión, soledad, abatimiento, desesperación y, en casos patológicos, depresión grave.
Temor	Ansiedad, aprensión, nerviosismo, preocupación, consternación, inquietud, cautela, incertidumbre, pavor, miedo, terror; a nivel psicopatológico, fobia y pánico.
Placer	Felicidad, alegría, alivio, contento, dicha, deleite, diversión, orgullo, placer sensual, estremecimiento, embeleso, gratificación, satisfacción, euforia, extravagancia, éxtasis, y en extremo, manía.
Amor	Aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, infatuación, ágape.
Sorpresa	Conmoción, asombro, desconcierto.
Disgusto	Desdén, desprecio, menosprecio, aborrecimiento, aversión, disgusto, repulsión.
Vergüenza	Culpabilidad, molestia, disgusto, remordimiento, humillación, arrepentimiento, mortificación y contrición.

Fuente: Goleman, (2011).

Retomando estudios, teorías y el trabajo realizado en los últimos años, Guell (2013), define a la inteligencia emocional como:

El procesamiento de manera racional a las respuestas emocionales, en crear un dialogo entre la inteligencia y la emoción. Este dialogo entre razón y emoción no implica actuar lógica y fríamente. Ni tampoco hacerlo de manera visceral y apasionada. La inteligencia emocional dará una respuesta emocional adecuada según

el contexto, después de un análisis racional. Una persona inteligente emocionalmente tendrá la capacidad de adecuar y regular sus respuestas, teniendo en cuenta su propio bien y el bien de otros, o sea, utilizando la racionalidad (p.18).

Por su parte Pérez (2015), haciendo alusión a Bisquerra explica la clasificación de las emociones humanas en la tabla 2.

Tabla 2

<i>Emociones humanas.</i>	
Emociones positivas:	Alegría (contento, euforia, placer, diversión...) Humor (sonrisa, carcajada, risa) Amor (afecto, ternura, cariño, aceptación...) Felicidad (gozo, tranquilidad, paz, bienestar)
Emociones negativas:	Ira (rabia, rencor, celos, envidia, impotencia...) Miedo (temor, pánico, terror, fobia, susto) Ansiedad (preocupación, estrés, inquietud) Tristeza (pena, dolor, melancolía, pesar...)
Emociones ambiguas:	Sorpresa, esperanza, compasión.

Fuente: Pérez, (2015).

El mismo autor, haciendo alusión a Bharwaney, destaca algunos aspectos interesantes acerca de la inteligencia emocional (p.14).

1. La inteligencia emocional se desarrolla y se aprende con la experiencia.
2. Hay variedad en cuanto a inteligencia emocional, puesto que las necesidades son

diferentes dependiendo de la persona.

3. La inteligencia emocional se suma a la inteligencia general.
4. Las investigaciones y avances científicos respaldan su existencia y su influencia en la salud de las personas.
5. Se puede medir.
6. Se ve reflejada en las conductas y relaciones con los demás.
7. Las emociones tienen una gran influencia en la capacidad de toma de decisiones.

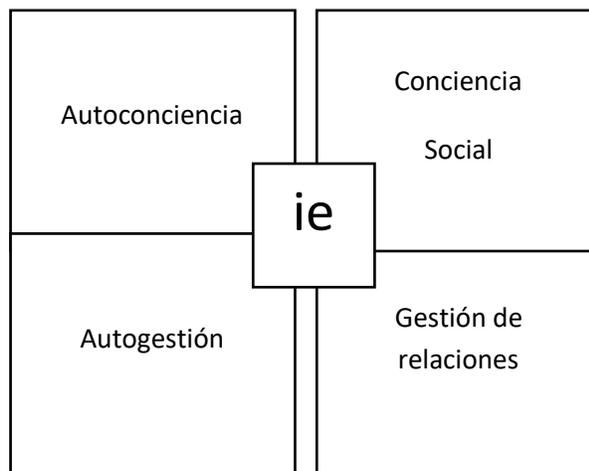
1.2 Factores que influyen en la inteligencia emocional

Goleman (2012), reconoce que el termino Inteligencia Emocional rebaso sus expectativas, por lo tanto, demostró ser un excelente modelo educativo en el campo de aprendizaje socioemocional y se consideró un componente fundamental de un buen liderazgo, así como un elemento necesario para sentirse realizado.

Por lo tanto, afirma que la mayoría de los elementos de todos los modelos de inteligencia emocional encajan en cuatro esferas genéticas: la autoconciencia, la autogestión, la conciencia social y la gestión de las relaciones, como se explica en la figura 1 (p. 12).

Figura 1

Estructura de la inteligencia emocional



Fuente: Goleman (2012).

Goleman (2012), señalando el debate de Gardner sobre los tipos de inteligencia más allá del coeficiente intelectual, argumenta que para que una inteligencia se reconociera como un conjunto diferenciado de capacidades tenía que existir un conjunto subyacente y exclusivo de zonas cerebrales que la gobernara y regulara. Así mismo también retoma dichas

investigaciones tales como las de Bar-On quien trabajo con uno de los mejores equipos de investigación cerebral y su estudio es una de las pruebas más convincentes de que la inteligencia emocional reside en áreas del cerebro distintas a las del coeficiente intelectual como se muestra en la imagen número 1.

Imagen 1



Fuente: Goleman, (2012).

En conjunto, esta información revela que existen centros cerebrales específicos que gobiernan la inteligencia emocional, tales como:

La amígdala derecha (dos, una en cada hemisferio cerebral) es un centro nervioso dedicado a las emociones y situado en el cerebro medio, otra zona determinante para la inteligencia emocional se localiza también en el hemisferio derecho del cerebro. Es el córtex somato sensorial derecho; cuando presenta daños también existe una deficiencia en la autoconciencia, así como la empatía, es decir, la conciencia de las emociones de los demás. Otra zona muy importante es la circunvolución de cíngulo anterior, se encarga del control de los impulsos, esto es, de la capacidad de manejar las emociones, en especial las angustiosas y los sentimientos intensos. Por último, la franja ventromedial del córtex pre frontal, se tratará del centro ejecutivo de la mente, donde reside la capacidad de resolver problemas personales e interpersonales, de controlar los impulsos, de expresar los sentimientos de un modo eficaz y de relacionarlos adecuadamente con los demás (Goleman, 2012).

1. 2. 1 La autoconciencia

Jiménez (2005), asegura que el concepto de autoconciencia surge con Wolff; quien se dedicó a publicar varios estudios en los que induce a dirigir la atención de los sujetos sobre sus aspectos físicos. Consistía en mirar fotos de sus manos, examinaban sus perfiles, y oían sus

voces grabadas. El interés de Wolff no estaba en el fenómeno que nos ocupa, sino que se centraba en la exactitud y habilidad de los sujetos para reconocer sus manos, perfiles, y voces, entre las de otros sujetos. Resultó sugestivo un fenómeno de aparente evitación: los sujetos tenían dificultades para reconocer los estímulos relacionados con su propia persona. Por ejemplo, mostraban mayor reconocimiento de las voces ajenas que de la propia. Este hallazgo le hace pensar a Wolff que el reconocimiento de la propia voz activa un estado afectivo que lleva a cierto rehusamiento para reconocer el actual sonido como propio, extienden esta observación un paso más y consideran a la inducción de la autoconciencia como generadora de conjuntos enteros de estados psicológicos. Un aspecto central de esta línea de razonamiento es que oír la propia voz, ver la propia imagen en el espejo o encontrarse a uno mismo desamparado fuera de un grupo, puede llevar a la persona a focalizar en una faceta del "*self*" más lejana. Aquí es donde empieza la teorización de la autoconciencia.

Para Goleman (2012), la autoconciencia ayuda a aplicar la ética y a tomar decisiones en general, a través de distinguir entre el cerebro penante y las zonas subcorticales.

Por otra parte, López (2013), mencionando los estudios de Brockert y Braun refiere que la autoconciencia indica el sentido exacto de la palabra, ser consiente de sí mismo, conocerse, conocer la propia existencia y ante todo el propio sentimiento de vida.

El mismo autor define la autoconciencia como la capacidad de darse cuenta, de conocer, las propias emociones y sentimientos en el momento en que tienen lugar, así como los motivos por los que se originan.

1.2.2 El autodomnio

Retomando a Goleman (2012), el autodomnio son los dos cuartos de la izquierda del modelo genérico de la inteligencia emocional que hacen referencia a la relación que se tiene con sí mismo.

Aunado a esto Hernández (2004), retomando a Dorsch enfatiza que el autodomnio es un método preconizado en la modificación cognitivista de la conducta para dirigir mediante autor refuerzo la propia conciencia y conducta de modo ordinario. Así mismo Goleman por su parte también consideraba que se trata de los principios básicos del autodomnio: la conciencia y gestión de nuestros estados internos. Ya que esas capacidades son las que permiten que alguien tenga un excelente rendimiento individual en cualquier campo y en el empresarial que sea una estrella solitaria. Aunado competencias como la

gestión de las emociones, el impulso concienciado para alcanzar objetivos, la adaptabilidad y la iniciativa se basan en la autogestión emocional.

La autorregulación de las emociones y los impulsos dependen en gran medida de la interacción entre el córtex pre-frontal (el centro ejecutivo del cerebro) y los centros emocionales del cerebro medio, en particular los circuitos que convergen en la amígdala (p. 38).

Así mismo Hernández (2004,) retoma a Aristóteles argumentando que:

Lo que se quiere es la emoción adecuada el sentir de manera proporcionada a las circunstancias. Cuando las emociones son demasiado apagadas crean aburrimiento y distancia, cuando están fuera de control y son demasiado extremas y persistentes, se vuelven patológicas, en efecto, mantener bajo control las emociones perturbadoras es la clave para el bienestar emocional; los extremos emocionales que crecen con demasiada intensidad o demasiado tiempo quebrantan la estabilidad (p. 21).

En el mismo sentido que Goleman y Hernández (2004), haciendo alusión a Aristóteles señalan una manera emocionalmente inteligente de enfrentarlos a su control es primero tomar conciencia de la situación y después sintonizar con los pensamientos. Para mantener el control el sistema emocional, está formado por distintos componentes que para dar un rendimiento óptimo deben trabajar juntos y de manera eficaz los componentes son los pensamientos los cambios fisiológicos y las acciones, el contexto a la formación emocional que comprende la educación, creencias, experiencias, es importante tener siempre en cuenta que son los propios pensamientos, cambios corporales y comportamientos los que desencadenan respuestas emocionales y no los actos de otra persona o los acontecimientos exteriores.

En este sentido Hernández (2004), retomando a Dorsch considera que la adaptación es la relación de un individuo con su medio ambiente, la cual es necesaria para vivir

confortablemente, sin tensión y conflicto. Se describió como un proceso para resolver problemas, establecer el equilibrio, volver de la perturbación a la satisfacción, reducir impulsos, disminuir la tensión emocional, eliminar estimulaciones negativas persistentes, para reducir al mínimo la tristeza y llevar al máximo la felicidad.

Por lo tanto, existen situaciones que no se pueden controlar, pero siempre se puede controlar el modo de reaccionar a ellas y es adaptabilidad que para el mismo autor la adaptabilidad se expande física y mentalmente. Esta coordinación de capacidades ocurre en la acción, dándole al individuo una especie de flexibilidad de movimiento.

1.2.3 Motivación

Con relación a Goleman (2012), la palabra motivación y emoción están ligadas con el concepto de movimiento. La motivación es lo que impulsa a actuar para conseguir un objetivo y todo lo que motive es lo que hace sentirse bien. Las motivaciones determinan donde encontrar placeres, con frecuencia cuando estas por culminar un objetivo se presentan complicaciones, sin embargo, si existen contratiempos y obstáculos en la consecución de las metas a las que empujan las motivaciones se activan unos circuitos que convergen en la zona del córtex pre-frontal izquierdo, con el fin de recordar las buenas sensaciones que se van a experimentar cuando se alcance el objetivo. Cuando algo se complica o sale mal, eso ayuda a salir adelante a pesar de las dificultades.

El mismo autor describe que la gente cuyo punto de ajuste emocional se inclina hacia el lado izquierdo tiende a ser más positiva emocionalmente, pero según ha constatado Davidson, es propensa la ira, en especial cuando se malogra un objetivo importante. En esos momentos se frustran y se enfadan, lo cual es bueno, porque moviliza la energía y centra la atención en el esfuerzo necesario para superar los obstáculos y alcanzar la meta (p.54).

Desde el enfoque de Hernández (2004), la motivación es la tercera esfera que integra la Inteligencia Emocional, retomando los estudios de Dorsch, la motivación son los procesos impulsores y orientadores que resultan determinantes para la elección e intensidad de la actualización de las tendencias de la conducta. Las variables motivacionales son, junto con las circunstancias (condiciones de estímulo) los determinantes más importantes de la conducta. Los objetivos y su representación son, en la teoría intensivo-motivación las variables decisivas en la motivación.

El mismo autor aludiendo a Weisinger, considera que los elementos de la motivación son afines a todos: confianza, optimismo, tenacidad, entusiasmo y resistencia. Por lo que la confianza es la que brinda la seguridad para realizar una tarea, el optimismo brinda la esperanza de que el resultado sea positivo, la tenacidad mantiene centrado en la tarea, el entusiasmo permite disfrutar el proceso y la resistencia impulsa a comenzar otra vez de cero. Por lo tanto, es importante mantener metas significativas, cuando se está motivado posee un sentido claro de la dirección y son tres aptitudes motivacionales que tipifican el desempeño sobresaliente:

Hernández (2004), asegura que el afán de triunfo, el afán de mejorar o estacarse; compromiso adoptar la visión y los objetivos, iniciativa y optimismo que es lo que mueven a aprovechar las oportunidades y permiten aceptar con buen ánimo contratiempos y obstáculos (p.24).

Por otra parte, Macedo (2004), define a la motivación como la energía que un niño invierte en una actividad, en especial en las tareas nuevas, y no familiares de resultado incierto. La motivación desempeña un papel muy importante en la manera de enfrentar la constancia ante el retroceso y frustraciones, la motivación principal del ser, consiste en fijarse ciertas metas en la vida. Están determinadas por las actitudes y el nivel de habilidad para resolver problemas.

1.2.4 Empatía

López y Arán (2014), sostienen que al intentar describir coloquialmente la empatía suele recurrirse a frases como “*ponerse en el lugar/ en los zapatos de los demás*”, buscando una metáfora para la idea de comprender o sentir lo que el otro siente en determinada situación, sin embargo, desde el ámbito científico no existe una definición unívoca de empatía. Se trata más bien de un campo conceptual en construcción y discusión, en el que recientemente se han realizado algunos intentos de integración.

Por lo tanto, para los mismos autores, al realizar una primera aproximación, la empatía es: La capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar. Es una habilidad indispensable para los seres humanos, teniendo en que toda la vida transcurre en contextos sociales complejos. Esta naturaleza social hace que el reconocimiento y la comprensión de los estados mentales de los demás, así como la capacidad de compartir esos estados

mentales y responder a ellos de modo adecuado, sean tanto o más importantes que la capacidad de comprender y responder adecuadamente a los contextos naturales no sociales (p. 38).

De acuerdo con las aportaciones de Goleman (2012), la aptitud básica de la conciencia social es la empatía: percibir lo que piensan y sienten los demás sin que lo digan con palabras. Se envían continuamente señales sobre los pensamientos mediante el tono de voz, la expresión facial, los gestos y muchos otros canales no verbales. La capacidad de disfrazar varía enormemente de una persona a otra (p.83). Para el mismo autor existen tres clases de empatía:

La primera es la cognitiva: concibe como se ven las cosas y se adopta la misma perspectiva. La segunda es la emocional: difiere de la base de la comprensión y de la química, algunas de las personas que destacan por su empatía emocional son los profesores, consejeros, responsables de atención al cliente y jefes de grupos. La tercera y última es la preocupación empática, que resulta de la observación donde se percibe la preocupación de alguien y se decide ayudar.

La empatía para López (2013), es fundamental en las relaciones sociales. La persona empática es capaz de ponerse en lugar de la otra, puesto que se molesta en conocer sus circunstancias y comprenderlas. Esta capacidad o habilidad es como el aceite de un motor: hace que los rozos inevitables entre las personas que conviven y trabajan en un mismo ámbito ocasionando el menor desgaste posible (p. 23).

1.3 Modelos de inteligencia emocional

Durante las últimas décadas, los teóricos han elaborado un gran número de modelos acerca de la Inteligencia Emocional. En términos generales, los modelos desarrollados se han basado en tres perspectivas: Las habilidades o competencias, los comportamientos y la inteligencia.

Fragoso (2015), haciendo alusión a Mayer menciona que los principales modelos de Inteligencia Emocional surgen a partir de la popularización del concepto y de ahí diferentes modelos conformados en función de la visión particular de sus autores, se clasifican en: modelos mixtos y modelo de habilidad.

Como lo sugiere Fragoso (2015), los modelos mixtos como su nombre lo indica, aglutinan habilidades, destrezas, objetivos, rasgos de personalidad, competencias y disposiciones afectivas. La mayor crítica a estos modelos es que al contener tantos elementos los resultados de sus instrumentos llegan a ser confusos, así como los límites entre sus numerosas y complejas variables. Muchas veces no son el resultado de años de estudio como modelos de inteligencia emocional sino de las investigaciones de sus variables aisladas (p. 115).

1.3.1 Modelo de Goleman

López (2008), hace refiere al modelo de las competencias emocionales de Góleman, donde reconoce que:

Su modelo es de amplio espectro, señalando que el término “Resiliencia del yo” es bastante cercano a la idea de la inteligencia emocional. De modo que Góleman definió la inteligencia emocional como la capacidad para reconocer y manejar nuestros propios sentimientos, motivarnos y monitorear las relaciones (p.34).

Haciendo énfasis en las aportaciones de López (2008), el modelo de las competencias emocionales comprende una serie de capacidades que facilitan, a las personas, el manejo de las emociones, hacia uno mismo y hacia los demás. De igual manera que este modelo formula la inteligencia emocional en términos de una teoría del desarrollo y propone una teoría del desempeño aplicable de manera directa al ámbito laboral y organizacional, centrado en el pronóstico de la excelencia laboral. Por ello, esta perspectiva está considerada como una teoría mixta, basada en la cognición, personalidad, motivación, emoción, inteligencia y neurociencia; es decir, incluye procesos psicológicos cognitivos y no cognitivos.

López (2008) (p.35), señalando los estudios de Goleman propone cinco áreas: Entendimiento de las emociones, manejo de emociones, automotivaciones, reconocimiento de las emociones en otros y manejo de las relaciones.

1. Entendimiento de las propias emociones: Lo cual constituye la piedra angular de la inteligencia emocional, reconocimiento de las emociones personales “en el momento” y monitoreo de los sentimientos “de momento a momento”.

2. Manejo de emociones: Es la que permite controlar los sentimientos y adecuarlos al momento, ocupándose de las emociones para que sean apropiadas. Habilidades para “aliviarse” a sí mismo y habilidad de “dejar fuera” la ansiedad desenfrenada o la irritabilidad.

3. Auto-Motivación: Esto ayuda a aumentar la competencia no solo social sino también la sensación de eficiencia con uno mismo y su entorno. Emociones al servicio de uno mismo, retrasar la satisfacción y los impulsos.

4. Reconocimiento de las emociones en otros: Es tener en cuenta las emociones de los otros sintonizando adecuadamente, lo cual permite relacionarse mejor. Conocimiento empático, armonizar con la necesidad.

5. Manejo de las relaciones: Esta permite un adecuado nivel de interrelación con los demás: Habilidad en el manejo de las emociones de otros actuando recíprocamente con otros.

Por otra parte, Fragoso (2015), retomando el Modelo de Goleman, concibe la Inteligencia Emocional como:

Un conjunto de características clave para resolver con éxito los problemas vitales entre las que destacan: la habilidad de auto-motivarse y persistir sobre las decepciones; controlar el impulso para demorar la gratificación; regular el humor; evitar trastornos que disminuyan las capacidades cognitivas; mostrar empatía, y generar esperanza (p. 115).

En este mismo sentido Fragoso (2015) (p. 116), describe la versión final que se muestra a continuación, afirma que la inteligencia emocional se integra por cuatro dimensiones conformadas de diversas competencias.

1. El conocimiento de uno mismo. Dimensión formada por la competencia del autoconocimiento emocional, que comprende las capacidades para atender señales internas; reconocer como los propios sentimientos afectan el desempeño laboral; escuchar a la intuición, y poder hablar abiertamente de las emociones para emplearlas como guía de acción.

2. La autorregulación. Dimensión relacionada con cómo la persona maneja su mundo interno para beneficio propio y de los demás, las competencias que la integran son: autocontrol emocional, orientación a los resultados, adaptabilidad y optimismo.

3. La conciencia social. Las competencias desarrolladas en esta dimensión son esenciales para establecer buenas relaciones interpersonales, se conforma de: empatía y conciencia organizacional.

4. La regulación de relaciones interpersonales. Se enfoca principalmente a los aspectos de persuasión e influencia sobre otros, se integra de las competencias: inspiración de liderazgo, influencia, manejo de conflicto, y trabajo en equipo y colaboración.

1.3.2 Modelo de Mayer y Salovey

López (2008), haciendo alusión a Salovey y Mayer, define la Inteligencia Emocional como: “La capacidad para identificar y traducir correctamente los signos y eventos emocionales personales y de los otros, elaborándolos y produciendo procesos de dirección emocional, pensamiento y comportamiento de manera efectiva y adecuada a las metas personales y el ambiente”. Es decir, la capacidad del individuo para acceder a sus emociones y crear una sintonización e integración entre sus experiencias. Así mismo sugiere que el modelo consta de cuatro fases de Inteligencia Emocional o modelo de habilidad, donde concibe a la inteligencia emocional, como una inteligencia relacionada con el procesamiento de información emocional, a través de la manipulación cognitiva y conducida sobre la base de una tradición psicomotriz. Esta perspectiva busca identificar, asimilar, entender y manejar las emocionales, definiéndolas de la siguiente manera.

1. La capacidad más básica es la percepción y la identificación emocional.
2. Las emociones son asimiladas en el pensamiento e incluso pueden ser comparadas con otras sensaciones o representaciones.
3. Las reglas y la experiencia gobiernan el razonamiento acerca de las emociones.
4. Finalmente, las emociones son manejadas y reguladas, en términos de apertura y regulación de los sentimientos y emociones con el fin de producir un crecimiento personal y en los demás.

1.3.3 Modelo de Extremera y Fernández-Berrocal

Este modelo se da a conocer en 2001 y evalúa tres variables: percepción, comprensión y regulación.

Para Trujillo y Rivas (2005), el enfoque propuesto por Extremera y Berrocal tiene por objetivo explorar las asociaciones entre la Inteligencia Emocional, la calidad de las relaciones interpersonales con amigos más íntimos y las actitudes empáticas hacia los demás.

Desde este enfoque se dice que las personas emocionalmente inteligentes no sólo serían más hábiles para percibir, comprender y manejar sus propias emociones sino tendrían más facilidad para extrapolar estas habilidades de percepción, comprensión y manejo de las emociones de otros.

En la tabla 3 se describen las dimensiones del modelo de Extremera y Fernández-Berrocal señalados por Trujillo y Rivas (2005).

Tabla 3

Componentes de la Inteligencia Emocional

Dimensión	Conceptualización
Percepción	Capacidad de sentir y expresar sentimientos adecuadamente.
Comprensión	Comprensión de los estados emocionales.
Regulación	Capacidad de regular estados emocionales correctamente.

Trujillo y Rivas (2005).

1.3.4 Modelo de BarOn.

Modelo de Inteligencia emocional y social de BarOn

López (2008), retomando los estudios de BarOn, define la Inteligencia Emocional como un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales y de destrezas que influyen en la habilidad para adaptarse y enfrentar a las demandas y presiones del medio.

Dicha habilidad se basa en la capacidad del individuo de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva.

El modelo de BarOn inteligencias no cognitivas se fundamenta en las competencias, las cuales intentan explicar cómo un individuo se relaciona con las personas que le rodean y con su medio ambiente. Por tanto, la inteligencia emocional y la inteligencia social son consideradas un conjunto de factores de interrelaciones emocionales, personales y sociales que influyen en la habilidad general para adaptarse de manera activa a las presiones y demandas del ambiente (p. 37).

En este sentido López (2008) (p.36), afirma que el modelo “representa un conjunto de conocimientos utilizados para enfrentar la vida efectivamente”. El modelo de BarOn está compuesto por cinco componentes:

1. El componente intrapersonal, que reúne la habilidad del ser consciente, evalúa el yo interior.

2. El componente Interpersonal; que implica la habilidad para manejar emociones fuertes, ser responsables y confiables con habilidades sociales, es decir, que comprenden, interactúan, se relacionan bien con los demás.

3. El componente de adaptabilidad o ajuste; permite apreciar cuan exitosa es la persona para adecuarse a las exigencias del entorno, evaluando y enfrentando de manera afectiva las situaciones problemáticas.

4. El componente del manejo del estrés, que involucra la habilidad de tener una visión positiva, optimista y trabajar bajo presión, sin perder el control.

5. El componente del estado de ánimo general, constituido por la habilidad de la persona para disfrutar de la vida, la perspectiva que tenga de la vida y el sentirse contenta en general. Fragoso (2015, p. 116), retomando los estudios de BarOn, define que la Inteligencia socioemocional es un conjunto de competencias y habilidades que determinan cuán efectivamente los individuos se entienden, comprenden a otros, expresan sus emociones y afrontan las demandas de la vida cotidiana. Donde instrumenta la inteligencia socio-emocional en cinco dimensiones básicas.

1. Intrapersonal. Esta dimensión consiste en tener conciencia de las propias emociones, así como de su autoexpresión, las habilidades y competencias que la conforman son: autoreconocimiento, autoconciencia emocional, asertividad, independencia y autoactualización.

2. Interpersonal. Dimensión que considera a la conciencia social y las relaciones interpersonales como su punto central, las habilidades y competencias que la comprenden son: empatía, responsabilidad social y establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias.

3. Manejo del estrés. Los puntos centrales de esta dimensión son el manejo y regulación emocional, las habilidades que la conforman son: tolerancia al estrés y control de impulsos.

4. Adaptabilidad. El núcleo de esta dimensión es el manejo del cambio, las habilidades y competencias que la integran son: chequeo de realidad, flexibilidad y resolución de problemas.

5. Humor. Es la última dimensión considerada y se relaciona con la motivación del individuo para manejarse en la vida, se integra de las habilidades: optimismo y felicidad.

1.3.5 Modelo de Habilidad

Fragoso (2015), haciendo alusión a Mayer y Salovey define la inteligencia emocional como:

La característica de la Inteligencia social que incluye un conjunto de capacidades que explican las diferencias individuales en el modo de percibir y comprender las emociones. Dichas capacidades son las de supervisar los sentimientos y las emociones propias, así como las de los demás, de discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones (p. 118).

De esta definición se desprenden las cuatro habilidades básicas de la inteligencia emocional (Fragoso, 2015) (p.118).

1. Percepción, valoración y expresión de las emociones: Es la habilidad más básica y se refiere a la certeza con la que las personas pueden identificar las emociones y el contenido emocional en ellos mismos y otras personas. Incluye el registro, la atención y la identificación de los mensajes emocionales, su manifestación se observa en expresiones faciales, movimientos corporales, posturas, tonos de voz, etcétera.

2. Facilitación emocional del pensamiento. Esta habilidad se relaciona con el uso de las emociones como una parte de procesos cognitivos como la creatividad y resolución de problemas, esto se debe a que los estados emocionales dirigen nuestra atención hacia cierta

información considerada relevante, determinando tanto la manera en que procesamos la información

3. Comprensión de las emociones. La habilidad se refiere al conocimiento del sistema emocional, en otras palabras, a conocer cómo se procesa la emoción a un nivel cognitivo, y cómo afecta el empleo de la información emocional en los procesos de razonamiento; comprende el etiquetado correcto de las emociones, la comprensión del significado emocional, no sólo de emociones sencillas, sino también de emociones complejas, así como la evolución de unos estados emocionales en otros.

4. Regulación reflexiva de las emociones. Es la que propone el modelo y se relaciona con la capacidad de estar abierto tanto a los estados emocionales positivos como negativos, reflexionar sobre los mismos y determinar si la información que los acompaña es útil sin reprimirla ni exagerarla, así como para la regulación emocional de las propias emociones y las de otros.

1.4 Estudios relacionados con inteligencia emocional

La asociación nacional de facultades y escuelas de contaduría y administración realizó un análisis comparativo de inteligencia emocional en estudiantes de administración: línea base de la gestión educativa para la formación y liderazgo de competencias emocionales en licenciatura y posgrado, el cual se llevó a cabo en la Cd. de México, donde se aplicó el SSRI (Schutte, Manes y Malouff), el cual es un instrumento que evalúa la percepción de las emociones, manejo de las emociones de uno mismo, manejo de las emociones de otros y utilización de las emociones, cuenta con una confiabilidad de .87, Se obtuvo la confiabilidad del instrumento de medición empleado, se encontró que los estudiantes de administración se encuentran ubicados en un rango medio en cuanto a la percepción de las emociones y el manejo de las emociones de uno mismo, mientras que en lo que respecta al manejo de las emociones de los otros y la utilización de las emociones, éstos fueron clasificados en un nivel bajo. De igual forma, se detectaron puntuaciones más altas en los estudiantes de los programas educativos del doctorado en administración, así como de las especialidades y maestrías orientadas al área de recursos humanos (Del Pino-Peña, 2014).

Angarita y Cabrera (2000), llevaron a cabo un estudio sobre IE (inteligencia Emocional) con estudiantes universitarios de la Ciudad de Barranquilla. La investigación fue de carácter descriptiva y comparativa realizada con estudiantes universitarios, de uno y otro sexo, que cursaban entre 2º y 10º semestre en diferentes carreras de pregrado. Se escogió al azar un grupo de 316 estudiantes, con edades entre 14 y 26 años, de una población total de 823 alumnos con alto promedio acumulado. El instrumento utilizado fue la Escala meta-emotiva del carácter (EMEC) la cual consta de 30 ítems que evalúan los factores de atención, claridad y regulación de las emociones mediante preguntas con 5 opciones de respuesta, que van desde «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo». Los objetivos estaban orientados a describir la atención, claridad en la percepción emocional y estrategias de regulación emocional que presentan los jóvenes de esta población, para luego comparar los resultados de acuerdo con el sexo. Enfatiza que el entendimiento y el análisis emocional en la muestra trabajada se presentó de manera adecuada, permitiendo a los estudiantes reconocer, descubrir, percibir relaciones, diferencias y similitudes en sus emociones; no obstante, a nivel de autorregulación emocional presentaron dificultades y, con ello, dificultades para controlar conscientemente la expresión emocional. Estos hallazgos deberían alertar a instituciones sociales como la familia y la escuela (esta última entendida en su sentido más amplio), en el compromiso por la creación de espacios de aprendizaje donde se adquieran competencias sociales y afectivas que preparen a los más jóvenes para la convivencia en valores.

Existen estudios donde se ha encontrado relación entre inteligencia emocional y el Trastorno de déficit de Atención e hiperactividad de manera significativa, Ferragut, Marta y Fierro (2012), realizaron un análisis de la relación entre inteligencia emocional (IE) del TDAH, se centran en la existencia de tres aspectos especialmente afectados: Las alteraciones emocionales (identificación visual de expresiones faciales emocionales, identificación de emociones propias y ajenas, autocontrol emocional, establecimiento y control de las relaciones sociales), las alteraciones motivacionales y las dificultades en la autopercepción. Estas alteraciones emocionales repercuten negativamente en el desarrollo social y académico de los niños con TDAH.

García-Castelar, Presentación-Herrero, Siegenthaler-Hierro y Miranda-Casas (2006), indican que el 74% de los niños con TDAH, son rechazados por sus compañeros. Con respecto a las alteraciones emocionales podemos indicar que las dificultades se encuentran

principalmente en la identificación y regulación de las emociones. Algunos estudios sugieren que existen dificultades especialmente en el reconocimiento de emociones negativas y que además existe una disfunción neurológica que las causa (López Martín 2010). Cabe pensar que los síntomas característicos del TDAH como la inatención o la impulsividad condicionan estas dificultades; sin embargo, las disfunciones emocionales no pueden explicarse únicamente por las disfunciones cognitivas presentes en el TDAH.

En cuanto a la regulación y expresión de las emociones, algunos autores (Albert e2008) han resaltado la importancia de estas dificultades como elementos fundamentales del trastorno, describiendo aspectos tales como las dificultades de regulación de las emociones y la falta de empatía. Albert, et al. (2008) ha indicado importantes dificultades en los niños con TDAH para controlar sus emociones, acentuada labilidad emocional, dificultades especialmente relevantes para controlar emociones cuando estas son negativas, así como mayores niveles de agresividad, ansiedad, depresión y tristeza. En lo referente a las alteraciones motivacionales cabe destacar la revisión realizada por López-Martín et al. (2010), que permite describir estados motivacionales que tienden hacia la motivación extrínseca e inmediata. Para explicar estas alteraciones se han desarrollado modelos motivacionales.

Actualmente, la inteligencia emocional se constituye en un fenómeno psicológico importante y controversial, considerando la vasta investigación que se viene generando y su aplicabilidad directa en los campos educativo, clínico y empresarial. Aunque esta variable psicológica sigue siendo conceptualizada de modos muy diferentes por los autores, constituye una nueva área de estudio sobre las emociones y la comprensión de la interacción adecuada entre emoción y cognición, que facilite el desarrollo de estrategias que permitan al individuo un funcionamiento adaptado a su medio (Salovey & Grewal, 2005).

Su estudio presenta diversificación de perspectivas a las que subyace la misma idea central: el que las competencias emocionales son un factor crucial a la hora de explicar el funcionamiento del sujeto en todas las áreas vitales (Mikolajczak, Luminet & Menil, 2006). La hipótesis más parsimoniosa frente a este constructo es que la inteligencia emocional no es algo nuevo, sino una mezcla de rasgos de personalidad que los psicólogos han estudiado durante décadas (Lilienfeld, Lynn, Namy & Woolf, 2011). En referencia a los aspectos emocionales en niños y niñas con TDAH, Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié (2008) afirman que estos presentan dificultades en la competencia emocional, afectando las

habilidades de reconocimiento, regulación y expresión de las emociones. Evidenciaron, además, que tanto los niños como los adultos con este trastorno, específicamente en el subtipo de TDAH combinado, muestran disfunciones

Por su parte, Fernández-Jaén et al. (2011) encontraron que la intensidad sintomática del TDAH presentaba una relación inversamente significativa con las habilidades sociales, según los padres. Del mismo modo, la puntuación de déficit de atención se correlacionó de igual forma con las habilidades sociales y liderazgo, según padres y profesores. Lewis, Guzmán, Cardozo y Santiago (2004) hallaron diferencias en la adaptación social y escolar entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH, presentándose una mayor inadaptación en los niños que padecen TDAH de tipo combinado, por lo cual se sugiere que este diagnóstico puede afectar la vida normal del individuo al comprometer aspectos comportamentales, desempeño educativo y laboral, y la interacción social. Así mismo, Puentes Rozo et al. (2014) identificaron diferencias significativas conductuales entre los niños con TDAH y sin este trastorno en relación con los niveles de adaptación social y escolar, presentando una mayor presencia de inadaptación los niños que padecen el TDAH de tipo combinado. Con lo presentado anteriormente se puede deducir que algunas de las características del TDAH tienen una relación directa con las habilidades básicas y necesarias para lograr un buen desarrollo del aprendizaje. En una etapa donde el adolescente acude a un colegio, está rodeado de compañeros de su misma edad y espera encontrar un grupo al cual pueda pertenecer, es predecible que el presentar bajas calificaciones y problemas en la conducta lo lleven a desarrollar sentimientos de inferioridad frente a los demás que lo terminarán aislando del resto. Del mismo modo sucederá por parte de los compañeros quienes, al ver que las dificultades del niño con TDAH no le permiten establecer un buen vínculo, optarán por alejarse y desplazarlo del grupo, dejándolo solo (Russo, Arteaga, Rubiales & Bakker, 2015). Si todas estas +dificultades se llegan a desarrollar, es probable que muchos aspectos emocionales estén siendo afectados de manera directa, 68 Inteligencia emocional y TDAH: Un análisis comparativo en estudiantes de Lima Metropolitana Propósitos y Representaciones, así como también las relaciones interpersonales y el manejo del estrés. De este modo crece la probabilidad de hallar diferencias entre la inteligencia emocional del adolescente que padece TDAH y del que no lo tiene. Reconociendo la importancia de los procesos socioafectivos en la experiencia de los estudiantes en desarrollo, y dada la escasa

literatura empírica y ninguna identificada en nuestro país sobre la inteligencia emocional en aquellos diagnosticados con TDAH,

Finalmente, Fernández-Berrocal (2012) afirma que las habilidades que incluye la IE son un factor clave en la aparición de conductas disruptivas en las que subyace un déficit emocional. Es lógico esperar que los alumnos con bajos niveles de IE presenten mayores niveles de impulsividad y peores habilidades interpersonales y sociales, lo que cual favorece el desarrollo de diversos comportamientos antisociales Algunos investigadores sugieren que las personas con una menor inteligencia emocional se implican más en conductas autodestructivas tales como el consumo de tabaco .Los adolescentes con una mayor capacidad para manejar sus emociones son más capaces de afrontarlas en su vida cotidiana facilitando un mejor ajuste psicológico y teniendo así un menor riesgo de consumo abusivo de sustancias. En concreto, los adolescentes con un mayor repertorio de competencias afectivas basadas en la comprensión, el manejo y la regulación de sus propias emociones no necesitan utilizar otro tipo de reguladores externos (tabaco, alcohol y drogas ilegales) para reparar los estados de ánimo negativos provocados por la variedad de eventos vitales y acontecimientos estresantes a los que se exponen en esas edades.

Capítulo II

TDAH

2.1 Generalidades del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia; es un proceso crónico con una alta comorbilidad que va a influir en el funcionamiento del individuo en la edad adulta. Este trastorno tiene un gran impacto en la sociedad en términos de costos económico, estrés familiar, problemas académicos y vocacionales, así como una importante disminución de la autoestima del sujeto afectado. La etiología no está completamente aclarada; parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base biológica cerebral y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Se han encontrado alteraciones en la estructura, función y neurotransmisión cerebral en pacientes con TDAH (Hidalgo y Soutullo, 2014).

La mayoría de expertos consideran que la heterogeneidad del TDAH sugiere vías causales complejas, de forma que los genes y el ambiente interactúan de múltiples maneras en el resultado final. La opinión general es que, si bien el trastorno es heredable en un 70-80%, la forma en la que se expresa y su evolución no puede comprenderse sin considerar las experiencias que tienen lugar en los sistemas sociales, y en particular en la familia como contexto primario de socialización (Faraone, 2005).

La poca información no revela las variables del entorno familiar que influyen en el TDAH se relacionan con las dificultades que ocasiona la crianza de los niños con TDAH como el estrés parental y métodos de disciplina que utilizan los padres, las relaciones familiares y el pertinente al papel de la familia en la identificación y tratamiento del TDAH, así como su implicación en el seguimiento escolar (Grau, 2007), todos estos factores nos llevan a concebir un problema psicosocial que impacta todas las áreas de interacción del niño con TDAH.

2.2 Evolución conceptual del término de TDAH y sus características.

Analizar históricamente el concepto de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) hasta llegar a las concepciones más actuales es complicado por la escasa literatura científica, dicha terminología ha evolucionado a lo largo de los años desde un enfoque fragmentado y parcial hasta una visión más comprehensiva y multidimensional del problema, ahora se pasa a la reflexión en torno a la necesidad de considerar el TDAH como un problema que se desarrolla a través de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y

sociales, de manera que todos los subsistemas implicados en la vida del niño (familia, escuela, grupo de pares) interactúan e influyen en su desarrollo (Grau, 2007).

El concepto de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha evolucionado a lo largo de la historia, tanto en la nomenclatura y en su concepción general como en los criterios diagnósticos utilizados y en las formas de tratamiento. Se puede afirmar que la primera descripción sistemática del trastorno la realizó en 1902 el médico inglés Still, quien observó que existía un grupo de niños que presentaban unas características peculiares como problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas y que carecían de capacidad para internalizar reglas. Presentaban además inmadurez, escasa sensibilidad al castigo y conductas de robo o mentiras. Todos estos síntomas fueron considerados por Still como fallos en el control moral, que determinaban una escasa capacidad de adecuarse a las demandas sociales. Estos síntomas tenían, para este médico, un sustrato físico y no eran causados por una deficiencia intelectual, por una educación inadecuada o por un ambiente familiar desestructurado.

En las siguientes décadas, diversos autores evidenciaron que existía un grupo de niños que sufrían un daño cerebral y manifestaban síntomas similares a los descritos por Still. Esta circunstancia provocó que el trastorno comenzara a entenderse como una alteración neurológica. En esta línea, entre otras, se sitúan diversos estudios que se refieren al síndrome como “trastorno de comportamiento postencefálico” y “síndrome orgánico cerebral”.

Aproximadamente una década después, Strauss y Lethinen (1947) interpretaron la hiperactividad como un síntoma de una lesión cerebral exógena en la que se suponía que estaban interviniendo factores externos a la dotación genética del sujeto, acusándose en consecuencia el término de “Síndrome de Strauss”.

Pero sin lugar a dudas fueron el psiquiatra infantil Lauder y el neuropediatra Denhoff (1957) quienes realizaron por primera vez una descripción sistemática del síndrome hipercinético. Estos investigadores consideraron que, a pesar de que la causa de los síntomas primarios residía en deficiencias en las estructuras talámicas, otros síntomas secundarios como la tendencia al robo o a la destrucción eran producto de una interacción entre factores biológicos y sociales.

En los años 60, la consideración de la hiperactividad como una disfunción cerebral mínima supuso un cambio de óptica apreciable en su concepción. Clements (1966) definió esta disfunción cerebral mínima como un trastorno de conducta y aprendizaje que presentan

niños con una inteligencia normal pero que padecen disfunciones del sistema nervioso central. Por consiguiente se estaba otorgando así un papel preponderante a los factores neurológicos como responsables del problema.

El concepto de disfunción cerebral mínima, sin embargo, no encontró sustento experimental y empírico por lo cual, desde las posiciones de la psicología y la pedagogía, se comenzó a concebir la hiperactividad como un trastorno conductual que se fue concretando en etiquetas diagnósticas más específicas como trastornos de aprendizaje, trastornos de lenguaje etc. En ese momento, el énfasis se puso en la excesiva actividad motora que presentan los niños hiperactivos, considerando ésta significativamente mayor que la que presentan los niños de edad, sexo y nivel socioeconómico y cultural similares.

Estas concepciones se vieron reflejadas en la publicación del DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) que constituyó la primera clasificación que incluía este trastorno con el término “Reacción Hiperkinética en la Infancia y en la Adolescencia”. En dicho manual, la reacción hiperkinética estaba caracterizada por un exceso de actividad, de inquietud, y distractibilidad, especialmente en niños pequeños. A demás se consideraba que estas conductas disminuían en la adolescencia.

En la década de los setenta, el trabajo de Douglas (1972) impulsó un cambio importante en la concepción del TDAH argumentando que la deficiencia básica del trastorno no residía en la excesiva actividad motora sino en la incapacidad para centrar la atención, así como en la impulsividad. Según Douglas, en la base de estas dificultades está una escasa capacidad de autorregulación. Las aportaciones de esta autora destacaron la dimensión cognitiva por encima de los aspectos conductuales, volviendo, de algún modo, a las concepciones iniciales de Still que señalaban una incapacidad para adecuarse a las demandas sociales. Influyeron además de forma importante en la clasificación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que supuso un cambio de enfoque al reconocer como ejes básicos del problema la desatención y la impulsividad, dejando en un segundo plano los síntomas de hiperactividad. Esta clasificación estableció las categorías diagnósticas de “Déficit de atención con hiperactividad” y “Déficit de atención sin hiperactividad”.

No obstante, el reconocimiento de las alteraciones de la atención como elementos básicos de un subtipo del trastorno, desapareció posteriormente en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). El TDAH fue clasificado como un trastorno de conducta perturbadora, modificándose incluso la terminología de referencia al utilizarse la

denominación de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Finalmente, fue con la publicación del DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) cuando, a pesar de conservar el mismo rótulo diagnóstico general, se vuelve a contemplar el subtipo de TDAH “con predominio del déficit de atención”.

Según el manual de diagnóstico DSM-IV el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad se debe diagnosticar bajo los siguientes criterios:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

a. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

b. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

c. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

d. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

e. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

f. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los

materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

- g. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- h. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- i. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- j. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

B. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un

tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p.ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

En los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, el TDAH se caracteriza por la aparición de síntomas de desatención, sobreactividad e impulsividad, de modo más frecuente y grave que los que se observan habitualmente en sujetos de la misma edad. Los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad manifiestan problemas de atención, entendida como la capacidad para eliminar estímulos distractores y centrarse en la tarea objetivo. Por otra parte, estos niños presentan problemas de impulsividad, cuyos indicadores más apreciables son la excesiva rapidez en el procesamiento de la información, junto con la escasa capacidad de recoger la información suficiente antes de dar la respuesta, y de inhibir los mecanismos inapropiados para conseguir la meta. Por último, el tercer síntoma que define el trastorno es la hiperactividad, un movimiento corporal excesivo para la edad del niño, una actividad casi permanente e incontrolada, que se caracteriza por no tener una meta concreta y aparecer en los momentos más inoportunos.

Los criterios específicos que se incluyen en el DSM-IV y el DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los que aparecen en el ICD-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico trastorno hiperactivo (THC) incluyen un listado similar de 18 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. También muestran su coincidencia en señalar que los síntomas se deben mantener a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones en las que el sujeto se desenvuelve. Al mismo tiempo, los síntomas deben de producir un desajuste significativo y manifestarse en dos contextos

diferentes. La duración y severidad de las conductas, su inicio temprano y su importante impacto en diferentes ambientes son aspectos claves para el diagnóstico del trastorno.

La versión más reciente del manual de diagnóstico DSM-V (2014) refiere que los criterios para Trastorno por déficit de atención con hiperactividad serán:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

- a. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- b. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- c. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- d. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- e. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- f. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- g. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

- h. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- i. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- j. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej. hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

B. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una fila).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- C.** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- D.** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- E.** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- F.** Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

- *Especificar si:*

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio: A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

- *Especificar si:*

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

- *Especificar la gravedad actual:*

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Los procedimientos diagnósticos han evolucionado también a lo largo del tiempo. Mientras en los años 80 el diagnóstico se centraba principalmente en la observación del niño y el tratamiento era principalmente de naturaleza farmacológica, en las últimas décadas se ha ido pasado a evaluaciones más especializadas del problema y a tratamientos de tipo multidisciplinar. En la actualidad, tal como se desprende de las indicaciones que aparecen en las guías de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) y de la American Academy of Pediatrics (2001), se recomienda para el diagnóstico de un niño con TDAH realizar una evaluación comprehensiva, que incluya además de los criterios del DSM-V o ICD-10, un examen médico minucioso, escalas de estimación conductual (realizadas por padres y profesores), evaluación psicoeducativa y observaciones en la escuela.

En las consideraciones actuales del TDAH es una de las alteraciones infantiles más frecuentes y que más interés e investigaciones ha generado en la psicopatología infantil, posiblemente por los problemas que ocasiona en la familia, en la escuela, y en la sociedad en general. En términos generales y considerando globalmente los tres subtipos la prevalencia se estima entre un 3-7% (American Psychiatric Association, 1994). Además, la proporción de varones que presentan este trastorno es superior a las mujeres en una proporción de 9/1 en niños en edad escolar de muestras clínicas, y de 4/1 en muestras comunitarias (APA, 1994). Esto varía también según los subtipos de 4/1 para el tipo hiperactivo-impulsivo a 2/1 para el predominantemente inatento. Curiosamente, aunque se trata de un trastorno que tiene su inicio en la infancia temprana, no se suele diagnosticar hasta la edad escolar. La explicación de este hecho es que la escolaridad exige patrones de comportamiento estructurados, incluido un desarrollo apropiado del nivel de atención y concentración que el niño con TDAH no posee.

En la actualidad, se considera que el TDAH es un síndrome neurobiológico, de etiología compleja, debido a un fallo en el desarrollo de los mecanismos cerebrales que regulan el autocontrol. Esta pérdida de autorregulación afecta a otras funciones del cerebro

que son importantes para mantener la atención y las funciones ejecutivas que posibilitan la integración y regulación de las funciones mentales.

Barkley (1994,1997) ha logrado elaborar una explicación global al conjunto de síntomas que presenta el niño con TDAH (inatención, impulsividad e hiperactividad) en base a la existencia de fallos en la inhibición conductual, que inciden de forma negativa en la acción coordinada de las cuatro funciones neuropsicológicas que permiten al sujeto una adecuada autorregulación: memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y del afecto, internalización del lenguaje y procesos de análisis y síntesis. Son numerosas las investigaciones empíricas que aparecen reflejadas en el corpus científico sobre el tema y que muestran cómo los niños con TDAH presentan un déficit en la autorregulación (Douglas 1989; Miranda, Presentación y Soriano 2002; Pennington y Ozonoff, 1996; Sergeant y Van Der Meere, 1990; Tannock, 1998).

La alteración de estas funciones puede manifestarse en el niño con TDAH en una serie de dificultades como son (Orjales, 2005):

- a. Dificultad de recuperar en su memoria aquello aprendido con anterioridad para aplicarlo a su momento actual.
- b. Dificultad en la percepción y control del tiempo.
- c. Pobres habilidades de organización de la conducta en el tiempo.
- d. Dificultad en hacer referencias a hechos del pasado o del futuro, alteraciones en la utilización de conceptos temporales.
- e. Dificultades en tareas que requieren cooperación, participación, tener en cuenta las consecuencias para los demás, tener presente los efectos de sus acciones en el futuro respecto a temas como la salud.
- f. Retraso en la interiorización del lenguaje y en su utilización en el proceso de pensamiento.
- g. Dificultad para comportarse conforme a unas reglas ya sean impuestas, acordadas por los compañeros o cuando se le da la posibilidad de generarlas por sí mismo.
- h. Mayor dependencia emocional del entorno, mayor dificultad para automotivarse, para analizar sus propios sentimientos y tomar las medidas necesarias para salir de estados de ánimo negativos como la ansiedad, tristeza o la frustración.

Otra de las características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es la persistencia de los síntomas hasta la edad adulta en más del 50% de los casos (Biederman et

al., 1993; Mannuzza, Klein, Bessler y Malloy, 1998; Spencer; Wender, 1995). No obstante, los síntomas varían a lo largo del ciclo vital, de manera que al principio son más frecuentes las conductas relativas a exceso de actividad e impulsividad, mientras los síntomas atencionales emergen más tarde (cuando comienzan las exigencias académicas, laborales y sociales), pero se mantienen a lo largo del tiempo (Hart, Lahey y Loeber, 1995; Levy, Hay, McStephen, Word y Waldman, 1997).

2.3 Modelos explicativos del TDAH

Tal y como define la Real Academia de la Lengua, “un modelo es un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”. A continuación se describen los modelos más importantes que definen y explican el TDAH: el Modelo de Douglas, el Modelo de Autorregulación de Barkley y el Modelo de Brown.

2.3.1 Modelo de Virginia Douglas

En 1972, Douglas y su equipo en el Instituto McGill de Canadá, revolucionaron el campo de la investigación mostrando datos que indicaban que los niños hiperactivos no presentaban necesariamente dificultades de aprendizaje atribuibles a problemas de audición, memoria y otras habilidades (Servera, Bornas y Moreno, 2001). Expandió el término TDAH que utilizamos en la actualidad, dejando atrás el concepto de “síndrome reactivo cinético”. Douglas elaboró un modelo atencional que dio lugar a la diferenciación entre el trastorno con o sin hiperactividad y centró el interés en el área atencional del trastorno, restando importancia a la actividad motora que, hasta ese momento, había sido el principal foco de interés en el estudio e investigación del síndrome.

Dichas deficiencias secundarias, todas de tipo cognitivo, se agrupan en tres grandes áreas:

- a. Déficit en el desarrollo de esquemas y estrategias, siendo éstas demasiado rígidas y poco adaptativas.
- b. Déficit de motivación intrínseca asociada al bajo rendimiento.
- c. Déficit metacognitivos que muestran incapacidad para planificar y controlar sus propias acciones.

Las deficiencias secundarias llevan a estos niños a continuas experiencias de fracaso. Estos fracasos, que pueden ser más o menos generalizados en el ámbito educativo y social, afectan

drásticamente a las predisposiciones básicas del niño cerrando una espiral de influencia. Ahora esas predisposiciones acaban convirtiéndose en déficit característicos de su funcionamiento y, entre todos ellos, el más relevante (y que mejor les diferencia) es la falta de esfuerzo, organización y mantenimiento de la atención. También presentan problemas de impulsividad y desinhibición pero de modo secundario a sus problemas atencionales y búsqueda de estimulación. De este modo se contribuye decisivamente en la creación de un trastorno por déficit de atención, sin necesidad de sobreactividad motora, y con un predominio del proceso de evaluación y tratamiento centrado en los procesos atencionales.

El punto de partida de su modelo fueron sus trabajos con muestras de niños afectados con problemas de hiperactividad y aprendizaje, a los que se les aplicó una batería de test, entre las que destacaron tareas de procesamiento de información, encontrando, como pieza clave de su modelo, la atención sostenida/vigilancia. La autora atribuye el origen del TDAH a la presencia de 4 predisposiciones básicas en el niño:

- a. Un rechazo o muy poco interés por dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas.
- b. Una tendencia hacia la búsqueda de estimación y/o gratificación inmediata.
- c. Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas.
- d. Poca capacidad para regular la activación en la resolución de problemas.

Estas predisposiciones pueden deberse a factores constitucionales o a factores sociofamiliares como, por ejemplo, un estilo educativo inconsistente o muy directivo, un ambiente familiar desordenado o confuso, el reforzamiento de las conductas impulsivas o la falta del mismo en las primeras interacciones del niño para la resolución de determinados problemas, etc. La presencia de estas características en el comportamiento del niño, por otro lado visibles ya desde los primeros años inducen o se relacionan con unas deficiencias secundarias normalmente manifestadas al inicio de la edad escolar (Servera, Bornas y Moreno, 2001).

Los tres déficit se influyen mutuamente, por ejemplo, muchos niños abandonan o son incapaces de concluir sus primeras tareas escolares sencillamente porque no ven la forma de "¿cómo?" afrontarlas, carecen de los conocimientos y habilidades necesarias. Para aprender formas de actuación es necesario que ellos inviertan un mínimo de tiempo y esfuerzo, que demoren ciertos reforzadores y que inhiban conductas impulsivas pero, al ser muy difícil que puedan cumplir con estas condiciones, su aprendizaje de procedimientos siempre es muy pobre. Además, aun suponiendo que consiguen aprender algunas estrategias, casi nunca las

someten al análisis necesario que les permite un conocimiento metacognitivo sobre ellas, es decir, las ponen en funcionamiento cuando son dirigidos externamente careciendo de los procesos de autonomía personal en resolución de problemas (Bornas y Servera, 1996).

A finales de los años ochenta, tras una década de gran influencia, empiezan a aparecer resultados discordantes con el modelo de V. Douglas, en general centrados en las limitaciones de los estimulantes y en el papel de los déficits conductuales, que reaparecen en un primer plano (Haenlein y Caul, 1987). Por otra parte, estudios recientes dentro de este modelo señalan que los déficits atencionales pueden conceptualizarse en el marco de una disfunción más general del procesamiento de la información (Leung y Connolly, 1994; Sonuga-Barke, William, Hall y Saxton, 1996).

Este modelo realiza una clasificación realmente imprescindible para el posterior tratamiento de las personas que padecen el síndrome en cualquier de sus subtipos, a pesar de que limita su desarrollo a uno de los pilares que conforman el trastorno que es el nivel atencional.

2.3.2 Modelo de Autorregulación de Russel Barkley

El modelo de Barkley tiene como hilo conductor y fundamento el concepto de inhibición conductual o autorregulación. Barkley, director de la sección de psicología del Hospital Clínico de la Universidad de Massachussets entiende por autocontrol o autorregulación, la capacidad del individuo para inhibir o frenar las respuestas motoras y, tal vez, las emocionales, que se manifiestan de forma inmediata como respuesta a un estímulo, suceso o evento, con el fin de sustituirlas por otras más adecuadas. En ese proceso de inhibición conductual, el individuo debe, de forma simultánea, inhibir por un lado la ejecución de una respuesta inmediata y, evitar por otro, los estímulos internos o externos que puedan interferir en dicho proceso (resistencia a la distracción).

Tal y como dice Orjales (2000), durante los momentos de demora de la respuesta, se ponen en marcha, lo que Barkley denomina las “funciones ejecutivas”, es decir, todas aquellas actividades mentales autodirigidas que ayudan al individuo a resistir la distracción y a fijarse unas metas nuevas más adecuadas que la respuesta inhibida inicial y a dar los pasos necesarios para alcanzarlas.

Barkley (1997) crea, tal y como dice Servera (2005), una propuesta explicativa que recoge conceptos teóricos de la Teoría del Lenguaje Humano de Bronowski (1977), de la Teoría del Córtex Prefrontal de Fuster (1989, 1995), de la Teoría de la Memoria de Trabajo

o de Representación de Goldman-Rakic (1995) y de la Teoría de los Marcadores Somáticos de Damasio (1995), partiendo de los modelos neuropsicológicos anteriores (Orjales, 2000).

Barkley (1998) afirma que el modelo de autorregulación es una “Teoría de las Funciones de Lóbulo Prefrontal” o, en su caso, del Sistema de las Funciones Ejecutivas (FE) y se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las FE y la autorregulación (Servera, 2005). Para Barkley existen 4 funciones ejecutivas que estarían alteradas en niños o adultos con TDAH:

- a. La memoria de trabajo no verbal, es la capacidad para mantener internamente representada información on-line que se utilizará para controlar la emisión de respuestas inherentes a un suceso (Servera, 2005). Esta información se mantendrá latente durante el proceso de ejecución de la tarea u objetivo.
- b. La memoria de trabajo verbal (o el habla internalizada), se define a partir del concepto de Vigotsky y hace referencia al proceso por el cual la acción se pone al servicio del pensamiento por medio del habla (Servera, 2005). Este habla permite la autorregulación del comportamiento a través de reglas o pautas de acción.
- c. El autocontrol de la activación, la motivación y el afecto, es la función que deriva de la Teoría de los Marcadores Somáticos de Damasio (Servera, 2005). La regulación de la emociones supone un ejercicio fundamental para activar y mantener una conducta hacia una tarea concreta. Las cargas afectivas correlacionan significativamente con la memoria de trabajo para conseguir la autorregulación.
- d. La reconstitución, término de Bronowski, hace referencia a la capacidad del lenguaje para representar objetos, acciones y propiedades que existen en el medio. Barkley entiende la reconstitución, a través de dos procesos: uno de análisis, donde se realiza una fragmentación de las conductas observadas y otro de síntesis, donde se recombinan las partes para diseñar nuevas acciones (Orjales, 2000).

Según el modelo de Barkley, los niños con TDAH parecen tener dificultades para inhibir las respuestas inmediatas a un determinado estímulo o evento (impulsividad) 2. Interrumpir la respuesta activada ante una orden o ante el feedback de sus errores (sensibilidad a los errores) 3. Proteger el tiempo de latencia y el período de autorregulación (control ejecutivo) de fuentes de interferencia, denominados control de interferencia o resistencia a la distracción.

El TDAH es, según este modelo, un trastorno del desarrollo de la inhibición conductual cuyo déficit genera, de forma secundaria, un déficit en el funcionamiento de las

funciones ejecutivas que dependen de la inhibición y que se reflejan en el individuo en una deficiencia en la capacidad de autorregulación, en el control o guía de la conducta por medio de la información representada internamente y en la dirección de esa conducta en el futuro (Orjales, 2000).

Este modelo es, con diferencia, el que aporta una explicación más completa acerca de los mecanismos que intervienen en los procesos autorreguladores que se ven afectados en personas con TDAH, ya que a diferencia del modelo de Douglas, éste tiene como eje principal la inhibición de los aspectos conductuales.

2.3.3 Modelo Thomas E. Brown

Thomas E. Brown, psicólogo clínico y director asociado de la Clínica para la Atención y otros Trastornos Relacionados, del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale (USA), ha desarrollado un modelo para describir las funciones ejecutivas que se ven afectadas por el trastorno TDAH, utilizando en su método de entrevistas clínicas, Brown estudió a niños, adolescentes y adultos diagnosticados con el TDAH según los criterios de DSM y comparó las descripciones que ellos hacían de sus problemas con las descripciones de los controles normales.

Las comparaciones entre las personas diagnosticadas con TDAH y las muestras no clínicas en cada grupo de edad arrojaron informes de fallas que pueden ser reconocidas en seis conjuntos del modelo de funciones ejecutivas y que explican el Modelo de Autorregulación de Brown como se muestra en la siguiente figura: Según Brown, estas agrupaciones operan en conjunto y las personas con el TDA/H tienden a padecer impedimentos en al menos un aspecto de cada agrupación y dado que estos impedimentos a menudo parecen manifestarse todos juntos, Brown opina que existe una relación clínica entre ellos.

Bajo el modelo de Brown, las dificultades de estas agrupaciones conducen a impedimentos de atención, ya que las personas afectadas tienen dificultades en organizar las tareas, comenzarlas, mantener el interés, permanecer alertas, sostener un estado emocional nivelado, emplear la memoria y el recuerdo a tiempo real y automonitorear y regular las acciones.

La aportación de este modelo, se basa en la clasificación de los diferentes hándicaps que pueden encontrarse desde un mismo punto de partida, como es el déficit de atención. Bajo nuestra perspectiva, el modelo de Brown da un paso más en esa primera clasificación realizada por Douglas y permite, de una manera más precisa, trabajar los elementos

integradores de la atención y diseñar actividades concretas para estos aspectos: activación, foco, esfuerzo, emoción, memoria y acción. Desde el punto de vista psicopedagógico, este modelo es el más útil para definir acciones educativas basadas en las limitaciones atencionales que presentan los alumnos con TDAH.

2.3.4 Modelo de déficit atencional de Mirsky

El modelo de Mirsky (1996) incide en los problemas de atención, a la que concibe como suma de cuatro procesos: enfoque atencional o atención focalizada y ejecución, mantenimiento de la atención o atención sostenida, procesamiento de datos con la memoria de trabajo o codificación y capacidad para cambiar el foco de atención de modo flexible y adaptativo o alternancia.

Los pacientes con TDAH tendrían dificultades en uno o varios de estos procesos, que podemos determinar del siguiente modo:

- La atención focalizada y la ejecución estarían controladas por áreas sensoriales y perceptivo-motoras, el sistema límbico, el tálamo y la formación reticular.
- La atención sostenida estaría regulada por estructuras de la formación reticular, que permiten mantener la atención y el arousal.
- La atención codificadora, se refiere a la atención que codifica los estímulos sensoriales y es la principal encargada de mantener o memorizar la información. La estructura cerebral que posibilita esta función es el hipocampo.
- La atención de alternancia, se refiere a la capacidad o habilidad de generar reglas de trabajo cuando se ejecuta una tarea. La estructura que posibilitaría este tipo de atención es según este modelo el córtex frontal.

Este modelo aporta una información específica acerca de cada elemento que compone la atención, por lo que es una visión importante a tener en cuenta, cuando se estudia el TDAH.

2.4 Epidemiología y prevalencia

Los datos epidemiológicos no ayudan a precisar el alcance de la presencia del TDAH en la población general. La diversificación de los resultados obtenidos, así como en ocasiones lo contradictorio de los mismos, se debe en parte a la complejidad del cuadro, en el que predomina la confusión debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas y a su etiología, variable e imprecisa. Otro de los motivos que dan lugar a la discordancia epidemiológica es que el diagnóstico más fiable sigue basándose en criterios eminentemente

clínicos; no contamos hasta el momento actual con una sola prueba que sea realmente específica del síndrome.

Uno de los instrumentos más utilizados durante la evaluación del TDAH, la escala de Conners, se construyó para evaluar el comportamiento infantil por efecto de los tratamientos psicofarmacológicos y fue publicada inicialmente en el *Child Psychopharmacological Bulletin*. Hace años, las tasas de prevalencia que se publicaban en USA se situaban entre el 9 y el 12%, en tanto que en Europa aparecían entre el 3 y el 5%. Recientemente, datos de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry han corregido el tiro y sus datos de prevalencia actuales son entre el 3 y el 6%. Mientras tanto hemos ido viendo valores que llegan a afirmar una incidencia de hasta el 33% en la población escolar. Los estudios de prevalencia no están exentos de deficiencias metodológicas, relativas tanto a los criterios diagnósticos, a los instrumentos utilizados, a la falta de homogeneidad de las poblaciones estudiadas o al método de selección (Scanhill y Schwab-Stone, 2000). En la revisión de Swanson, Sergeant, Taylor y Sonuga-Barke (1998) se refleja que, tomando los estudios que consideran exclusivamente la definición comportamental del trastorno, la prevalencia hallada en la población general de varios países oscila entre el 10 y el 20%.

Cuando las investigaciones toman como referencia la definición psiquiátrica del DSM-IV, que da lugar a que se formule el diagnóstico incluso en presencia de comorbilidad y establece la diferenciación en tres subtipos, la prevalencia que aparece está entre un 5 y un 9%. En un estudio de prevalencia realizado en Alemania por Essau y Groen (1999) sobre una muestra de adolescentes representativos de la población general, el 2% presentaban todos los criterios para el diagnóstico del TDAH y en un 15,8% se apreciaban al menos seis de los síntomas. Estos porcentajes se reducen cuando los criterios diagnósticos utilizados corresponden a la definición del CIE-10.

En este caso, los estudios aportan datos entre el 1 y el 4 % de la población general. En el caso de los estudios por subtipos, con arreglo a los criterios al respecto enunciados en el DSM-IV, el estudio de Gaub y Carlson (1997), realizado con pacientes que no experimentaron remisión clínica, indica que el subtipo inatento (IA) muestra tasas más elevadas que los otros dos subtipos, el hiperactivo-impulsivo (HI) y el subtipo combinado (C).

Hay diferencias en la prevalencia entre EE.UU. y Europa que parecen surgir del uso de distintas definiciones /clasificaciones (DSM-IV y CIE-10) y de distintos umbrales

diagnósticos. El tratamiento será multidisciplinar e individualizado para cada paciente y cada familia, e incluye principalmente un abordaje farmacológico y un apoyo psicosocial que van a conseguir el control del trastorno. Es importante destacar la posición privilegiada que ocupan el pediatra y el médico de atención primaria para poder actuar sobre este cuadro (Hidalgo y Soutullo, 2014)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) afecta aproximadamente a un 8% de niños en el mundo, y suele ser crónico, persistiendo en la adolescencia y vida adulta en un porcentaje de casos que ronda el 50% (Biedennan y Faraone, 2005)

2.5 Comorbilidad y diagnóstico diferencial

La investigación ha demostrado también que los niños con TDAH presentan altos niveles de comorbilidad con otros trastornos. Barkley (1981) ha sistematizado estos problemas en diferentes categorías: problemas físicos, conductuales, sociales, cognitivos, escolares y emocionales. En términos generales un 44% de los niños con TDAH padecen al menos otro trastorno psiquiátrico, un 32% padece dos trastornos y un 11% presenta al menos tres trastornos asociados (Szatmari, Offord y Boyle, 1989).

La investigación actual apunta a la posibilidad de establecer subgrupos de niños en función de las comorbilidades que presentan con otros trastornos. La presencia de comorbilidades complica el proceso diagnóstico adecuado, al igual que el proceso terapéutico dado que repercute en una evolución más desfavorable del trastorno. En un estudio realizado con una muestra española Roselló, Amado y Bó (2000) analizaron los patrones de comorbilidad en los diferentes subtipos de TDAH: evaluaron la presencia asociada de trastornos externalizantes en los distintos subtipos de TDAH y encontraron diferencias significativas entre los tres subtipos en cuanto a la presencia asociada del trastorno oposicionista desafiante. En el subtipo combinado se presentaba asociado en el 44% de los casos, frente al 30% en el subtipo hiperactivo-impulsivo, y un 14% en el inatento. Por otra parte, el Trastorno disocial se presentaba en porcentajes superiores en el TDAH subtipo combinado (19%), pero las diferencias no eran significativas respecto a los otros subtipos, el hiperactivo-impulsivo lo presentaba en un 7,7% y el inatento un 7,1%. Con respecto a los patrones de comorbilidad internalizantes (ansiedad, fobia, depresión) los resultados indicaron que los tres subtipos de TDAH muestran patrones de comorbilidad de tipo internalizante, sin que puedan establecerse diferencias significativas entre ellos; el subtipo hiperactivo

combinado en un 38,9% de los casos, seguido del predominantemente inatento en un 32,2% y del subtipo hiperactivo impulsivo en un 30,8%.

Biederman, Newcorn y Sprich (1991) en una revisión de estudios sobre la comorbilidad del TDAH, concluyen que existe una asociación considerable entre este trastorno y el trastorno de conducta, oposicionismo, trastornos afectivos, ansiedad, dificultades en el aprendizaje, síndrome Gilles de la Tourette y trastorno de la personalidad borderline. De entre ellos, los más frecuentes son los trastornos de conducta y oposicionismo, la ansiedad, trastornos afectivos, problemas de lenguaje y dificultades de aprendizaje. En la misma línea se sitúan los datos del reciente trabajo de Poeta y Nieto (2006) en Brasil. Además de poner de manifiesto que los factores de riesgo prenatal y perinatal juegan un importante papel en la aparición del trastorno, los autores encontraron que, en su muestra de niños con TDAH, un 85.6% de ellos presentaba comorbilidad, siendo los trastornos comórbidos más comunes el trastorno de conducta (39.2%) y el oposicionismo-desafiante (20.6%).

Cuando se diagnostica a un niño un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se encuentra ante una patología de inicio temprano, con alteraciones crónicas en las funciones cognoscitivas y conductuales que son necesarias para que se produzca adecuadamente la adaptación en la escuela, la familia y en la sociedad, es decir, en todos los contextos de desarrollo.

2.6 Problemas asociados al TDAH

A continuación se describen brevemente los problemas que con mayor frecuencia se encuentran asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

2.6.1. Bajo rendimiento académico

Para Barkley (1982), del 60 al 80 por ciento de los niños con TDAH manifiestan dificultades académicas. Estas suelen ser fruto de los déficits de atención, la impulsividad, otros elementos psicopatológicos asociados, la calidad de los refuerzos ambientales y la propia capacidad de desarrollar mecanismos compensadores. Parece lógico que debido a las dificultades de atención, memoria y control ejecutivo manifiesten menor rendimiento escolar con peores calificaciones y mayor porcentaje de casos que deben recibir apoyo en las aulas de educación especial.

El bajo rendimiento académico de los niños TDAH está asociado principalmente a las dificultades específicas en el aprendizaje de la lectura, la escritura, las matemáticas y la

solución de problemas. Se puede apreciar una prevalencia de dificultades lectoras que oscila entre un 15% y un 50% (August y Ganfinkel, 1990), en matemáticas entre un 24% y un 60% (Semrud- Clikerman y cols., 1992) y en deletreo entre un 24% y 60% (Barkley, 1998). Estudios recientes señalan que alrededor del 70% de niños TDAH presentan alguna dificultad de aprendizaje (Mayes, Calhoum y Crowell, 2000).

En aspectos relacionados con la lectura, las dificultades pueden aparecer fundamentalmente en la adquisición de una velocidad lectora adecuada debido a las exigencias de atención que conlleva la adquisición de esta habilidad. Las dificultades de atención, junto a las propias de la escasa memoria de trabajo que presentan estos alumnos, pueden conllevar también problemas en la comprensión de textos escritos sobre todo si existen párrafos largos, frases que no inician con el sujeto o si se trata de textos expositivos que exigen integrar la información. En general, se puede afirmar que los niños TDAH captan un número menor de ideas, que además no parecen ajustarse a la estructura interna del texto, y que su organización de la información es pobre.

En este sentido, una reciente investigación de Miranda, García y Jara (2001) encuentra una posible interacción entre los déficits cognitivos esenciales de los diferentes subtipos del TDAH y las habilidades cognitivas implicadas en la lectura (atención selectiva en el subtipo impulsivo e inhibición en el subtipo combinado), encontrando ejecuciones diferentes en exactitud, velocidad y comprensión lectora. Los sujetos TDAH subtipo inatento manifestaban más lentitud en el procesamiento de palabras, y mayor deficiencia en comprensión lectora que los sujetos TDAH subtipo combinado. También manifestaban dificultad en la velocidad de lectura de textos, aunque en este aspecto las diferencias no eran tan elevadas.

La escritura manuscrita exige la puesta en marcha de habilidades visoespaciales, motricidad fina y coordinación ojo-mano. Se ha evidenciado que casi la mitad de los escolares TDAH poseen escasas capacidades de motricidad fina, de forma que son frecuentes manifestaciones disgráficas como letras irregulares, tachones, interlineado y márgenes ondulantes, soldaduras, etc” (Miranda y cols., 2001).

2.6.1.1 Problemas de conducta

A pesar de que los problemas de comportamiento son relativamente frecuentes en la población infantil, parece demostrado que los niños hiperactivos suelen manifestar conductas como molestar a los otros niños, discutir más con sus hermanos, hacer ruidos molestos,

pelearse frecuentemente o hablar en situaciones inapropiadas. Suelen mostrarse más desobedientes y reclamar de forma continua y prolongada la atención y el contacto personal, emplean soluciones agresivas en situaciones de conflicto, pierden el control cuando se frustran y no siguen las reglas del juego. Todo ello hace que sean con frecuencia niños rechazados e impopulares y les hace víctimas de la etiqueta de niños molestos.

Se han intentado dar diferentes explicaciones de estas conductas como que realizan un procesamiento inadecuado de la información social, que tienen estilos atribucionales anómalos, que presentan un déficit de habilidades sociales en relación a la edad o que se comportan con una orientación social atípica o una finalidad inadecuada. Probablemente son una consecuencia de escasa sensibilidad para las demandas de cambio que muchas veces exigen las situaciones sociales. Presentan una incapacidad para captar de forma adecuada estas demandas y se muestran incapaces de suprimir comportamientos inadecuados, manifestando rigidez en sus estilos de respuesta. En definitiva, carecen de la habilidad de aplicar soluciones flexibles a situaciones complejas (Landau y Milich ,1988).

Diferentes estudios epidemiológicos muestran que los trastornos de conducta, tanto el trastorno oposicionista desafiante (TOD) como el trastorno disocial, están presentes en un 40-70% de los niños TDAH (Faraone y Biederman, 1997, Greenhill, 1998). La coexistencia o comorbilidad del TDAH/TOD se traduce desde una edad muy temprana en conductas perturbadoras: muestran niveles más elevados de conductas motoras y de impulsividad, presentan continuamente rabietas, son desobedientes y reaccionan de forma desmedida cuando no consiguen lo que quieren. Todo ello les ocasiona más conflictos, en particular con padres y profesores.

Estudios actuales, sugieren que los trastornos de conducta comorbidos tan frecuentes en los niños con TDAH pueden tener una base genética. En este sentido los estudios de genética molecular muestran que existe una asociación entre el gen DRD4 y TDAH con trastornos de conducta comórbido (Holmes y cols., 2002; Kirley y cols., 2004). Por otra parte, los estudios de familias también ponen de manifiesto la posible existencia de un origen genético distinto para el TDAH con Trastorno de conducta comórbido, incluso como una variante más severa del TDAH y con peor pronóstico (Faraone y Biederman, 1998). Otros investigadores llegan a proponer que el TDAH con Trastornos de conducta asociados es una variante con más carga genética y que justificaría una categoría diagnóstica separada en la línea de lo que establece la ICD-10 (Thapar, Harrington y McGuffin, 2001).

2.6.1.2 Trastornos afectivos

Trabajos como el realizado por Spencer Biederman y Wilens (1999) el TDAH coexiste con la depresión en porcentajes superiores al 30%. Para algunos autores como Borden (1987), las dificultades que experimentan los niños hiperactivos pueden ocasionar una acumulación de frustraciones que precipiten síntomas depresivos. Mientras el niño con desarrollo normal cada vez es más exacto en la evaluación de sus actuaciones y hace más atribuciones internas, los niños hiperactivos muestran más atribuciones externas sobre los resultados positivos y negativos y ejercen un escaso control personal sobre los acontecimientos. Suelen tener un bajo nivel de expectativas y un bajo autoconcepto debido a sus frecuentes fracasos, de manera que obtienen puntuaciones más altas en depresión infantil.

A pesar de que no existen estudios concluyentes, con cierta frecuencia se ha encontrado que los niños que poseen sintomatología depresiva suelen tener padres con ese problema, de forma que la interacción familiar parece jugar un importante papel en el desarrollo de estos síntomas en casos de niños con TDAH. Por otro lado, tal como señalan Miranda, Amado y Jarque (2001), las manifestaciones de ansiedad pueden ser frecuentes y se concretan en “dificultades por separarse de los padres, evitación de situaciones sociales y excesiva preocupación por acontecimientos específicos”. La presencia conjunta del TDAH con patologías como ansiedad excesiva, ansiedad de separación y las fobias se sitúa en torno al 25% (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991). Por ello, a nivel terapéutico, resulta importante la intervención prioritaria sobre estos trastornos afectivos incluso por encima de la sintomatología propia del TDAH.

2.6.1.3 Tics y trastorno de Gilles de la Tourette

Los tics como movimientos motores o vocales repentinos, rápidos y recurrentes se suelen observar en niños que presentan TDAH. Su forma extrema, con episodios más graves y con presencia tanto de tics motores como vocales, recibe el nombre de síndrome Gilles de la Tourette. La presencia de tics simples y el síndrome Gilles de la Tourette se puede observar en niños con TDAH hasta con una frecuencia del 10% de los casos, aunque hay que señalar que aproximadamente el 40% de los niños que presentan el síndrome de Tourette presentan de forma comórbida TDAH (Artigas-Pallares, 2003). No obstante, dado que los síntomas del TDAH suelen manifestarse de forma más temprana que los tics, resulta difícil, en los casos tratados con psicopestulantes, saber si su presencia, se ha desencadenado de forma independiente o por influencia farmacológica.

2.6.1.4 Problemas de lenguaje

Se puede afirmar que los niños con TDAH parecen tener más problemas en el desarrollo del lenguaje que los niños normales, observándose dificultades tanto en los aspectos de forma como de contenido del lenguaje. Investigaciones recientes realizadas por Ygual, Miranda y Cervera (2000) e Ygual (2003) han encontrado que en los niños con TDAH se evidencian ejecuciones significativamente inferiores en la producción verbal con procesos de simplificación del habla importantes. Manifiestan menores habilidades metafonológicas o hacen un peor uso de ellas en tareas de segmentación léxica y de integración silábica. Igualmente, presentan dificultades en tareas de conciencia fonológica que van a condicionar sus procesos lectores y evidencian más dificultades de expresión y comprensión morfológicas (peor uso del morfemas de número, tiempos pasados etc.).

Los hallazgos asimismo indican que los niños con TDAH poseen un nivel inferior de conocimientos semánticos que los niños del grupo control, con peores resultados en el establecimiento de relaciones analógicas, peor vocabulario comprensivo y dificultad en definir palabras conocidas. En cuanto a la fluidez verbal, se aprecian errores de perseveración y niveles de rendimiento inferior, al igual que en habilidades narrativas, donde se observan relatos de historias más cortas, con menor información, más desestructuradas y menos coherentes.

Por otra parte, hay que señalar que los estudios recientes parecen indicar que los patrones de comorbilidad se mantienen relativamente estables en el mismo individuo a lo largo de los años y la presencia de comorbilidad complica, lógicamente, el pronóstico y repercute en peores niveles de funcionamiento psicosocial. En base a ello, las líneas futuras de investigación pueden establecer diferentes subgrupos con factores de riesgo, cursos clínicos, factores neurobiológicos y respuestas terapéuticas diferentes.

2.6.1.5. Problemas de integración social

Entre los problemas más importantes que presentan los niños TDAH (principalmente aquellos del subtipo combinado), se encuentra la dificultad de establecer de forma adecuada relaciones sociales con sus compañeros: escasas habilidades de comunicación, bajo control en situaciones de conflicto, escasa tolerancia a la frustración e incumplimiento de normas en juegos de grupo. Este estilo de interacción molesto, lógicamente, provoca el rechazo del grupo de iguales.

Investigaciones como la llevada a cabo por Gentschel y McLaughlin, (2000) señalan que, en el niño con TDAH, se observa una escasa comprensión de los indicadores sociales que son claves para seguir las interacciones sociales, conocer y seguir las reglas que las regulan y alto nivel de egocentrismo en las interacciones con los demás. Otro de los aspectos que dificulta la interacción social es su baja competencia social, escasas habilidades para hacer y mantener amistades. Todo ello ocasiona que sus compañeros de juego sean con frecuencia más pequeños.

Se podría afirmar que los niños con TDAH conocen las acciones apropiadas pero fracasan en llevarlas a cabo. En un estudio reciente llevado a cabo en colegios de Castellón por García, Presentación, Siegenthaler y Miranda (2006), se evidenció la gravedad de la problemática social que presentan estos niños en el colegio. Son rechazados por sus compañeros principalmente por sus problemas de conducta y por sus características de personalidad. También se pudo observar como estos niños no perciben de manera adecuada su situación social, lo que les lleva a seguir manifestando conductas sociales incompetentes.

Otro aspecto importante a tener en cuenta respecto a las dificultades sociales de los niños con TDAH es que éstas se mantienen a lo largo del tiempo, de manera que entre un 50 y un 80% de los niños con TDAH siguen presentando problemas de relación con sus iguales al llegar a la adolescencia (Barkley, 1990).

2.7 Etiología del TDAH

A pesar de lo atractivo de los estudios etiológicos de TDAH que ponen de manifiesto la correlación de zonas anatómicofuncionales cerebrales, los estudios de familias que ponen de manifiesto la heredabilidad del trastorno y los estudios que hacen alusión a la importancia de los factores medioambientales, sigue existiendo una gran controversia y desconocimiento del peso de cada uno de estos factores etiológicos, así como de la compleja matriz de interacciones entre los factores psicosociales y los factores neurobiológicos. En nuestra exposición vamos a presentar una síntesis de las aportaciones que se están realizando en este campo, aunque no vamos a ahondar en ellas ya que no son objeto de nuestra investigación.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad del grupo TDAH en cuanto a severidad de presentación, persistencia de los síntomas, comorbilidades y las diferencias en la respuesta al tratamiento, los modelos de análisis unidimensional han mostrado dificultades para ofrecer

una explicación adecuada, por lo cual se ha hecho necesario integrar los procesos medioambientales y sociales en los modelos de explicación genéticos y neurobiológicos.

Pese a las evidencias cada vez mayores de la influencia de factores genéticos en el TDAH, hay que tener claro el efecto mediador de los factores medioambientales. En esta línea el estudio de Kreppner, O'Connor y Rutter (2001) muestra el impacto de la experiencia temprana de privación severa experimentada por niños adoptados procedentes de orfanatos rumanos. En su estudio, encuentra un aumento de TDAH (y otras patologías) en función del tiempo de privación experimentada. Estos datos sugieren la existencia de una ruta medioambiental, una conexión entre privación y cambios crónicos en la neurobiología del niño.

Investigaciones recientes como la de Coghill, Nigg, Rotheenberger, Sonuga-Barke y Tannock (2005) plantean la existencia de una heterogeneidad causal e incorporan niveles múltiples de análisis: biológico, cognitivo, conductual, centrándose en cómo las influencias medioambientales pueden interactuar en cualquiera de los tres niveles siguiendo el modelo de Morton y Fritz (1995).

En cuanto a la base neurobiológica del TDAH, a partir de los estudios de neuroimagen estructural (Resonancia magnética RM), se sugiere que, en la base del trastorno, existe una disminución en el volumen de varias regiones del cerebro: áreas prefrontales, núcleo caudado y globo pálido. Los estudios de neuroimagen funcional (Tomografía por emisión de fotón único SPET o tomografía por emisión de positrones PET) han señalado una reducción en el metabolismo o en el flujo cerebral en regiones frontales y estriales, regiones encargadas de regular la inhibición de respuestas, la planificación y la flexibilidad mental.

En este sentido, Swanson y colaboradores (1998), basándose en los estudios de Alexander, DeLong y Striock (1986) y Goldman y Rakic (1988) sobre los circuitos neuronales y los estudios sobre anatomía cerebral de Le Moal (1995), señalan cinco estructuras anatómicas interconectadas que pueden servir de modelo fisiológico en la explicación de la génesis del TDAH. Estas estructuras que se han visto implicadas en los diferentes estudios tienen conexiones con la corteza motora y sensorial.

Otra línea de investigaciones sobre los factores etiológicos se centra en el análisis de los posibles factores de riesgo para la presentación del TDAH. Distintos investigadores han encontrado una incidencia superior de complicaciones prenatales (sangrados, toxemia, uso de medicamentos, consumo de cigarrillos, consumo de drogas), perinatales (prematuridad,

anoxia, parto prolongado) y postnatales (muy bajo peso, malformaciones menores, convulsiones) en las historias de niños con déficit de atención con hiperactividad comparadas con las de los niños normales (Milberger, Biederman, Faraone y Jones, 1998), asimismo también se ha visto en diferentes estudios la repercusión de las circunstancias ambientales desfavorables (Biederman, Faraone y Monuteaux, 2002; Edy, Toro, Salamero, Castro y Hernández, 1999), incluso algunos estudios apuntan la importancia de variables protectoras como la coherencia intrafamiliar o la ausencia de conflictos familiares y la dedicación del tiempo suficiente a los niños con TDAH (Niederhofer, Hackenberg y Lanzendorfer, 2002; 2004).

En definitiva, tal y como señalan Gottesman y Gould (2003), un modelo que contemple la causalidad del TDAH necesitaría ser como “un ballet coreografiado, que incluya interactivamente al mismo tiempo, las aportaciones entre el cerebro que es una máquina compleja, los factores epigenéticos y el ambiente, dando lugar a un fenotipo particular”.

2.8 Tratamiento y pronóstico

En cuanto al tratamiento resulta extraño que en la actualidad no exista un modelo más o menos unitario de intervención terapéutica. En lo que teóricamente existe acuerdo generalizado es en considerar que el tratamiento ha de plantearse de manera complementaria y coordinada desde distintas disciplinas. La realidad ha impuesto de manera inequívoca la necesidad de una intervención en la que participen a un mismo nivel distintos profesionales procedentes del campo de la educación, la psicopedagogía, la psicología clínica y la medicina. No deberían caber aquí actitudes monopolísticas y excluyentes que no sólo contribuyen a la pervivencia de un modelo rancio y agotado de predominancia e incluso exclusividad de una disciplina respecto a otras, sino que perjudican gravemente a los afectados, en la medida en que no les orientan hacia la atención integrada y multidisciplinar que merecen y precisan. La actitud que todavía está influyendo muy negativamente en el desarrollo de la atención en salud mental como oferta eficaz por la acción complementaria de distintos profesionales de diferentes ramas del saber sanitario y asistencial.

De forma relativamente tradicional, se suele presentar una tríada de perspectivas integrantes de la acción terapéutica en el TDAH, constituida por la intervención farmacológica, la conductual y la cognitiva. Podría tal vez resultar más útil establecer campos

de actuación, como serían el biológico, la psicoterapia, el tratamiento psicopedagógico y la intervención familiar.

Hasta finales de los pasados años 80, el procedimiento que se utilizaba de forma mayoritaria era el farmacológico y, en bastante menor medida, el conductual. El primero se apoya en el uso de medicamentos que afectan a los neurotransmisores implicados en las expresiones psicopatológicas del TDAH. El más utilizado, sin duda, ha sido y sigue siendo el metilfenidato en sus diferentes presentaciones.

En mucha menor medida, pero con presencia significativa en las prescripciones, se encuentra la atomoxetina y, de forma testimonial, hay que citar la pemolina de magnesio. En la actualidad también se están utilizando determinados antidepresivos tricíclicos o neurolépticos tales como la clonidina, risperidona o paliperidona, particularmente cuando se trata a jóvenes o adultos. Conviene subrayar que el efecto y objetivo del uso de estos fármacos no es curar el TDAH, sino que cuando se trata de un caso con diagnóstico contrastado y buena respuesta a la sustancia que se le esté administrando, constituyen una gran ayuda para poder trabajar con el niño en otros terrenos y los resultados que se obtienen son mucho más rápidos, estables y de mayor alcance. Es preciso, sin embargo, tener en cuenta que entre un 25% y un 30% de los afectados no responden a la medicación o bien no la toleran (Swanson et al., 1998; Orjales, 2007) y que, en todo caso, los efectos a largo plazo tanto de la medicación como de las intervenciones puramente conductuales, por si solos, son bastante limitados y de discutida validez ecológica. Por lo tanto, se ha hecho necesario ir articulando otras alternativas de abordaje terapéutico que ayudasen a alcanzar la generalización de los efectos beneficiosos logrados a través del tiempo y de los diferentes contextos en que se desenvuelven los niños. En su momento, Barkley (1994) ya argumentó consistentemente en este sentido, proponiendo un enfoque orientado al desarrollo de la inhibición conductual como vía de acceso a la autorregulación, entendida ésta como la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que el niño inició ante la aparición de un estímulo determinado, además de proteger su pensamiento de distracciones externas o internas y elaborar una respuesta más adecuada que sustituya a la primera. La idea es que durante la demora de respuesta se pongan en marcha funciones ejecutivas definidas que den lugar a procesos más adaptativos, en la medida en que incorporen una clara formulación del objetivo a lograr, la estimación adecuada de los recursos disponibles para hacerlo y la elaboración de un plan de acción eficaz.

En la práctica clínica, ésta ha sido una línea de trabajo de gran utilidad y muy fecunda, sobre la que se han ido incorporando técnicas e instrumentos de gran relevancia, como la instauración de prótesis cognitivas mediante lingüificación de la conducta, desarrollado por Meichenbaum (1971, 1974). La práctica clínica nos muestra que la combinación de diversas técnicas, articuladas en un modelo de intervención coherente, propicia la aparición de mejoras clínicas significativas en mucha mayor medida que el uso aislado de algunas de ellas. Como muestra de ello, han ido construyéndose programas terapéuticos como el de Kotkin (1998), que integra en el mismo a profesores, psicopedagogos y auxiliares educativos cualificados. También en el aula se aplica el programa Classroom Kit de Anhalt, Mc Neill, y Bahl (1998), que se basa en el concepto de aprendizaje cooperativo.

En España, Miranda, Presentacion, Gargallo y Gil (1999) desarrollaron un programa en el contexto del aula, espacio que reúne las condiciones adecuadas para que los mecanismos autorregulatorios se interioricen de manera gradual por los niños hiperactivos. Calderón (2001) estructuró un programa de carácter cognitivo conductual cuya aplicación ha dado como resultado una significativa disminución de las conductas vinculadas al trastorno, mantenida durante el seguimiento. Orjales y Polaino (2007) han diseñado un programa de intervención de corte también cognitivo conductual que incluye el entrenamiento en técnicas de autoinstrucción, modelado, solución de problemas, autoevaluación o relajación, así como de generalización de aplicación de estos procesos.

Llama la atención que apenas hay presencia significativa en la literatura científica específica del TDAH ni en los programas integrados de intervención de uno de los recursos que mayor eficacia muestran en el trabajo con los niños hiperactivos, como son las técnicas relacionadas con la corporalidad, el sistema postural y el movimiento, tales como las terapias psicomotrices. Resulta llamativo que un trastorno que compromete de forma tan significativa el cuerpo y el movimiento no dé lugar a una presencia mucho mayor de las intervenciones de carácter psicomotriz en su abordaje. Además, su debut tiene lugar en la infancia temprana, período etario en el que el cuerpo es el mediador por excelencia en los procesos relacionales, de conocimiento y de aprendizaje.

En varios modelos se menciona el entrenamiento en relajación, que frecuentemente se deja de lado porque su aplicación en las fases iniciales de tratamiento da escasos resultados, mientras que resulta de gran utilidad en estadios posteriores del mismo. Esto es así porque niños con escaso control regulatorio, si no han trabajado previamente los procesos

de excitación e inhibición psicomotriz en el contexto de la organización tónico postural, tienen muy difícil integrar los elementos vivenciales imprescindibles para el aprendizaje de la relajación.

Como señaló Ajuriaguerra (1973), la evolución infantil está vinculada a la evolución psicomotriz, inicialmente en su vertiente sensoriomotora. La motricidad, que de partida es confusa e indiferenciada y se expresa en forma reactiva global, va alcanzando sucesivamente valores como forma de contacto y expresión, de exploración y utilización, ya que el niño descubre el mundo de los objetos a través del movimiento y la percepción sensorial. Pero su descubrimiento sólo alcanzará calidad adaptativa cuando a través del gesto progresivamente más preciso y orientado sea capaz de coger y dejar, cuando haya construido el concepto de distancia entre su cuerpo y los objetos con los que se relaciona y cuando éstos hayan dejado de formar parte de su primaria e indiferenciada actividad corporal. El cuerpo proporciona tanto información como modos de actividad y comportamiento que permiten organizar experiencias al organismo en evolución. Adquiere, en consecuencia, el papel de continente dinámico, portador de significado dentro del proceso de funcionamiento simbólico. Lo que se nos plantea, en definitiva, es la precedencia del yo corporal respecto al yo cognitivo, como conceptualizó Santostefano (1990). A partir de aquí, se puede concebir al sujeto cognitivo como un ser que parte de una organización interna constituida a partir de disposiciones previas, cuyos esquemas, entendidos como unidades básicas de organización, se van acomodando a la realidad a través de la acción que realiza sobre la misma, así como de la información que recibe a través de esta acción. Puede acceder así a la organización del espacio, de los objetos y de sí mismo en relación a éstos de forma más adaptada. Las acciones, cada vez más interiorizadas, van siendo transformadas en significados, cuyos significantes se integran en un lenguaje que es constructor del pensamiento, a la vez que contribuye a una progresiva exclusión corporal, condición necesaria para el desarrollo futuro de los procesos de relación y aprendizaje (Mas, 1991). Esto es posible en la medida en que el sujeto actúa y se acomoda a los datos de realidad, a la vez que los modifica lo suficiente para que puedan ser asimilables. Se construye así una cadena de equilibraciones progresivas que dan lugar a la aparición y organización de estructuras estables, de carácter cada vez más complejo e integradoras de sus predecesoras. Cuando el TDAH está presente, vemos como estos procesos se ven seriamente afectados y, consecuentemente, también la construcción de estructuras de relación y conocimiento. En los últimos 30 años, se han desarrollado un amplio

abánico de recursos técnicos en el plano psicomotriz que ofrecen una importante riqueza terapéutica y que por su vinculación con el acto motor suelen ser muy bien aceptados por los niños. Quien no esté familiarizado con las ciencias y técnicas corporales y experimente interés al respecto, puede realizar una primera aproximación a través de autores como Quirós, Schragger (1987) y Fonseca (1996).

Tratamientos Actuales para el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad

La intervención en el TDAH no ha adoptado un modelo único sino que se ha enfocado desde diferentes perspectivas: farmacológica, psicosociales y multimodales. Estas tres formas de intervención hasta el momento son los mejores medios disponibles para manejar el TDAH y tratar de aminorar sus consecuencias. A continuación se describen estas intervenciones y los estudios que respaldan su implementación.

2.8.1 Tratamiento farmacológico:

La farmacoterapia del TDAH se inició en 1937, cuando Bradley describió los efectos de la benzedrina en el comportamiento de los niños (Diamond & Mattsson, 1998). Actualmente la farmacoterapia con estimulantes es la intervención más común para el tratamiento del TDAH en Norteamérica, con metilfenidato (MPH) liderando con un 62% de las prescripciones estimulantes. Dextroanfetamina (DA) prescritas en un 23%, anfetamina con un 12% y pemolina con 3% (Althoff y cols., 2003). Estos medicamentos han demostrado ser eficaces a corto plazo para aliviar los síntomas centrales del TDAH (MTA Cooperative Group, 1999), estimándose que un 70% de los niños con TDAH responden al tratamiento farmacológico favorablemente (Purdie et al., 2002). La evidencia también muestra que los antidepresivos tricíclicos, pueden ser efectivos en el manejo de los síntomas del desorden, así como de los síntomas coexistentes de ansiedad o de un trastorno del estado del ánimo. No obstante, estos antidepresivos no parecen ser tan efectivos como los estimulantes (Barkley, Murphy, & Bauermeister, 1998).

En cuanto a los beneficios y limitaciones del tratamiento estimulante, los estimulantes están asociados con un positivo efecto a corto plazo en la conducta (AACAP, 1997). Un 62% de los niños mejoran según los criterios reunidos para el tratamiento exitoso (Lewis, 2002) y entre un 10 – 30 % muestra una respuesta adversa o no responde al tratamiento estimulante (Wells y cols., 2000). Metilfenidato muestra una mejora en la productividad y atención académica, aunque éste tiene un menor impacto. Es interesante que este beneficio a corto plazo no ha demostrado llevar a una mejora a largo plazo en el logro académico (Lewis,

2002). Se ha demostrado que los estimulantes están asociados con una mejora inmediata y sustancial en la calidad de interacciones sociales con los pares, familia, y maestros; sin embargo, debe notarse que no todas las deficiencias sociales responden. Los problemas con la agresión, procesamiento de la información social, aislamiento social, y disforia pueden ser menos sensibles. La mayoría de los niños experimenta una mejora en la autoestima como su capacidad de normalmente funcionar mejora. Esto puede ser menos evidente cuando el niño tiene atribuciones negativas profundas alrededor de la medicación.

El tratamiento estimulante es útil a una mayoría de niños con ADHD; sin embargo, ofrece alivio significativo, no una cura. La efectividad de medicación estimulante puede ser limitada por su duración de acción (4 a 5 horas), y dado que no existe una generalización a situaciones en que está ausente el medicamento (Purdie et al., 2002). Además puede producir efectos secundarios somáticos y psiquiátricos, tales como anorexia, insomnio, dolor de estómago, cefaleas y tics; en algunos niños puede provocar taquicardia o elevación de la presión arterial diastólica (García, 2000). También la medicación presenta otras limitantes sociales y culturales, como el estigma social y la actitud negativa de una parte de la población hacia los psicofármacos, lo que trae consigo que los padres no quieran usar la medicación o fallen en el mantenimiento del tratamiento. La deserción en la toma de medicamentos es un problema importante, con tasas de cumplimiento especialmente problemáticas en familias de estrato socioeconómico bajo (Barabasz y Barabasz, 1996, 1997). Finalmente los adolescentes son frecuentemente reacios a tomar psicoestimulantes. Por todas estas razones, la medicación se combina a menudo con los tratamientos psicosociales.

El uso de la medicación requiere una discusión de miedos parentales sobre el daño al niño y la discusión continuada sobre los ajustes de dosis, los efectos laterales, y cómo el niño se siente sobre tomar las píldoras. El TDAH es un desorden complejo que afecta cada área de funcionar y requiere un programa del tratamiento comprensivo. Para Etchepare y Almonte (2003) la decisión de prescripción de terapia farmacológica depende de la existencia de síntomas que se pueden mejorar, la severidad de éstos, y el grado de incapacidad social que producen. El propósito es ayudar, al inicio, a funcionar mejor en la familia, escuela y con sus pares.

2.8.2 Tratamientos Psicosociales

2.8.2.1 Psicoterapia

Terapia conductual

Desde el modelo conductual se postula que los síntomas de hiperactividad, impulsividad y dificultades de atención, son patrones de conductas desadaptativas y desajustadas que pueden ser modificadas de igual forma que cualquier otro desorden de conducta, a través de las técnicas basadas en los principios de aprendizaje (Granell, 1979). Una característica de esta aproximación terapéutica conductual ampliamente usada, incluye la colaboración de padres y maestros. Los terapeutas entrenan a padres para usar economías de fichas, atención positiva para las conductas apropiadas, y tiempo fuera u otros castigos por los incumplimientos. Los profesores pueden usar el manejo de contingencias en el aula administrando alabanza verbal y otros premios para las conductas atentas apropiadas y retiro de privilegios o castigos para las conductas indeseables (American Academy of Pediatrics, 2001).

En el corto plazo, las intervenciones conductuales mejoran conductas focalizadas, habilidades sociales, y rendimiento académico en escenarios específicos, pero es menos útil reduciendo falta de atención, hiperactividad, o impulsividad. Las más grandes debilidades de terapia de conducta son la falta de mantenimiento en el tiempo de las mejoras y fracaso para generalizar los cambios a otras situaciones distintas a donde el entrenamiento ocurrió. La generalización puede aumentarse al máximo dirigiendo el entrenamiento en distintos escenarios donde el cambio de conducta se desea a los tiempos múltiples y lugares, mientras facilitando el traslado de los reforzadores sucedidos naturalmente, disminuyendo el refuerzo gradualmente en un horario intermitente (AACAP, 1997), e instruyendo a los padres y maestros a señalar la conducta deseada y continuar proporcionando las contingencias. La falta de mantenimiento de ganancias puede dirigirse a través del uso de sesiones "propulsoras" periódicas (booster sessions)

En general, la terapia de conducta sola es menos eficaz que la medicación. Aunque la experiencia clínica sugiere por otra parte, que la mayoría de los estudios controlados han podido demostrar el beneficio adicional cuando la modificación de conducta se agrega a la medicación (American Academy of Pediatrics, 2001). Entre los programas conductuales manualizados y enfocados en el niño, el más extensamente conocido es el "Summer Treatment Program" (Pelham et al., 1993). Se trata de un programa intensivo de tratamiento (360 horas), dentro de un período de 8 semanas para niños entre 5 y 15 años quienes son

atendidos en grupos desde las 8:00 AM hasta las 5:00 PM durante los días de semana, recibiendo un programa de modificación de conducta en el contexto de un salón de clases. El programa usa una combinación de intervenciones que apuntan a mejorar en los niños, su relación con pares, interacciones con adultos, desempeño escolar y autoeficacia. Entre las técnicas que aplica este manual se encuentran un sistema de puntos, reforzamiento positivo, tiempo – fuera, intervenciones con pares, entrenamiento en habilidades deportivas y tarjetas de informes diarios. El programa entrega varios componentes de tratamiento apoyados empíricamente e incluido en el estudio más importante sobre tratamientos combinados realizado por el MTA (Cooperative Group, 1999).

Terapia cognitivo - conductual:

La terapia cognitivo - conductual (TCC) se define como una amalgama racional de diversas e interrelacionadas estrategias para proporcionar nuevas experiencias de aprendizajes que involucran procedimientos establecidos y un análisis cognitivo (Kendall & Braswell, 1993). De acuerdo con este modelo: (1) se enfatiza los procesos del aprendizaje y la influencia de las contingencias y modelos en el ambiente; (2) subraya el rol central de los factores de mediación / procesamiento de la información; (3) se adscribe al conductismo metodológico confiando en la investigación básica en psicología, con el fin de generar hipótesis generales sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas específicas. Desde el paradigma explicativo cognitivo-conductual, el énfasis está localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta. Niños con TDAH muestran déficit en la mediación verbal y en sus habilidades de resolución de problemas que parecen contribuir a su pobre regulación (Shirk y Russel, 1996). Estos niños muestran generalmente dificultades en controlar sus conductas, describiéndose como "actuar sin pensar", enfatizando sus deficiencias en las habilidades del pensamiento y la planificación (Braswell y Bloomquist, 1991). Los niños impulsivos e hiperactivos tienden a evidenciar deficiencias de procesamiento de forma que actúan sin pensar o realizan una tarea pobremente debido a una falta de planificación. Ellos no se comprometen en procesar cuidadosamente la información y como resultado sufre su desempeño. Sus dificultades surgen por no detenerse y pensar antes de actuar. Los estudios han demostrado que la agresividad y las conductas acting-out impulsivas se relacionan en parte a una falta de autodominio, a una falta de toma de perspectiva social, y un fracaso para emplear las habilidades verbales mediacionales (Lewis, 2002).

En la TCC el abordaje terapéutico del TDAH se realiza a través de una gran cantidad de técnicas validadas empíricamente y cuyas formulaciones teóricas están sujetas a permanentes modificaciones. Braswell y Bloomquist (1991) sostienen que las principales estrategias utilizadas en el tratamiento de niños con TDAH son (a) el entrenamiento autoinstruccional, (b) entrenamiento en resolución de problemas (c) modelado, (d) contingencias conductuales, (e) educación emocional, y (f) ejercicios de juegos de rol. También se ha descrito en la literatura el uso del entrenamiento en relajación, ensayo conductual, imaginación, autoevaluaciones positivas, cambio de la focalización atencional y reestructuración cognitiva (Opazo, 1983; Caballo, 1996; Ronen, 1997; Ellis y Grieger, 2000). El entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas para el tratamiento del TDAH son considerados centrales en este enfoque. El entrenamiento autoinstruccional usado para enseñar a los niños con TDAH a “pensar antes de actuar” a través de su entrenamiento para “hablarse a sí mismos internamente” y ayudándolos a enfocar y dirigir su conducta hacia las tareas (Meichenbaum y Goodman, 2000). El entrenamiento en resolución de problemas es usado para ayudar a los niños a reconocer y definir un problema interpersonal, generar soluciones alternativas, evaluar las consecuencias e implementar una solución elegida. La TCC puede ser administrada individualmente o en grupo. Esta combina el aprendizaje de estrategias cognitivas, tales como pasos para resolver un problema y automonitoreo con técnicas de modificación de conducta, tales como refuerzos contingentes y modelado. La TCC se ha desarrollado como un intento para mejorar la generalización y durabilidad de las técnicas de modificación de conducta. Esto es teóricamente plausible, porque se dirige a los déficits que presumiblemente afectan directamente en el control de la impulsividad y en la habilidad de resolución de problemas y proporciona una estructura para el trabajo niños que de otra manera ganarían poco de la terapia. Aunque los estudios tempranos de TCC con niños agresivos, impulsivos, e hiperactivos mostraron mejoras en las medidas de impulsividad cognitiva, conducta social, y el uso de estrategias de afrontamiento, resultados posteriores han sido menos auspiciosos, no demostrándose que la TCC mejora los resultados cuando se le agrega a la medicación estimulante (AACAP, 1997). Los problemas mayores son la falta de generalización a situaciones en que el entrenamiento específico no haya ocurrido y el hecho que los niños no usan las estrategias que ellos han aprendido a menos que se les incite. El entrenamiento en automonitoreo y autoevaluación y el readiestrando enfocado en atribuciones puede ser útil en el incremento del sentido de control por parte del niño (Kendall

y Braswell, 1993). Niños muy pequeños y aquéllos con las deficientes habilidades del lenguaje parecen probablemente beneficiarse menos (Braswell y Bloomquist, 1991). El modelo intensivo de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas ha demostrado ser aditivo al tratamiento enfocado al ambiente del niño y superior a la terapia individual interpersonal mejorando la conducta en niños hospitalizados y pacientes ambulatorios con los problemas de la conducta, muchos de los cuales presentaban TDAH junto con otro desorden de conducta (AACAP, 1997). El modelo de entrenamiento en habilidades sociales (Michelson et al., 1987) podría ser de utilidad a los niños con TDAH en promocionar conductas prosociales y adaptativas, sin embargo, no existen estudios de este modelo con esta población de niños.

Respecto a los estudios que evalúan distintos procedimientos cognitivos y conductuales, Turchiano y Hofstra (2000) llevaron a cabo un meta-análisis de 83 estudios informados durante los últimos 30 años sobre TCC con niños y adolescentes con TDAH. Los resultados medidos fueron calculados para medir el impacto de las intervenciones cognitivas y conductuales y otros tratamientos usados solos o en combinación. Los resultados sugirieron que los tratamientos cognitivos fueron más eficaces que ningún tratamiento. Procedimientos de entrenamiento en relajación -usados solos, o en combinación con otros tratamientos- generaron mejores resultados. Intervenciones que utilizaron alguna forma de entrenamiento de ensayo conductual mostraron buenos resultados para los estudios de impulsividad. Los tratamientos cognitivos parecían generalizarse más que otras estrategias de tratamiento, sin embargo, estos efectos quizá fueron sólo temporales.

La aproximación cognitivo conductual se ha desarrollado en un intento de lograr la deseable generalización de los efectos a través del tiempo y de los contextos, mediante la enseñanza a los niños hiperactivos de estrategias dirigidas a ejercer por sí mismos el control de su comportamiento. Sin embargo, a pesar de la lógica de los supuestos en que se fundamentan, tampoco los programas con una orientación cognitivo-conductual han conseguido la deseable generalización ni el mantenimiento de la mejora de los tratamientos. Entre las razones que podrían explicar la desalentadora panorámica destaca la descontextualización de los programas de actuación y el olvido de contextos absolutamente significativos en la vida de los niños: el contexto escolar y familiar. En la mayoría de las investigaciones no se ha implicado a los profesores, y cuando éstos han participado, no se les

ha suministrado suficiente conocimiento sobre las técnicas cognitivas y / o conductuales que tenían que aplicar.

2.8.2.2 Entrenamiento a padres

El entrenamiento a padres está basado en la teoría del aprendizaje social y ha sido creado para asistir a los padres en el desarrollo de habilidades para manejar las conductas de sus hijos con TDAH. El entrenamiento parental se ha sugerido como una manera de mejorar el funcionamiento social de los niños con TDAH por medio del aprendizaje de los padres hacia el reconocimiento de la importancia de las deficientes habilidades sociales, usar naturalmente las oportunidades para enseñar habilidades sociales y de autoevaluación, y de tomar un rol activo en organizar la vida social del niño (AACAP, 1997).

La inclusión de los padres en el tratamiento se justifica en el papel de la familia en el desarrollo y aprendizaje de los niños con TDAH. Investigaciones evidencian que la disciplina agresiva es el mejor predictor paterno de hiperactividad (Roselló et al., 2003). Woodward et al., (1998) encontraron una relación significativa entre hiperactividad y estrategias parentales de crianza pobres, utilización de métodos de disciplina agresiva y poco proactiva, sentimientos negativos de los padres hacia sus hijos y razonamiento, control inductivo y refuerzos positivos escasos. En una investigación reciente de Roselló et al., (2003) se analizó el impacto del TDAH en el ámbito familiar. Los autores concluyen que el TDAH ejerce un impacto negativo en el sistema familiar y que el asesoramiento a padres se revela eficaz para entender la patología y producir cambios positivos en las expectativas / atribuciones parentales.

En los últimos años se ha experimentado un gran interés en esta línea de trabajo, concentrado principalmente en el papel de la familia, especialmente los padres, dado que el TDAH no se da en el vacío, sino en un contexto familiar determinado, en el que todos los miembros interactúan y se influyen mutuamente, y en que los padres ejercen un papel fundamental, ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del niño (Roselló et al., 2003).

La influencia del entrenamiento a padres en el sistema familiar a sido estudiada últimamente, principalmente enfocada a conocer cómo el sistema familiar interviene en el desarrollo y expresión del TDAH. Los resultados de las investigaciones sobre el tema, indican, en términos generales, que las relaciones familiares en familias de niños con TDAH mejoran con el tratamiento. En una publicación reciente derivada del estudio de MTA (Wells

et al., 2000) se recogieron datos de 579 niños(as) de 7–9 años con TDAH de subtipo combinado, distribuidos aleatoriamente en 4 grupos: uno de terapia intensiva de terapia de conducta, otro que recibía tratamiento médico, la combinación de los dos anteriores, y un cuarto grupo de control. Tras 14 meses de tratamiento, los resultados mostraron que se produjo un mayor descenso en disciplina inefectiva/negativa en los tres primeros grupos que en el cuarto, aunque no se observó un aumento significativo de diferencias significativas entre la efectividad de los tres tratamientos.

No obstante, este estudio puso de manifiesto la posibilidad de que se produzca un cambio en el comportamiento de los padres a raíz de un tratamiento. En otro informe derivado del estudio del MTA (Hinshaw et al., 2000) se concluyó que la reducción en el uso de mecanismos de disciplina negativa / inefectiva de los padres se asociaba con la mejora de la conducta de los niños en el colegio, y que esta asociación se daba en las familias que recibían tratamiento combinado, pero no en las familias que solamente recibían solamente el tratamiento conductual.

Finalmente, en un estudio publicado que involucra a familias de adolescentes con TDAH, Barkley (et al., 1992) compararon la eficacia del entrenamiento en manejo conductual a padres solo, entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y comunicación a padres y niño, y terapia familiar estructurada a padres y niño. Cuando se evaluaron los posttests y 3 meses de seguimiento, las tres intervenciones mostraron reducciones en los informes de comunicación negativa, conflictos, y mejoras en el ajuste escolar en los adolescentes. También se apreció disminución en la sintomatología de los adolescentes y depresión materna. La satisfacción de los pacientes fue evaluada como excelente en los tres tratamientos; sin embargo, juicios más estrictos sobre los cambios clínicamente significativos sugieren que sólo un 5 a 30 % de las familias desplegaron mejoras confiables relacionadas al tratamiento. En un posterior y más reciente estudio Barkley (et al., 2001) compararon la eficacia del entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y comunicación a padres y el entrenamiento en manejo conductual a padres con jóvenes con TDAH y trastorno oposicionista desafiante concomitante. Ambos tratamientos mostraron mejoras significativas en las evaluaciones de madres, padres y jóvenes respecto a los índices de conflicto padres - adolescente, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos tratamientos. Entre un 34% - 70% de las familias fueron normalizadas por el tratamiento al finalizar la terapia.

Entre los programas para padres de niños con TDAH, actualmente sobresale el “Defiant children: A clinical’s manual for parent training”, creado por Barkley (1987). Este manual intenta instruir a los profesionales paso a paso para conducir un programa de entrenamiento para padres de 10 sesiones, para niños entre 2 y 12 años con TDAH y/o trastorno oposicionista desafiante. Un 70% de las familias quienes siguen los principios de este programa mejoran significativamente la conducta de sus hijos con TDAH y su relación global con el niño (Barkley, 1995). En líneas generales las investigaciones últimas sugieren que el entrenamiento a padres es útil en el abordaje terapéutico enfocado a la psicoeducación de los padres, mejoras en la interacción padres–hijo, comunicación y en la adaptación del sistema familiar al trastorno, y en el manejo de síntomas comórbidos al desorden, especialmente el trastorno oposicionista desafiante. Sin embargo, las respuestas al tratamiento pueden variar, dependiendo de las habilidades necesitadas por cada familia.

2.8.2.3 Intervenciones educativas

Las intervenciones educativas consisten principalmente en la dirección académica en la sala de clases o mejoras de los ambientes de aprendizaje. El abordaje escolar es necesario porque los niños con TDAH ante una tarea escolar se muestran desorganizados, impulsivos e ineficaces, las dificultades de atención, motivación, de mantener un esfuerzo mental ante tareas más repetitivas y monótonas, interfieren en su ejecución. Por lo tanto su rendimiento y adaptación escolar se ven afectados a pesar que su inteligencia sea normal, alta o superior. Por otro lado el comportamiento del niño con TDAH en el aula también interfiere en su rendimiento y en el grupo de clases, principalmente por su impulsividad. Por lo tanto, es muy importante que los profesores dispongan de estrategias para manejar la conducta de estos niños y más teniendo en cuenta que debido a la alta prevalencia del trastorno en la población escolar, hay muchas posibilidades de que encuentren en el aula un niño con TDAH por año escolar. Además de considerar que el promedio de alumnos por sala de clases oscila entre 40 y 45 alumnos. Las intervenciones dirigidas al tratamiento del TDAH han descuidado bastante las variables del profesorado en lo que respecta al éxito de la gestión en los niños con TDAH. Los profesores tienen un control considerable en establecer el ambiente de aprendizaje. Los estudios sugieren que los maestros tienen preferencia por técnicas conductuales que ahorren tiempo y que sean positivas (por ejemplo, elogios, economía de fichas) más que los procedimientos como el tiempo fuera y el costo de la respuesta (Wicks–Nelson y Israel, 1999).

En los últimos años, las intervenciones cognitivo conductuales han sido adaptadas para ser aplicadas en contextos educacionales. Esto se debe a que cada vez son más los autores que creen que para que una intervención con estudiantes con TDAH sea eficaz, tiene que llevarse a cabo en los contextos donde deban ejecutarse los comportamientos deseados y ha de mantenerse a lo largo del tiempo para que se produzca la deseable generalización (Miranda et al., 2000).

Robinson et al., (1999) llevaron a cabo un meta-análisis donde fueron examinados 23 estudios de TCC enfocada en la reducción de la hiperactividad / impulsividad y / o agresión en escenarios escolares. Las medias de los efectos medidos a través de todos los estudios fue de 0.74 y un 89% de los estudios reflejaron grandes ganancias sobre los post test y sobre la mantención de los efectos cuando fueron expuestos a tratamientos con componentes cognitivo–conductuales.

Miranda et al. (2000) investigaron la eficacia de un programa contextualizado y multicomponente de formación de profesores sobre la ejecución neuropsicológica y conductual de los estudiantes con TDAH. Los análisis estadísticos aplicados señalan que los niños con TDAH mostraron alzas significativas después de la intervención, mejorando en su control inhibitorio, atención y en las estimaciones conductuales realizados por padres y profesores. Asimismo, analizaron la eficacia de un programa psicosocial con múltiples componentes (programa de intervención en el aula) en 50 niños con TDAH y al tratamiento concerniente a las técnicas más eficaces para dirigir el comportamiento en el aula. Además se propusieron delimitar las posibles variables cognitivas y conductuales que pudiesen influir en el éxito/fracaso del programa. Los resultados indicaron un porcentaje de mejora mucho más significativo después de la aplicación del programa en hiperactividad / impulsividad, según las estimaciones de padres y profesores; y además que, las posibles variables que se encuentran modulando la eficacia de las intervención fueron los déficit en control inhibitorio así como los problemas de ansiedad, oposicionismo, aislamiento y la desadaptación social.

Finalmente señalar, que en los últimos años se han estudiado las intervenciones en la sala de clases, considerando que es el escenario donde más tiempo pasa el niño y que este ambiente es esencial para el progreso académico y emocional de los niños con TDAH. Además, se sostiene que la combinación de diversas técnicas, que cuentan con validez empírica suficiente, conlleva más mejoras clínicamente significativas que la utilización de una sola técnica (Miranda et al., 1999). Uno de estos ejemplos es el “Irving Paraprofessional

Program” (IPP) diseñado por Kotkin (1998), una intervención intensiva de 12 semanas que incluye (a) una intervención directa a niños con TDAH por paraprofesionales especialmente entrenados, (b) entrenamiento al psicólogo escolar sobre el uso del manejo de estrategias efectivas en la sala de clases, (c) reforzamiento escolarmente basado, y (d) entrenamiento en habilidades sociales. Estudios preliminares sugieren que los paraprofesionales pueden efectuar cambios positivos en niños con TDAH que pueden ser mantenidos por el profesor después que éste especialista es removido de la sala de clases. Más, recientemente el IPP ha sido seleccionado como parte de un componente de tratamiento psicosocial del Instituto Nacional de Salud Mental en Norteamérica, en una intervención multimodal del MTA Cooperative Group. El programa “ADHD Classroom Kit”, de Anhalt (et al., 1998) también es un paquete de tratamiento, que se lleva a cabo en el aula, que incluye los componentes clásicos de consecuencias para conductas apropiadas (ejemplo, estar centrado en la tarea) y consecuencias de la conducta inapropiada (ejemplo, desobedecer las órdenes del profesor) e introduce a los compañeros como figuras importantes de la intervención. El modelo del programa se basa en grupos de aprendizaje cooperativo para mejorar la ejecución académica y el funcionamiento social de todos los niños.

2.8.2.4 Intervenciones Multimodales

El tratamiento multimodal implica intervenciones de uno o varios profesionales clínicos dirigidas hacia padres, profesores y los sujetos que sufren TDAH. El tratamiento multimodal incluye: (a) tratamiento al niño, básicamente haciendo uso de procedimientos cognitivos y conductuales (b) el entrenamiento a padres, (c) intervención educativa o escolar, y (d) intervención farmacológica. Aunque la sabiduría clínica y la necesidad de dirigirse los problemas múltiples favorecen la aplicación del tratamiento multimodal del TDAH (AACAP, 1997), hay datos muy limitados en las investigaciones para sustentarlo. En parte, esto es debido al gasto, duración, y complejidad de estos tipos de estudios, con la dificultad para sostener al niño y participación de la familia a través del tiempo en las intervenciones múltiples, y la necesidad para un número grande de sujetos (Lewis, 2002).

Uno de los pioneros y escasos estudios para medir los efectos a largo plazo del tratamiento psicoestimulante e intervenciones psicológicas para TDAH es el de Saterfield et al., (1987). Ellos midieron las intervenciones durante un periodo de seguimiento de 6 años, comparando niños varones con TDAH quienes recibieron sólo psicoestimulantes con quienes

recibieron tratamiento combinado concluyendo que este último incidía en bajas tasas de arrestos e institucionalización (citado en Ahmoi y Petermann, 1997).

Actualmente la eficacia de los tratamientos combinados en niños con TDAH resulta ser controversial. Entre los estudios más grandes y bien diseñados, se encuentra la investigación del Grupo Cooperativo para el Estudio del Tratamiento Multimodal de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (MTA Cooperative Group, 1999). En él se estudiaron 579 niños con TDAH del tipo combinado, entre 7 y 9.9 años, los cuales fueron asignados a 14 meses de medicación, tratamiento conductual intensivo, combinación de ambos y atención comunitaria. Todos los tratamientos mostraron mejoras en los síntomas de TDAH. Los tratamientos combinados no mostraron beneficios agregados al solo manejo farmacológico en la reducción de los síntomas centrales del TDAH. Sin embargo, se observó que los tratamientos combinados permiten lograr resultados similares con dosis más bajas de medicamentos (Farmer et al., 2002). Los tratamientos combinados también fueron superiores a otros tratamientos en reducir factores asociados al TDAH (ej. desafío, agresión, oposicionismo, síntomas internalizados y la relación entre padres e hijos). Farmer, Compton, Burns y Robertson (2002) concluyen al analizar estos datos que la efectividad de los tratamientos adjuntos para el TDAH aún no es clara. Producto de estos antecedentes, últimamente se han creado pautas para el tratamiento del TDAH, considerando las variables influyentes en el trastorno. Por ejemplo Conners et al. (2001), desarrollaron pautas de acuerdo general para especialistas para el diagnóstico y tratamiento del TDAH a través de preguntas realizadas a 50 psicólogos y 50 médicos quienes fueron considerados clínicos y/o investigadores expertos en el campo del TDAH.

Estas pautas indican que los tratamientos conductuales-psicosociales son apropiados en las siguientes instancias:

- Para TDAH leve
- Para niños pre - escolares con TDAH
- Cuando se presentan trastornos comórbidos internalizados
- Cuando se presentan déficit en habilidades sociales
- Cuando la familia prefiere tratamiento psicosocial

Los expertos estaban de acuerdo que comenzar la combinación de tratamiento médico y psicosocial es favorable en la mayoría de las situaciones, especialmente las siguientes:

- Para casos más severos de TDAH

- Cuando se presenta agresividad significativa o problemas importantes en la escuela.
- Donde hay una disfunción familiar severa causada por los síntomas del TDAH
- Donde hay una necesidad por una respuesta rápida
- Para los tres tipos de TDAH, especialmente el tipo combinado
- Para todos los grupos de edad exceptuando preescolares
- Con la presencia de trastornos externalizados comórbidos, retardo mental o problemas en el sistema nervioso central (ej. epilepsia, migraña).

2.9 Efectos y secuelas del TDAH en los niños

2.9.1 Características psicológicas de los niños con TDAH

Las características psicológicas asociadas al TDAH varían en función de la edad y el estado evolutivo, pudiendo incluir disfunciones cognitivas, conductuales, emocionales y sociales. Además los niños presentan características distintivas en el plano cognitivo, afectivo y social, se describen a continuación:

a) Inteligencia y TDAH: Los estudios de análisis factorial realizados con la Escala Revisada de Inteligencia para Niños (WISC-R) han descrito un factor de distracción que incluye los subtest de aritmética, dígitos y clave. Se ha descrito un factor similar, consistente en los subtest aritmético y de memoria de dígitos para el WISC III (Diamond & Mattson, 1998). Wechsler (1999) administró el test de inteligencia para niños WISC-III a una muestra de 68 niños con comprobado TDAH, según lo define el DSM-III-R. Los niños tenían entre 7 y 16 años (mediana=10 años), con el 60% entre 9 y 11 años. La muestra consistió en el 9% de mujeres y el 95% de varones. Los resultados mostraron que todos los puntajes medios de CI están cerca del promedio normativo. Sin embargo, como era previsible, debido a las características diagnósticas del TDAH, la muestra tuvo puntajes medios más bajos en las escalas de Velocidad de Procesamiento y Ausencia de Distractibilidad. Los puntajes medios más bajos fueron para los subtest Claves y Retención de Dígitos.

b) Memoria y TDAH: Los pacientes con TDAH a menudo tienen una memoria a largo plazo extraordinaria, incluso para los detalles excéntricos, pero su memoria a corto plazo es muy pobre. A menudo presentan dificultades con la "memoria activa". Estos problemas incluyen varias áreas de dificultad, tales como, el registro a corto plazo de una lista de ítems, incapacidad para recordar y seguir las instrucciones, dificultad en sostener las cosas en su cabeza, y hacer manipulaciones mentales de conceptos o números (Lewis, 2002). Más

interesante y también más difícil medir es la falta de habilidad de acceder información que ha estado presente en el pasado. Éstos son niños que pueden conocer algo un día, pero es imprevisible en su habilidad de acceder a ese cuerpo de conocimiento en otros momentos. Esto podría describirse como una dificultad con la activación de memoria.

c) *Autoestima y TDAH*: Los niños con TDAH producto de su comportamiento inadecuado suelen llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo muy malo y una autoestima negativa (García y Magaz, 2000). Esta situación hace necesario una evaluación del autoconcepto del niño diagnosticado con TDAH y una posterior planificación de intervención cognitiva-conductual enfocadas a su modificación, si esta se observó desfavorecida.

d) *Control emocional*: El TDAH a menudo está asociado con la disregulación del afecto, además de la disregulación de la actividad, del lenguaje o de otras actividades del diario vivir. Los niños con TDAH, e incluso aquéllos que viven con ellos, se quejan de irritación, mal humor, labilidad y reactividad emocional. No sólo el estado de ánimo cambia rápidamente con los estímulos medioambientales, sino también los estados de ánimo son a menudo explosivos, intensos, e infecciosos. Ellos empiezan casi instantáneamente, pero puede desaparecer tan rápidamente como ellos aparecen (Lewis, 2002). Los niños con TDAH frecuentemente tienen dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales a los acontecimientos de su vida, tan bien como lo hacen otros niños a su edad. Parecen menos capaces de inhibir la manifestación de sus sentimientos: dejarlos para ellos mismos, e incluso de regularlos como otros pueden hacerlo. Como consecuencia es más fácil que ellos parezcan para los demás como menos "maduros", infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos (García y Magaz, 2000).

e) *Relaciones interpersonales y TDAH*: Estos niños frecuentemente presentan dificultades con pares, siendo a veces impopulares y aislados por el grupo. La vinculación de los padres con un hijo hiperactivo es más negativa e intrusiva que con otros niños (Etchepare & Almonte, 2003).

f) *Adaptación social y TDAH*: El retraso en las habilidades cognitivas que permiten regular la conducta, contribuye a que los niños y jóvenes con TDAH tengan problemas para seguir instrucciones cuidadosamente, para cumplir normas, para llevar a cabo sus propios planes, e incluso para actuar de acuerdo con los principios legales o morales. No obstante, el riesgo de delincuencia, consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales precoces, etc.

asociado a este trastorno parece encontrarse mucho más relacionado con otras variables sociológicas que con el TDAH el cual solamente es un factor disposicional del individuo que agrava los riesgos generales (García y Magaz, 2000).

Capitulo III

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Centrándonos en los sujetos de nuestro trabajo, los niños con TDAH necesitan desarrollar las habilidades sociales ya que presentan problemas escolares, tanto de rendimiento como de integración y si estos problemas no son tratados a tiempo pueden desencadenar en inadaptación social y desajuste emocional

En el desarrollo de este trabajo lleva implícito la inteligencia emocional, que será la forma de trabajar con los niños que presentan TDHA, por tanto, es importante hacer mención cómo implica la inteligencia emocional en el desarrollo educativo de los niños con este trastorno.

La inteligencia emocional se conoce como la virtud de conocerse a sí mismo, nuestros sentimientos y los de los demás; la capacidad de motivarnos y expresar y entender nuestras emociones y las de otros. (Berbena, Valadez & Vargas,2008)

Varias investigaciones como la de Garaigordobil y Oñederra (2010) afirman que aquellos sujetos que presenten problemas en el contexto educativo asociados a bajos niveles de inteligencia emocional presentarán:

1. Déficit en el bienestar y ajuste psicológico del alumnado.
2. Disminución en la cantidad y calidad de las relaciones con el grupo.
3. Descenso del rendimiento académico.
4. Aparición de conductas disruptivas.

Los niños con TDAH presentan tres aspectos especialmente afectados: las alteraciones emocionales, las alteraciones motivacionales y las dificultades en la percepción. (Fontana & Ávila, 2015)

Con respecto a las alteraciones emocionales, estos niños tendrán que entrenar la identificación y regulación de las emociones. El entrenamiento intentará que los sujetos consigan: reconocer las emociones, tener una correcta labilidad emocional y dominar sentimientos negativos que produzcan ansiedad, depresión o tristeza.

Respecto a las alteraciones motivacionales, los niños con TDAH tienden hacia una motivación extrínseca e inmediata, por lo que se entrenará la motivación intrínseca.

En definitiva, los niños que presentan este trastorno presentan dificultades para reconocer sus propias emociones y para expresar lo que sienten. Si no tratamos a tiempo este déficit, el

nivel de bienestar del niño descenderá y las relaciones con el grupo de iguales serán malas y conflictivas.

Como conclusión, y con la intención de fomentar adecuadamente el entrenamiento de habilidades sociales en el aula y mejorar los déficits del niño con TDAH, estableceremos como objetivos generales:

- 1.** Conocer la formación actual que tiene los docentes sobre el TDAH.
- 2.** Averiguar si a los profesores les resulta satisfactorio el trabajo con niños con TDAH tras su experiencia con estos.
- 3.** Fomentar el reconocimiento de los aspectos positivos de los niños en el aula.
- 4.** Comprobar si hay una correcta comunicación directa entre familia-escuela a través de tutorías.

De acuerdo a este preámbulo de inteligencia emocional y TDHA en alumnos surge la interrogante de un ¿Qué hacer desde el punto de vista educativo cuando en el trabajo escolar se encuentran alumnos con TDHA e hiperactividad y cómo trabajar la inteligencia emocional en niños de 5 años, qué estrategias diseñar para que su rendimiento escolar no resulte afectado?

3.2 Objetivo general

Analizar un diseño pedagógico en el trabajo de la inteligencia emocional e hiperactividad en una niña con TDHA.

3.2.1 Objetivos específicos

Elaborar un diseño pedagógico de una niña con TDHA

Determinar la importancia de la inteligencia emocional en el TDHA

3.3 Ejes temáticos

Inteligencia emocional

La inteligencia emocional es considerada como un marco propicio para explicar la función de las capacidades emocionales en el funcionamiento social, y otros destacan el alto valor predictivo de la satisfacción con la vida. La inteligencia emocional pretende la armonía entre emoción y cognición. (Braket, 2007).

El TDAH, es una alteración del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar (American Psychiatric Association, 2002). El TDAH afecta aproximadamente a un 8% de niños en el mundo, y suele ser crónico, persistiendo en la adolescencia y vida adulta en un porcentaje de casos que ronda el 50% (Biederman y Faraone, 2005). La prevalencia del TDAH a nivel mundial es alta. Los estudios epidemiológicos muestran que 3 a 5% de los niños en edad escolar pueden recibir este diagnóstico. En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad (Palacios-Cruz et al., 2011).

3.4 Supuesto de investigación

Un diseño pedagógico en el trabajo de la inteligencia emocional e hiperactividad en una niña con TDHA para favorecen a las personas con esta condición

3.5 Tipo de estudio

De acuerdo Hernández, Fernández y Baptista (2017) el estudio cualitativo se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes, y después, para refinarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” y no siempre la secuencia es la misma, varía de acuerdo con cada estudio en particular.

3.6 Enfoque

El método cualitativo o la investigación cualitativa como también se le llama, es una técnica o método de investigación que alude a las cualidades es utilizado particularmente en las ciencias sociales; pero de acuerdo a ciertas fuentes también se utiliza en la investigación política y de mercado, este método se apoya en describir de forma minuciosa, eventos, hechos, personas, situaciones, comportamientos, interacciones que se observan mediante un estudio; y además anexa tales experiencias, pensamientos, actitudes, creencias etc. que los participantes experimentan o manifiestan; por ende es que se dice que la investigación cualitativa hace referencia a las cualidades.

Tomando en cuenta que el método cualitativo suministra o proveen datos descriptivos de aquellos aspectos impalpables del comportamiento del ser humano y de la vida, como las creencias y actitudes; además que estos métodos son sumamente útiles para entender e interpretar los problemas sociales, debido a que le permiten a los investigadores estudiar la relación o el vínculo entre las personas, entes sociales y la cultura. El método cuantitativo es otro método de investigación que se utiliza para buscar una aproximación matemática para lograr entender un fenómeno o a una población.

En el método cualitativo generalmente se responden preguntas como ¿por qué?, ¿qué?, ¿cómo? y ¿para qué?; es decir que busca la significación de las cosas, además es explicativo y exploratorio. Cabe destacar que aquí los resultados que se obtienen son muy representativos, pero no pueden ser proyectados; y usa entrevistas, la observación localizada

y grupos de discusión como método de recolección de los datos. Esta técnica solo capta cualidades diferenciativas mas no mide.

3.7 Diseño pedagógico.

El diseño pedagógico que se realizara en esta investigación es utilizando como ejes temáticos la inteligencia emocional y el TEAH , en una niña de segundo grado de primaria, utilizando indicadores que confirmen la condición de la menor, aplicando una serie de pruebas psicológicas, entrevista con la familia, en la escuela , con sus amigos más cercanos, para obtener mejores indicadores y por medio de ello hacer el diseño de elementos de inteligencia emocional que la ayuden a socializar , tener más autocontrol, autoestima, disminuir la impulsividad .

3.8 Técnica de evaluación

Instrumentos para el menor con TDAH.

A). Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender

Ficha técnica

Autor: Lauretta Bender interpretación según Koppitz

Año: 1938 Edición de Laurreta Bender, 1980 Interpretación según Koppitz

Origen: Estados Unidos de Norteamérica

Objetivo: Medir las habilidades perceptuales-motoras, la maduración neurológica y los déficit cerebrales orgánicos.

Administración: Individual.

Duración: Libre.

Edad de aplicación: 4 a 12 años

Aplicación: Prueba de lápiz y papel que emplea nueve figuras geométricas dibujadas en negro sobre laminas blancas, de 10 por 15 cm. Los dibujos se presentan uno a la vez, y se le pide al niño que los copie en una hoja de papel en blanco.

Descripción

La prueba consta de 9 figuras que se muestran al menor para que realice la copia, evalúa madurez neurológica y madurez funcional por medio de la rotación, perseveración, integración y constancia de forma.

Calificación

La Escala de Maduración del Test de Bender-Koppitz en cada dibujo del Test es puntuado en distorsión, rotación, integración y perseveración. En total hay 30 ítems. Se computan sólo las desviaciones bien netas. En caso de duda, no se computa. Una calificación elevada indica una realización pobre del Test, mientras que un número bajo refleja una buena realización. Raras veces se obtiene una evaluación superior a 18 o 20 y todo lo que puede decirse en tal caso es que la percepción viso-motriz del niño está todavía a un nivel inferior a los 4 años. La puntuación total se interpreta en términos de Edad Mental y Edad Cronológica, Desviación Típica y Percentiles.

Validez y confiabilidad

En México fue por medio de una investigación con 200 niños de 7 años que cursaban primaria.

Validez: La mayoría de los niños mejoran al repetirlo. Los que hacen una ejecución pobre inicial pueden hacerlo algo menos mal en la repetición, pero incluso entonces sus ejecuciones en el test permanecen por debajo de la media. El aumento de la motivación, copiar o describir las figuras del Test, y el entrenamiento perceptivo-motor, tienen poco efecto de mejoría en la ejecución del test en general, pero algunos niños individualmente pueden obtener un pequeño provecho.

Fiabilidad entre examinadores en las puntuaciones de la escala de maduración: Existe una elevada probabilidad de que dos examinadores que evalúen el protocolo del Test de Bender de un niño, obtengan aproximadamente el mismo puntaje del test, la confiabilidad fue entre 0.88 y 0.96.

B). Método de la percepción visual del Frostig DTVP-2.

Autor: Marianne Frostig

Año: 1993 (Hammill, Pearson y Voress edición en México 1995)

Origen: Estados Unidos de Norteamérica.

Objetivo: Medir la integración visomotora y la percepción visual.

Administración: Individual.

Duración: Libre.

Edad de aplicación: menores entre 4 años a 10 años 11 meses.

Descripción:

El DTVP-2 es la revisión hecha en 1993 del método de la percepción visual de Marianne Frostig, la prueba mide tanto la integración visomotora como la percepción visual, se basa en las teorías del desarrollo de la percepción visual, la prueba se aplica para niños de entre 4 y 10 años 11 meses, la prueba mide 8 habilidades de la percepción visual que son de suma importancia para la capacidad de aprendizaje en el niño:

1. Posición en el espacio: Habilidad para igualar dos figuras de acuerdo con sus rasgos comunes.
2. Figura-fondo: Habilidad para ver figuras específicas cuando están ocultas en un fondo confuso y complejo.
3. Copia: Habilidad de reproducir un diseño a partir de un modelo.
4. Cierre visual: Habilidad de reconocer una figura que esta dibujada incompleta.
5. Velocidad visomotora: La rapidez con la que un niño puede hacer ciertas señales en ciertos dibujos.
6. Relaciones Espaciales: Habilidad para juntar puntos y reproducir patrones representados visualmente.
7. Constancia de Forma: Habilidad de igualar dos figuras con rasgos discriminativos como tamaño.
8. Coordinación ojo-mano: Habilidad para dibujar líneas rectas o curvas con precisión de acuerdo con los límites visuales.

Calificación

Cada área tiene una puntuación específica que se coloca cero o uno, lo cual se suma para transformar según la tabla de edad del menor.

Validez y confiabilidad

La validez se apoya por las correlaciones con las pruebas de habilidad mental, pruebas de logro y edad, tanto como por los estudios que muestran que las subpruebas están intercorrelacionadas y que los grupos que se sabe tienen dificultades en la percepción visual se desempeñan mal en el DTVP-2.

Las confiabilidades de la consistencia interna y las confiabilidades de estabilidad (test-retest) para todas las puntuaciones exceden 80 para todas las edades.

Estandarización

Esta prueba se estandarizó con 1972 niños en 1990 en 12 estados de EU. Se utilizaron niños de sexos, región geográfica, etnia, raza, de residencia urbana y rural. Puntuaciones crudas, equivalentes de edad, percentiles, puntuación estándar de sub-pruebas, cocientes compuestos, cocientes de la percepción visual general y cocientes clínicos.

C). WISC-IV: Escala Wechsler de Inteligencia Para Niños-IV.

Autor: David Wechsler.

Año: 2003 Estados Unidos de Norteamérica.

2005 estandarización en México.

Origen: Estados Unidos de Norteamérica.

Objetivo: Conocer el Coeficiente Intelectual total respecto a niños de su edad.

Administración: individual.

Duración: aplicación total aproximada 2 horas, los tiempos dependen de cada subárea.

Edad de aplicación: menores entre 6 años y 16 años 11 meses.

Aplicación: se aplica de forma individual en un lapso de 90 minutos según la velocidad del menor

Descripción:

El WISC-IV se compone de 4 grandes subpruebas: Compresión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento, evaluadas mediante 15 tests, 10 principales (Cubos, Semejanzas, Dígitos, Conceptos, Claves, Vocabulario, Letras y números, Matrices, Comprensión y Búsqueda de símbolos) y 5 optativos (Figuras incompletas, Animales, Información, Aritmética y Adivinanzas). Los cambios realizados al WISC-IV en cuanto a estructura son la incorporación de 5 pruebas de nueva creación (Animales, Adivinanzas, Matrices, Conceptos y Letras y números) y la eliminación de otras presentes en versiones anteriores (Laberintos, Rompecabezas e Historietas).

Calificación

En esta prueba se evalúa la inteligencia de forma integral, para esto se conforma de cuatro índices, los cuales nos dan un Cociente Intelectual Total respecto a los niños de su edad, los puntajes obtenidos en cada uno de los índices; se debe tomar en cuenta que el puntaje esperado fluctúa entre 90 y 109.

Validez y confiabilidad

La batería WISC-IV fue publicada en EUA en el 2003, ofrece una medida del funcionamiento intelectual general (CIT) y cuatro puntuaciones índices, en 2005 se decidió estandarizar en México, el proyecto fue financiado por Manual Moderno y dirigido por la Universidad

Autónoma de Yucatán por Sánchez Escobedo, participaron 1200 niños y adolescentes escolarizados de entre 6 y 16 años 11 meses de edad (100 por cada grupo de edad).

La evaluación de la validez de contenido del instrumento buscó asegurar que los reactivos y subpruebas tomaran una muestra adecuada de los dominios de funcionamiento intelectual que la prueba intenta medir, entre ellos razonamiento verbal, razonamiento perceptual, formación de conceptos, procesamiento secuencial, comprensión auditiva, flexibilidad cognoscitiva, memoria de trabajo, organización perceptual y velocidad de procesamiento psicomotor. Los datos sobre validez incluyen correlaciones con una gran variedad de pruebas, en especial las escalas Wechsler de inteligencia (WAIS-III y WISC-III), análisis factoriales en los que se sustenta que todos los modelos están libres de intercorrelacionarse y que los errores no están correlacionados. En general, la prueba de validez sustenta el uso del WISC-IV en el contexto para el que fue elaborado.

La evidencia de confiabilidad del WISC-IV se obtuvo mediante la evaluación de la consistencia interna, para la cual se utilizó la muestra normativa y el método por mitades y la estabilidad test-retest. Los coeficientes de confiabilidad para las subescalas van de .79 (Búsqueda de símbolos, y Animales) a .90 (Sucesión de letras y números); los restantes van de .80 a .89. En general la confiabilidad del WISC-IV aumentó con respecto a las obtenidas en el WISC-III, siendo más notable en Aritmética y Figuras incompletas. En las escalas compuestas de WISC-IV, la confiabilidad varía de .88 a .97 y en el test-retest los coeficientes promedios de estabilidad corregidos para las escalas compuestas están en el rango de .90.

D). Prueba del Dibujo de la Figura Humana.

Autor: Karen Machover calificada a través de la técnica de Koppitz.

Año: 1926 edición de Goodenough, 1963 método Goodenough- Harris

Origen: Estados Unidos de Norteamérica

Objetivo: Evaluar la madurez que el niño ha alcanzado en su desarrollo.

Administración: Individual o colectivamente.

Duración: Libre.

Edad de aplicación: 5 a 12 años

Aplicación: El niño debe ser ubicado frente a un escritorio o mesa vacía, en la cual se presente una hoja de papel en forma vertical y un lápiz del no. 2 con goma de borrar.

Descripción:

La Prueba del Dibujo de la Figura Humana calificada a través de la técnica de Koppitz analiza los dibujos con base en dos tipos diferentes de signos objetivos: un conjunto de éstos se relaciona con la edad y el nivel de maduración, y el segundo está asociado con las actitudes y preocupaciones del niño.

Koppitz consideró como indicadores del desarrollo, aquellos que se presentaron frecuentemente en determinada edad. La omisión de cualquier indicador incluido en la categoría esperada, estimó que era un signo de inmadurez, retraso o la presencia de regresión debido a problemas emocionales.

Calificación

Para calificar el dibujo de la figura humana de acuerdo con los criterios establecidos por Koppitz, se toman en cuenta únicamente los indicadores esperados y excepcionales para cada rango de edad que fluctúa entre los 5 y los 12 años. El procedimiento que sigue es que a cada dibujo se le otorga una constante de cinco puntos y se le resta un punto a la misma por cada indicador esperado que no se encuentre presente en el dibujo. Cuando en el dibujo aparecen indicadores excepcionales, a la constante cinco se agrega un punto por cada uno de ellos. Una vez que se puntúan los indicadores esperados que no están presentes y aquellos excepcionales que aparezcan, se obtiene una calificación total para cada menor, y el nivel de maduración puede interpretarse de acuerdo a los siguientes parámetros:

Tabla 1. Parámetros de Interpretación

Puntos obtenidos	Nivel de Maduración
8 o 7	Normal alto a superior
6	Normal a alto
5	Normal
4	Normal a normal bajo
3	Normal bajo
2	Bajo
1 o 0	Nivel inferior debido a serios problemas emocionales

Validez

La validez en México fue por medio de un estudio donde se aplicaron a 267 niños y niñas con problemas emocionales con y sin problemas de conducta de escuelas públicas de entre 6 y 13 años de edad.

E). Prueba del Dibujo de la Familia.

Autor: Corman, Luis

Año: 1967 versión de Corman, 1972 versión modificada de Burns- Kaufman.

Origen: Estados Unidos de Norteamérica

Objetivo: Evaluar cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye en el sistema familiar.

Administración: Individual.

Duración: Libre.

Edad de aplicación:

Aplicación: Se le da una hoja blanca al niño y un lápiz del no. 2 ½ , la hoja debe colocarse de forma horizontal. Si se permite que el niño se auxilie de otros instrumentos.

Calificación

Corman interpreta el Dibujo de la familia con base en plano gráfico, plan de las estructuras formales, plano del contenido e interpretación psicoanalítica, se asigna un punto a cada criterio, los parámetros finales son superior, normal alto, normal, normal bajo, bajo, inferior.

Instrumentos para los padres del menor con TDAH.

A). Entrevista psicopedagógica.

Autor: Silvia Macotela.

Año: 1992

Origen: México.

Objetivo: Conocer de forma estructurada las características biopsicosociales del menor así como las alteraciones del desarrollo.

Administración: Se aplica a los padres y/o tutores del menor en cuestión.

Duración: Libre.

Edad de aplicación: Libre.

Aplicación: Se hace un encuadre con los padres comentando que es una entrevista donde el objetivo es conocer las características de desarrollo del menor y conforme se vayan formulando las preguntas pueden ir ampliando la información.

Descripción:

El formato de entrevista del Inventario de Habilidades Básicas es una entrevista estructurada que consta de las siguientes secciones:

- Datos Generales.
- Motivo de Consulta y Antecedentes del Problema.
- Desarrollo General del Niño.
- Comportamiento del Niño.
- Historia Escolar del Niño.
- Aspectos Generales Relacionados con el problema.
- Comentarios Finales del entrevistador.
- Conclusiones.

B). Entrevista psicosituacional

Autor: Walker y Shea

Año: 1987

Origen: México

Objetivo: Conocer las características conductuales problemáticas

Administración: Individual.

Duración: Libre.

Edad de aplicación: Cualquier edad.

Descripción:

Consta de 27 preguntas abiertas, que se administra en una sola sesión, dividida en las siguientes 8 sub-escalas:

- Determinación de la conducta (s) objetivo(s),
- Descripción de situaciones y ambiente específico en los que ocurre la conducta (Determinación dónde ocurre y quién está presente cuando ello sucede).
- Contingencias que estimulan y mantienen la conducta,
- Determinación de la relación de interacción (positiva y negativa) entre el niño y los padres,
- Métodos empleados para el control de la conducta,
- Formas de comunicar el castigo o elogio y su efecto en la conducta,
- Cómo se comunican al niño las expectativas y consecuencias
- Detección de ideas irracionales.

C). *Índice de estrés parental*

Autor: Abidin (1983), validada en México por Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro y Barragán (2002), obteniendo un Alpha de cronbach de .91

Año: 2002

Origen: México

Objetivo: Conocer el índice de estrés parental.

Administración: Individual.

Duración: Libre.

Edad de aplicación: Cualquier edad.

Descripción

Contiene 120 reactivos de preguntas cerradas que se contestan en escala de tipo Likert donde: 1 es completamente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 no está segura, 4 desacuerdo y 5 totalmente en desacuerdo, los últimos 20 reactivos presentan las opciones falso y verdadero. En las instrucciones para contestarlo, se le solicita a la madre que piense en el niño que más le preocupa en esos momentos y conteste las preguntas marcando los adjetivos que mejor describan sus sentimientos y que si no encuentran un adjetivo que exactamente describa sus sentimientos, señale lo que más se asemeje a lo que siente.

Contiene las siguientes escalas de calificación: dimensiones del niño, dimensiones de los padres y subescalas situacionales.

- Dimensiones del niño

Adaptabilidad: Indica como el niño maneja los cambios y transiciones. Las dificultades presentadas son terquedad, dificultades para dejar de hacer lo que está haciendo y desobediencia pasiva.

Demanda: Se refiere a la presión directa que el niño ejerce hacia los padres. Estas conductas son actos de mando, desafíos directos, actos de agresión y demandas de atención.

Humor, estado de ánimo: Está relacionada con llanto excesivo, amenazas y depresión.

Distractibilidad/hiperactividad: Determina el empobrecimiento continuo de la energía de los padres y el mantenerse en un estado de alerta constante.

- Dimensiones de los padres

Aceptabilidad: Señala el problema en cuanto el niño cumple las expectativas que los padres tienen de él.

Reforzamiento a los padres: Grado en el cual la interacción padre-hijo termina en una respuesta afectiva positiva en los padres.

Depresión: Magnitud en que se deteriora la disponibilidad emocional de los padres hacia el niño y la magnitud en que la energía física y emocional de los padres está comprometida.

Sentido de competencia: Sentido de competencia del padre en relación a su rol como padre.

Apego: Evalúa la inversión intrínseca que el padre hace en su rol como padre.

- *Subescalas situacionales*

Relaciones con la esposa: Evalúa el apoyo físico y emocional proporcionado para facilitar el funcionamiento en el rol de la crianza, asimismo determina el nivel de conflicto en la relación con respecto a la crianza.

Aislamiento social: Examina el aislamiento social de los padres y la disponibilidad de apoyo social para el rol de los padres.

Salud: Evalúa el impacto de la salud física general de los padres en los términos de su habilidad para cumplir con las demandas de la crianza.

Restricción del rol: Evalúa el impacto de la paternidad en la libertad personal y otros roles de los padres.

Estresores de vida: Evaluación global de los estresores situacionales que moderan y exacerban el estrés en la crianza.

3.9 Alcances y limitaciones

La participante es una menor de 7 años cuya edad cronológica coincide con la edad aparente de 8 años, su complexión física es adecuada a su edad, no se observan mal formaciones físicas, no presenta barreras de comunicación, no se observaron enfermedades neurológicas, su actividad motora manifiesta una manera coordinada, habla con voz alta y fuerte, se muestra cálida, franca y de fácil trato, en cuanto a nivel de conciencia no existe alteración, se encuentra muy bien orientada en tiempo y espacio, la atención es ambivalente, el juicio no parece alterado en cuanto a la producción y fluidez del curso fue normal, en cuanto a la producción del pensamiento la fluidez del curso fue normal, en cuanto a la relación con la realidad el contenido del pensamiento no revela alguna anomalía, no presenta ninguna preocupación mórbida ni perturbaciones en la percepción, no hubo afecto predominante manifestando durante la entrevista, no presenta ambivalencia, ni sentimiento de despersonalización o des-realización y en cuanto a la volición se observa un buen nivel de energía.

Regina asiste a JN Glenn Doman ya que últimamente ha tenido algunas conductas que han causado preocupación en los padres, Regina presenta un diagnóstico de referencia el cual es TDHA y trastorno de aprendizaje asociado (Dislexia-Digrafía) lo cual también ha influido en el aspecto académico.

Las conductas que se han presentado son inquietud, poca o nula atención, intenta ser organizada y se motiva cuando le dije tu puedes hermosa, presenta algunos rasgos de ansiedad, manos sudorosas, poca tolerancia a la frustración, excitabilidad, me refirió rechazo de las maestras y compañeras.

Por otro lado, aparentemente es descalificada por parte de sus compañeros y también ella misma menciona cosas como “no puedo”, “soy tonta”, lo cual puede estar dañando su autoestima y regulación de emociones al no creer en ella misma.

Durante todo el proceso se le realizaron una serie de pruebas y test con el objetivo de tener un mejor acercamiento y conocimiento de ella, con la finalidad de entender el ¿por qué? de ciertas actitudes y comportamientos en diferentes ámbitos de su vida, y así otorgarle a Regina las herramientas necesarias para que exprese de manera adecuada sus emociones y responda de forma asertiva ante las diferentes situaciones que se le presenten en contextos que interactúa

3.10 Marco contextual

Jardín de Niños Glenn Doman se encuentra ubicada en la calle Bernardo Vara No. 30, Colonia Pilares, Metepec, Estado de México, C.P. 52179, cuenta con todos los servicios, las instalaciones son adecuadas para impartir las clases, nuestra matrícula es de 23 niños.

De acuerdo a los avances y en base a los resultados obtenidos que se observan en el diagnóstico se determina que en la mejora de los aprendizajes el 40% de los alumnos de los tres grados coinciden en la misma problemática. No resuelven los conflictos de manera pacífica.

Dentro del Jardín de Niños Glenn Doman, laboramos once personas, dos con licenciatura en Educación, una pedagoga, una en Lenguas Extranjeras, un Profesor de Educación Física, Profesor de sistemas Computacionales, Profesor de Artes Marciales y la señora de apoyo Doméstico, así como dos Auxiliares educativas y una Directora Escolar.

En KI hay 1 niño, 7 niñas y 3 niños tienen tres años cumplidos. No tienen problemas para trabajar en colaboración, son muy respetuosos y siguen las indicaciones, tienen tolerancia a la frustración, pueden permanecer más de 15 minutos en una actividad, salen constantemente al baño, tienen hábitos de orden, y uno de ellos no se separa de la maestra la sigue a todos lados, una pequeña tiene escaso vocabulario, su tono de voz es bajo, dos niños tienen problemas de dicción. de ellos no siguen instrucciones para trabajar. Empiezan a regular sus emociones, al trabajar en colaboración, resolver conflictos mediante el diálogo, saben respetar las reglas de convivencia en el aula, en la escuela y fuera de ella, en proceso de actuar con iniciativa, autonomía. En proceso de adquirir confianza para expresarse, dialogar, conversar en su lengua materna; mejorar su capacidad de escucha, empiezan a enriquecer su lenguaje oral al comunicarse en situaciones variadas, identifican los animales que viven en la granja, los que viven en el mar, los animales del zoológico, algunos insectos y algunas de sus características. Cuentan oralmente hasta el veinte, identifican los números en láminas. Relacionan las figuras geométricas como el círculo, el cuadrado con los objetos que ven a su alrededor. Dos de ellos ya preguntan y escuchan con atención las respuestas de los demás, son curiosos así mismo se interesan mucho en los juegos, sus periodos de atención son muy cortos, se distraen con facilidad. Identifican colores y agrupan objetos separándolos por su forma.

En KII hay 7 niñas y 2 niños tienen 4 años, saben relacionarse y jugar juntos, pero 2 de ellas discuten, a veces no se ponen de acuerdo, se pegan o pelean por cualquier cosa, no se

respetan son poco tolerantes y son muy competitivas. Lo que dificulta el clima armónico en el aula. Su lenguaje es claro y fluido y lo utilizan para relacionarse con adultos y niños., expresan sus ideas, sentimientos y emociones, narran sucesos cotidianos, siguiendo una lógica, les gusta escuchar cuentos. Escuchan con atención, pero interrumpen para preguntar u opinar y se corrigen entre ellos. Identifican las letras de su nombre y el de sus compañeros lo escribe y comienzan a leer palabras cortas, conocen las funciones del lenguaje escrito, formulan preguntas que surgen de sus dudas. Identifican los números hasta el 30 hacen correspondencia. Identifican el trazo de los números en revistas y libros plantean problemas numéricos sencillos. Forman conjuntos y clasifican de acuerdo a lo que se les solicita. Identifican algunos fenómenos naturales.

En KIII son 2 niñas y 3 niños tienen cinco años cumplidos, su lenguaje es claro fluido solo 1 de los niños tiene problemas de dicción, narran y describen sucesos cotidianos, les gusta escuchar cuentos y cambiar el final o inventarlos, escriben frases cortas, comprenden el significado de lo que escriben. Comprenden los pasos a seguir para realizar actividades diversas. Opinan e intercambian ideas, escriben oraciones completas y comprenden su significado. Conocen las funciones del lenguaje. Investigan exponen información. Tienen dificultad para esperar turno y resolver los conflictos dialogando.

Cuentan oralmente en orden ascendente hasta el treinta, identifican los números en diversos portadores de texto. Hacen correspondencia, forman conjuntos de acuerdo a la cantidad de objetos que se les indique, nombrando el cardinal, plantean problemas numéricos. Forman seriaciones, numéricas y con objetos, identifican las figuras geométricas y describen sus características, construyen objetos con ellas.

Clasifican animales de acuerdo a sus características, Identifican cambios en el clima y algunos fenómenos naturales.

Identifican los alimentos saludables de los alimentos chatarra, conocen algunas medidas para cuidar su salud.

Resultados

Reporte evaluación inicial

Nombre: Regina Jiménez Domínguez

Edad: 7 años 11 meses

Fecha de nacimiento: 29 de Mayo 2011

Fecha de evaluación: Mayo-Julio de 2019

Pruebas aplicadas

- ψ Historia Clínica.
- ψ Test Gestáltico Visomotor Lauretta Bender.
- ψ WISC-IV: Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV.
- ψ Método de Evaluación de la Percepción Visual Frostig DTVP-3.
- ψ Test de Figura Humana.
- ψ Prueba proyectiva H. T. P.
- ψ Test de la Familia de Corman.
- ψ Test de Persona Bajo la Lluvia.
- ψ Escritura.
- ψ Lectura.
- ψ Operaciones Básicas.

Motivo de consulta

Regina asiste a JN Glenn Doman ya que últimamente ha tenido algunas conductas que han causado preocupación en los padres, Regina presenta un diagnóstico de referencia el cual es TDAH y trastorno de aprendizaje asociado (Dislexia-Digrafía) lo cual también ha influido en el aspecto académico.

Descripción de alumna:

Es una persona cuya edad cronológica coincide con la edad aparente, su complexión física es adecuada a su edad, no se observan mal formaciones físicas, no presenta barreras de comunicación, no se observaron enfermedades neurológicas, su actividad se manifiesta de una manera coordinada, habla con voz alta y fuerte, se muestra cálida, franca y de fácil trato, en cuanto a nivel de conciencia no existe alteración, se encuentra muy bien orientada en tiempo y espacio, sus periodos de atención son cortos, el juicio no parece alterado en cuanto

a la producción y fluidez del curso fue normal, en cuanto a la producción del pensamiento la fluidez del curso fue normal, en cuanto a la relación con la realidad el contenido del pensamiento no revela alguna anomalía, no presenta ninguna preocupación mórbida ni perturbaciones en la percepción, no hubo afecto predominante manifestando durante la entrevista, no presenta ambivalencia, ni sentimiento de despersonalización, se observa un buen nivel de energía.

Resultados de las pruebas

ψ Área cognitiva

Test gestáltico vasomotor Laurretta Bender

Esta prueba permite evaluar ciertas funciones (como la percepción visual, habilidades motoras y memoria) que son importantes en el aprendizaje de habilidades escolares en los niños, resultados bajos pueden indicar una discapacidad en el aprendizaje o un retraso en el desarrollo, lo que a su vez repercute en el comportamiento del niño dentro del aula.

Regina obtuvo un puntaje de 16, los resultados reflejan que tiene un nivel de madurez perceptomotor de una niña de 7 años 6 meses a 8 años 11 meses lo cual es proporcional a su edad cronológica, 11 ítems están asociados a una inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, impulsividad e interés en niños pequeños, a su vez muestra ansiedad, retraimiento, timidez y conductas que recargan sus impulsos al exterior, los 5 ítems restantes se asocian a una inmadurez para organizar material, (confusión mental), retraimiento, ansiedad, timidez e impulsividad.

ψ WISC-IV: Escala Wechsler de inteligencia para niños-IV.

En esta prueba se evalúa la inteligencia de forma integral, para esto se conforma de cuatro índices, los cuales Regina obtuvo un Cociente Intelectual de 100, esto indica que tiene un nivel **Intelectual promedio (Promedio 90-109)** respecto a los niños de su edad. Se desglosan a continuación los puntajes obtenidos en cada uno de los índices, se debe tomar en cuenta que el puntaje esperado fluctúa entre 90 y 109.

Tabla 1*Resultado de la prueba WISC-IV*

Índice	Mide	Puntaje Obtenido
I. de Comprensión Verbal	La formación de conceptos verbales, razonamiento verbal y conocimiento adquirido del propio ambiente	96
I. de Razonamiento Perceptual	El razonamiento perceptual y fluido, procesamiento espacial e integración visomotora, conceptos abstractos, reglas, generalizaciones, relaciones lógicas.	86
I. de Memoria de Trabajo	Demanda la capacidad de conservar temporalmente la información dentro de la memoria, ejecutar alguna operación o manipulación con ella y producir un resultado	99
I. de Velocidad del Procesamiento	Capacidad para rastrear, secuenciar o discriminar de manera rápida y correcta la información visual simple	126

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2*Método de Evaluación de la Percepción Visual Frostig DTVP-3.*

Índice	Sub prueba	Descripción	Puntuación escalar.	Equivalente en edad.
COMPRESIÓN VERBAL	Semejanzas	Capacidad sistemática y racional para agrupar información según un orden, capacidad de aprendizaje, comprensión y uso de la lengua, matemáticas.	8	6:2
	Vocabulario	Conocimiento o dominio sobre el lenguaje y la comprensión de las diferentes palabras que lo componen, recursos para manejar palabras y construir una explicación verbal coherente.	9	>6:2
	Compresión	Aprendizaje de las normas sociales y la comprensión general del mundo que le rodea, análisis funcional de los recursos e	11	>6:2

		información para interactuar con su entorno de forma apropiada y según lo esperado por la cultura.		
RAZONAMIENTO PERCEPTUAL	Diseño con cubos	Coordinación, integración y velocidad visomotora, lateralidad cruzada y percepción visual.	4	>6:2
	Conceptos con dibujos	Es parecida a la de semejanzas salvo que la presentación es visual y libre del lenguaje, mide expresión oral, capacidad de agrupar información en categorías según compartan características comunes.	11	6:10
	Matrices	Percepción visual, relaciones lógicas entre los elementos.	8	>6:2
	Figuras incompletas	Atención, la discriminación visual y los conocimientos	11	>6:6

		del niño respecto a diferentes objetos y situaciones.		
MEMORIA DE TRABAJO	Retención de dígitos	Atención, memoria auditiva inmediata y capacidad de secuenciación.	9	>6:2
	Sucesión de números y letras	Memoria aditiva inmediata y atención, capacidad de manipular los números y letras en orden, capacidad de procesamiento.	11	7:2
VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO	Claves	Atención visual, la capacidad de atención sostenida o de perseverar en la tarea.	19	>6:2
	Búsqueda de símbolos	Atención sostenida y la capacidad de discriminación visual.	10	>6:2

Fuente: Elaboración propia.

Método de evaluación de la percepción visual Frostig DTVP-3

La percepción visual es la facultad de reconocer y discriminar los estímulos visuales y de interpretarlos aplicándolos con experiencias anteriores, se debe tomar en cuenta que el puntaje esperado fluctúa entre 90 y 109, Regina obtuvo los siguientes puntajes.

Tabla 3

Puntuaciones de los compuestos

Compuesto	Cociente	Rango Descriptivo
Percepción visual general	64	Muy pobre
Percepción visual con respuesta motriz reducida	43	Muy pobre
Integración visomotora	94	Promedio

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4

Esta prueba, consta de cinco sub áreas, de las cuales se obtuvo:

Subarea	Mide	Puntuación Escalar (10)	Edad Obtenida	Rango Descriptivo
Coordinación ojo-mano	Habilidad para dibujar líneas rectas o curvas con precisión de acuerdo con los límites visuales.	6	5 años 10 meses	Debajo del Promedio
Cierre visual	Habilidad de reconocer una figura que esta dibujada incompleta.	12	7 años 8 meses	Promedio
Figura-fondo	Habilidad para ver figuras específicas cuando están ocultas en un fondo confuso y complejo.	1	4 años 0 meses	Muy pobre

Copia	Habilidad de reproducir un diseño a partir de un modelo.	1	4 años 0 meses	Muy Pobre
Constancia de Forma	Habilidad de igualar dos figuras con rasgos discriminativos como tamaño.	1	4 años 0 meses	Muy Pobre

Fuente: Elaboración propia.

ψ Figura humana

Esta prueba nos permite evaluar de forma rápida y precisa la madurez del menor, Regina se ubica dentro de un puntaje Normal, para su edad muestra inestabilidad emocional, dificultad en la en la coordinación visomotriz.

Manifiesta sentimientos de inseguridad, retraimiento. Dificultad para enfrentar situaciones nuevas, falta de seguridad personal y autocontrol

ψ Área emocional

Regina percibe un ambiente restrictivo y rígido dentro de su hogar, manifiesta resistencia a establecer relaciones con el medio por temor al rechazo, refleja dependencia, hace uso de la fantasía para evadir el conflicto de apego a la figura materna.

Muestra timidez, necesidad de autoprotección y de tener su propio espacio sin interferencia de otras personas, falta de seguridad en sí misma, así como tensión interna, como conflictos y turbulencia que surgieron un problema del seno familiar, puede que Regina tenga la sensación de estar oprimida por algún conflicto o que sus padres sean muy exigentes y severos con ella, muestra fuertes sentimientos de inadecuación al enfrentarse con las personas ajenas a ella.

Regina muestra sentirse muy presionada por cuestiones extremas escolares, y continúa luchando por resistir y luchar para mantener ese equilibrio de escuela, papá y mamá, se siente dañada emocionalmente y ella misma busca la manera de volver a creer en ella misma. Muestra algunos rasgos de impulsividad, así como de inseguridad, fragilidad, introversión y ansiedad.

ψ Escritura

Regina muestra en su escritura ciertos errores de omisión y forma del trazo, hace sustituciones de ciertas palabras, hay omisión en la uniformidad en el tamaño comete errores en el espacio entre letras , palabra y palabra y letra –línea.

ψ Lectura

No hay fluidez en la lectura, se salta palabras e intercambia las mismas por otras semejantes, se estresa de no leer con fluidez y coherencia, omite palabras y lee despacio cuando sabe que se equivocó, empieza con una voz subida y la va bajando de tono cuando termino le pregunte de que se trataba y solo menciono los personajes, no entendió nada e interpreto la lectura a su manera sin sentido de lo que decía.

ψ Operaciones básicas.

Le cuesta trabajo resolver las operaciones de suma y resta, se estresa y se bloquea, tratando de adivinar y pedir ayuda en todo momento, distrayéndose en su estuche y moviéndose todo el tiempo, re quiere apoyo para llegar a un proceso de metacognición.

ψ Conducta en la evaluación

Las conductas que se han presentado durante la cuatro sesiones con Regina ,son: inquietud, poca o nula atención, intenta ser organizada y se motiva cuando le dije tu puedes hermosa, presenta algunos rasgos de ansiedad, manos sudorosas, poca tolerancia a la frustración, excitabilidad, me refirió rechazo de las maestras y compañeras.

Por otro lado aparentemente es descalificada por parte de sus compañeros y también ella misma menciona cosas como “no puedo”, “soy tonta”, lo cual puede estar dañando su autoestima y regulación de emociones al no creer en ella misma.

Cabe resaltar que durante el tiempo que estuve con Regina se mostró:

- ✓ Respetuosa.
- ✓ Amable.
- ✓ Sociable.
- ✓ Honesta.
- ✓ Empática.
- ✓ Reflexiva.
- ✓ Con un buen nivel de energía.

Durante todo el proceso se le realizaron una serie de pruebas y test con el objetivo de tener un mejor acercamiento y conocimiento de ella, con la finalidad de entender el ¿por qué? de

ciertas actitudes y comportamientos en diferentes ámbitos de su vida, y así otorgarle a Regina las herramientas necesarias para que exprese de manera adecuada sus emociones y responda de forma asertiva ante las diferentes situaciones que se le presenten en Entrevista. Cabe destacar que durante su estancia en la escuela JN Glenn Doman, Regina ha mostrado en adecuadas condiciones de limpieza y aliño personal.

ψ Impresión clínica:

De acuerdo a los resultados obtenidos, Regina muestra en las pruebas rasgos que señalan dificultades en el área emocional y social, que se ve reflejado en su manera de reaccionar ante ciertas situaciones. En cuanto a las pruebas presento un correcto y rápido desempeño , manteniendo la consigna en todo momento de control mental, presento dificultades en las pruebas más complejas pero tiene la capacidad de retomar por si sola la tarea.

Dado estos resultados se puede decir que Regina no tiene una capacidad atencional y funciones ejecutivas conservadas, presentando dificultad y desempeño lentificado en las tareas más complejas, pero con la capacidad de rectificar por si sola y de mantener la consigan.

Muestra una adecuada velocidad de pensamiento ya que los tiempos de ejecución ante la realización de actividades fueron favorables, aunque requiere reforzarse el área de atención a detalle, lo cual impacta en el área académica con la posibilidad de realizar actividades académicas bien hechas en tiempo y forma, reforzando así la calidad de trabajo.

Sugerencias

conductuales

- ψ Diseño de horarios para establecer una rutina adecuada donde se fomentarán hábitos para buscar que pueda realizar todo tipo de actividades por ella misma (autosuficiente), algún adulto le debe modelar, la autosuficiencia le dará seguridad y estabilidad emocional.
- ψ Asignar responsabilidades específicas cuidando el tiempo de ejecución y calidad. Cuidar de su mascota,
- ψ Permitir a su hija a que ayude con las tareas domésticas. Esto puede ayudar a incrementar su confianza y destrezas concretas (mantenga instrucciones simples, divida las tareas en pasos pequeños, y recompense los esfuerzos de su niño con elogios).
- ψ Aprovechar las actividades del hogar para ampliar su vocabulario (por ejemplo, hacer la comida mostrar y nombrar los ingredientes; al sacudir mostrar y nombrar los objetos, etc.).

ψ Entrenamiento conductual para desarrollo de habilidades sociales.

Emocionales

ψ Terapia de juego para que pueda tener esa estabilidad que le permitirá aprender habilidades básicas, manejar sus emociones, hábitos, socialización y rutinas.

ψ Orientación Familiar.

ψ Ayudarle y animarle a expresar lo que piensa y siente ante situaciones que puedan causarle molestia o malestar.

ψ Reforzar y reconocer las cualidades positivas que tiene

Académicas y cognitivas

ψ La música tendrá un papel importante en su desarrollo cognitivo, llevarla a clases de piano, violín, o el instrumento que a ella le motive, ponerle música relajante y tranquila puede aumentar su concentración, la puede mantener activa y alegre puede ayudar a desarrollar sus habilidades motoras gruesas. Además, existe evidencia de que la formación musical puede mejorar las habilidades de razonamiento perceptual lógico y espacial de Regina.

ψ Jueguen juegos de memoria. Estos tipos de juegos fomentan la observación minuciosa y la memoria visual.

ψ Armen un rompecabezas estos ayudarán a Regina a reorganizar los patrones y comprender las relaciones entre las formas.

ψ Ejercicios de motricidad gruesa y fina, equilibrio, ubicación espacial, lateral y temporal.

ψ Desarrollo de percepción (semejanzas y diferencias) y abstracción (clasificación).

ψ Actividades de organización de materiales o juegos con secuencias.

ψ Trabajar los tres niveles de formas y figuras de Frostig así como círculos mágicos para la atención y concentración de Luz Ibarra.

ψ Trabajar el programa problemas de atención para su estimulación y rehabilitación con la finalidad de desarrollar habilidades de atención sostenida, enfocada, selectiva, alternada y dividida para aumentar sus periodos de trabajo y así pueda alcanzar la comprensión de las actividades que debe realizar.

ψ Trabajar el programa de problemas de memoria para su estimulación y rehabilitación.

ψ Estrategias y hábitos de estudio.

ψ Cambiarla de escuela

Sociales

- ψ Continuar con su actividad de natación y patinaje
- ψ Evitar aparatos electrónicos en su habitación.
- ψ Cuidar su Dieta libre de alimentos artificiales.

Se recomienda:

- ψ Terapia para desarrollar inteligencia emocional
- ψ Terapia familiar
- ψ Terapia psicopedagógica.

Referencias.

- American Academy of Pediatrics (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Pediatrics*, 108, 1033-1044.
- Ahmoi, C. & Petermann, F. (1997). Developmental psychopathology. Epidemiology, diagnostics and treatment. Harwood Academic Publishers, Amsterdam
- Albert(2088). The ADHD Classroom Kit: a whole classroom approach for managing disruptive behavior. *Psychologie Schools*, 3r5, 67-79.
- August, G.J. y Ganfinkel, G.D. (1990). Comorbidity of ADHD and Reading Disability Among Clinic Referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 29-45.
- Barkley R. A. (1987). Defiant children: A clinician's manual for parent training. The Guildford Press, New York.
- Barkley, R.A. (1990). Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook for diagnosis and treatment. New York, Guilford Press, 74-105.
- Barkley, R. A. (1995). Taking charge of ADHD. The Guilford Press, New York.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Bar-On. (2011). La inteligencia emocional. *Temas para la educación*.
- Bello, Z., Sánchez, H. D., & Rodríguez, P. (2010). La inteligencia emocional y su educación. *Verona* .
- Berrocal, D. P. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa* .
- Bender, L. (1938). *Test Gestaltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. The Lancet, 366, 237-248.
- Biederman, J., Faraone S.V. y Monuteaux, M.C. (2002). Impact of exposure to parental attention deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32, 817-827

- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Bisquerra, R. A. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Síntesis
- Borden, K.A. (1987). Achievement attributions and depressive symptoms an attention deficit disorder and normal children. *Journal School Psychology*, 25, 399-404.
- Bornas, X. y Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil: un enfoque cognitivoconductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Braswell, L. & Bloomquist, M. L. (1991). Cognitive - behavioral therapy with ADHD children. The Guilford Press, New York.
- Braket, (2017). *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós.
- Bronowski, J. (1977). *Human and animal languages*. Cambridge (MA): MIT
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niño/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 79-98.
- Clements, S.D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children. Terminology and identification* (Usph Publication nº 1415). Washington, U.S. Government Printing Office.
- Coghill, D., Nigg, J., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E. y Tannock, R. (2005). Whiter causal models in the neuroscience of ADHD. *Developmental Science* 8, 105-114.
- Del Pino, P. (2014). Análisis comparativo de inteligencia en estudiantes de administración: *línea base de la gestión educativa parala formación y liderazgo de competencias emocionales en licenciatura y posgrado*. DF, México.
- Diamond, J. & Mattsson, A. (1998). Trastorno por déficit de atención / hiperactividad. En Parmelee, D. X. (ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 69–82). Harcourt Brace, España.

- Etchepare, T. & Almonte, C. (2003). Trastorno por déficit atencional e hiperactividad. En Almonte, C., Montt M. E. & Correa, A. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 243 – 255). Editorial Mediterráneo, Chile.
- Fernández, B. & Extremera, N. (2006). La inteligencia emocional en el contexto educativo. *Revista de Educación*.
- Fernández, (2011). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 11(96), 35-53.
- Fernández-Berrocal, Pablo; Ruiz Aranda, Desiree (2008) La Inteligencia emocional en la Educación *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, Universidad de Almería Almería, España
- Ferragaut, M. (2012). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39–49.
- Fierro, M. F. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Sc*
- Fragoso, L. R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, *¿un mismo concepto?* *Revista Iberoamericana de Educación Superior*
- Faraone, S.V. y Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder, *Biological Psychiatry*, 44, 951-958.
- Fonseca, V. (1996). *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona: INDE.
- Gaub, M y Carlson, C.L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a schoolbased population. *Journal of abnormal child psychology*, 25(2), 103-11.
- García, R. (2000). Psiquiatría del niño y del adolescente. En Heerlein, A. (ed.) *Psiquiatría clínica* (pp. 755 – 789). Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile.
- García, R., Presentación, M.J., Siegenthaler, R. y Miranda, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 42 (Supl 2), 13-19.
- Granell, E. (1979). Aplicación de técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural. Editorial Trillas, México.
- Greenhill, L.L. (1998). Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children.

- Gentschel, D. A., y McLaughlin, T. F. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: Characteristics and suggested methods for treatment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 12*, 333-348.
- Goldman, R. y Rakic, P. S. (1998). Tomography of cognition: parallel distributed networks in primate association cortex. *Annuary Review of Neuroscience, 11*, 137-156. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 31-41.
- Gottesman, I.I. y Gould, T.D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry, 160*, 636-645.
- Garaigordobil, M. Oñederra, J.A. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *European Journal of Education and Psychology, Vol. 3*, N° 2.
- Goleman, D. (2011). La inteligencia emocional, *por qué es más importante que el coeficiente intelectual*. México.
- Goleman, D. (2012). El cerebro y la Inteligencia Emocional, Barcelona (España)
- Güell, M. (2013) ¿Tengo inteligencia emocional?, Paidós Barcelona.
- Guevara, L. (2011). La inteligencia emocional. Revista digital para profesionales de la enseñanza.
- Hernández, Fernandez y Baptista (2017). Metodología de la investigación.
- Hernández, G. R. (2004). Inteligencia emocional y funcionamiento familiares en adolescentes.
- Hernández, L. & Barragan, R. (2015). Correlación de inteligencia emocional con bienestar psicológico y rendimiento académico. *Investigación en educacion medica*.
- Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent grils with attention-deficit/Hiperactivity Disorder: Backgroud Characteristics, Comorbidity, Cognitive and Social Functioning, and Parenting Practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1086.
- Holmes, J., Payton, A., Barret, J., Harrington, R., McGuffin, P., Owen, M., Ollier, W., Worthington, J., Gill, M., Kirley, A., Hawi, Z., Fitzgerald, M., Asherson, P., Curran, S., Mill, J., Gould, A., Taylor, E., Kent, L., Craddock, N. y Thapar, A. (2002). Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *American Journal Medical Genetic, 114*, 150-153.
- Jiménez, R. J. (2005). Autoconciencia “Self”. Universidad de Malagana.

- Jiménez, M. & López, Z. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Kendall, P. C. & Braswell, L. (1993). Cognitive - behavioral therapy for impulsive children. The Guilford Press, New York.
- Kotkin, R. (1998). The Irvine Paraprofessional Programme: promising practice for serving students with ADHD. *Journal Learn Disabilities*, 31, 556-564.
- la educación de la mente*. España: Gedisa.
- Lewis, M. (2002). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Lippincott Williams & Wilkins, New York.
- López, M. & Aran, V. (2014) Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados
- López, O. M. (2008). La inteligencia emocional y las estrategias de aprendizaje como predictores del rendimiento académico en estudiantes universitarios. Lima, Perú.
- López, R. F. (2013). Emociones y educación, que son y como intervenir desde la escuela. Laboratorio educativo.
- Luciana M. Barahona1a & Alberto A. Alegre (2015) Inteligencia emocional y TDAH: Un análisis comparativo en estudiantes de Lima Metropolitana
- Páez y Castaño (2015). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
- Palacios y Rodrigo 2001
- Palacios-Cruz, L., Peña, F. d., Valderrama, A., Patiño, R., Calle Portugal, S. P., & Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 34(2), 149-155.
- Paladinez, L. M. (2013). Inteligencia Naturalista y Responsabilidad Ambiental en los Estudiantes de Grad. Facultad de ciencias sociales y humanas.
- Pérez. R. L. (2015). Inteligencia Emocional y rendimiento escolar en la etapa de educación infantil. Facultad de educación.
- Rodríguez, I. (2000). Las tres inteligencias, intelectual, emocional y Moral. *Una guía para el desarrollo de nuestros hijos*. Castillo, Monterrey.

- Macedo, R. M. (2004). Nivel de inteligencia emocional en sujetos de diferentes áreas del conocimiento.
- Michelson, D. *et al.* (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 108(5), 83.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means of Developing Self-Control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115-126.
- Miranda A, Presentación, M.J. y Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*. 35 ,546-62.
- Miranda A, Presentación, M.J. y Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*. 35 ,546-62.
- Miranda, A. y Grau, D. (2005). *La familia y la escuela: su influencia en el TDAH*. Poster presentado en la 3ª Reunión Internacional sobre Hiperactividad. 17-19 de noviembre 2005, Badajoz.
- Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. Málaga. Aljibe
- Miranda, A., García, R. y Jara, P. (2001). Acceso al léxico y comprensión lectora en los distintos subtipos de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad, *Revista de Neurología*, 2, 125-138
- Miranda, A., García, R. y Jara, P. (2001). Acceso al léxico y comprensión lectora en los distintos subtipos de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad, *Revista de Neurología*, 2, 125-138
- Miranda, A., Grau, D., Marco, R. y Roselló, B. (2007). *Estilos de disciplina en familias con hijos con TDAH: influencia en la evolución del trastorno*. *Revista de Neurología*, 44 (2), 23-26.
- Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M.D. y Jarve, S. (1999). El niño hiperactivo: intervención en el aula, un programa de formación para profesores. Castellón: Universidad Jaime I.

- Miranda, A., Rosel, J., Grau, M. D., & Meliá, A. (en prensa). Understanding discipline in families with children who have attention-deficit/hyperactivity disorder: A structural equation model. *Journal of Spanish Psychology*.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista Neurología*, 44(2), 23-25.
- Mirsky, A.F. (1996) Disorders of Attention: A neuropsychological markers of disordered attention: a neuropsychological perspective. En Lyon, R.G y Krasnegor, N.A (Eds.). *Attention, memory, and executive function*. Baltimore.
- Munguia, O. L. (2008). La inteligencia emocional y las estrategias de aprendizaje como predictores del rendimiento académico en estudiantes universitarios. Lima, Perú.
- Paladinez, L. M. (2013). Inteligencia Naturalista y Responsabilidad Ambiental en los Estudiantes de Grad. Facultad de ciencias sociales y humanas.
- Rodríguez, I. (2000). Las tres inteligencias, intelectual, emocional y Moral. *Una guía para el desarrollo de nuestros hijos*. Castillo, Monterrey.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, M., y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con
- Roselló, B., Amado, L. y Bó, R.M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 181-192.
- Roselló, B., García R., Tárraga, M. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl 1), 79-84.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, M., y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 79-84.
- Salovey (2005). Preferential neural processing of attended stimuli in attention deficit Hyperctivity disorder and normal boys. *Psychophysiology*, 31, 1-10.
- Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En V.E. Caballo y M.A. Simón (Eds), *Manual de psicología clínica y del adolescente*. (pp. 401-433). Madrid: Pirámide. *Universidad Complutense de Madrid* Página 254

- Russo, A. (2015). Cognitive behavior modification of hyperactivity / impulsivity and aggression: A meta - analysis of school - based studies. *Journal of Educational Psychology*, 91, 1 - 9.
- Swanson, J., Castellanos, F.X., Murias, M., LaHoste, G., y Kennedy, J. (1998). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 8, 263-271.
- Trujillo. M y Rivas. L (2005) Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. Universidad Nacional de Colombia.
- Turchiano, T. P. &, Hofstra, U. (2000). Dissertation Abstracts International: *Section B: The Sciences & Engineering*, 60 (11-B), 5760.
- Vázquez de la Hoz, F. J. (2007). Inteligencia emocional en las organizaciones educativas. *Psicogente*.
- Wechsler, D. (1999). Test de inteligencia para niños WISC III. Editorial Paidós, Argentina.
- Wechsler, D. (2007). *Manual WISC-IV Español*. Mexico: Manual Moderno.
- Weiler, D.M. (2000). Healthy family functioning with a child Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Diseration Abstratcts International: section A: Humanities and social Sciencies*, 61 (6A), 2479.
- Wells, K.C., Epstein, J.N., Hinshaw, S.P., Conners,C., Keith, C., Klaric, J., Abikoff, H.B., Abramowitz, A., Arnold, L.E., Glenn, E., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Pelhan, W., Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J.M., Vitiello, B., y Wigal, T. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543-553.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En R. Wick-Nelson y A.C. Israel (Eds.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall.

