

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

**PROGRAMA DE CAPACITACION EN DESTREZAS SOCIALES
PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD Y DIFICULTADES DE ATENCION**

LILLIAN CECILIA CASTILLO GUZMAN

Guatemala

1999

**PROGRAMA DE CAPACITACION EN DESTREZAS SOCIALES
PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD Y DIFICULTADES DE ATENCIÓN**

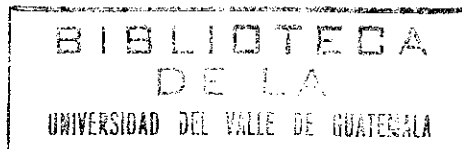
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

**PROGRAMA DE CAPACITACION EN DESTREZAS SOCIALES
PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD Y DIFICULTADES DE ATENCION**

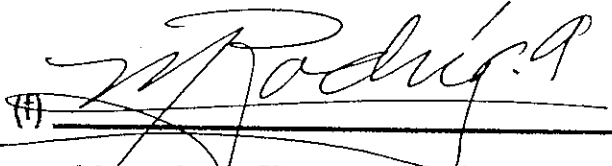
LILLIAN CECILIA CASTILLO GUZMAN



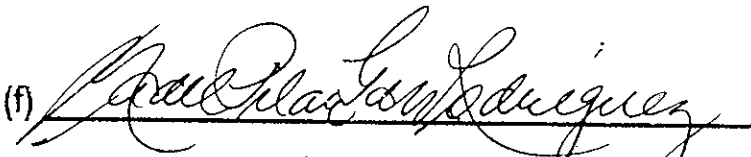
Guatemala

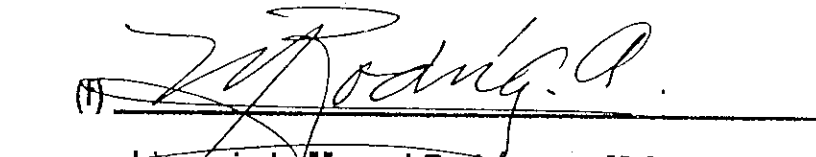
1999

Vo. Bo. :

(f) 
Licenciado Manuel Rodríguez M.A.
Asesor

Tribunal:

(f) 
Licenciada María del Pilar de Rodríguez M.A.

(f) 
Licenciado Manuel Rodríguez M.A.

(f) 
Licenciada Josefina Antillón Milla

Fecha de aprobación: 24 de junio de 1999

Al Dios Creador,
a mis padres Q.P.D,
hermanos, sobrinos
y amigos.

INDICE DE CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN	
I. INTRODUCCION	1
A. Antecedentes	1
B. Justificación	3
C. Definición del Problema	4
II. FUNDAMENTACION TEORICA	8
A. TRASTORNO DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD	8
1. Definición	8
2. Síntomas	12
3. Etiología	13
4. Incidencia	18
5. Prevalencia	19
6. Epidemiología	20
7. Epidemiología Genética	21
B. TEORIAS ACERCA DE DIFICULTADES DE ATENCIÓN	22
C. TEORIAS VARIAS	23
1. Teoría de dieta de intervención temprana	23
2. Desequilibrio químico	24

3. Desequilibrio del oído medio	25
4. Lentes de color	26
5. Diferencias de personalidad	27
6. Reflejo tónico simétrico	27
D. UNA NUEVA TEORIA ACERCA DEL DEFICIT DE ATENCIÓN	28
1. Qué se puede esperar de esta nueva teoría	29
2. Separar realidades de los sentimientos	31
3. Un sentido del pasado y del futuro	33
4. El habla autodirigida, la voz de nuestra mente y nuestro autocontrol	35
E. TRATAMIENTO	36
III. PROPUESTA DEL PROGRAMA DE CAPACITACION DE DESTREZAS SOCIALES	41
A. FUNDAMENTACION TEORICA DE LA PROPUESTA	41
1. Objetivo general del programa	42
2. Objetivos Específicos	43
3. Población Objetivo	43
4. Sugerencias para conducir el grupo	43
B. DESARROLLO DE LAS SESIONES	45
# 0 Sesión previa	45
Sesión # 1 Respetar a otros	47
Sesión # 2 Respeto a otros "Por medio de palabras mágicas "	50
Sesión # 3 Aprendiendo apropiadamente a controlar el Comportamiento	53

Sesión # 4	Importancia de reconocer las reglas en clase	57
Sesión # 5	Aceptar las consecuencias por un comportamiento inapropiado	60
Sesión # 6	Destreza Social "Autocontrol"	63
Sesión # 7	Escuchar el problema y resolverlo en pasos	66
Sesión # 8	Hacer frente a la ira	69
Sesión # 9	Comprender la necesidad de compartir con otros	72
Sesión # 10	Aprender a cooperar	75
Sesión # 11	Cierre	
	"Demostrar las destrezas que aprendí"	77
	C. Consideraciones finales	80
IV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82

RESUMEN

El presente trabajo de graduación es un modelo de trabajo profesional denominado ° Programa de Capacitación en Destrezas Sociales Para Niños Con Hiperactividad Y Dificultades De Atención°.

Este programa propone el entrenamiento de las destrezas sociales, como una estrategia sistemática para niños con Trastorno de Atención e Hiperactividad, tiene como objetivo ayudar a los niños a desarrollar conductas prosociales que generalmente se encuentran ausentes en niños y adolescentes con DDAH.

El trabajo incluye una fundamentación teórica, que constituye una revisión de la bibliografía, la mayoría de la fue consultada en el idioma inglés, por existir poca literatura relacionada con el tema en español. Tiene la finalidad de que el lector amplía sus conocimientos acerca del tema para que pueda proporcionar apoyo a niños que padecen este problema.

El programa ofrece a los psicólogos, consejeros escolares, terapeutas y maestros especializados; un conjunto de 10 sesiones detalladas para trabajar con los niños de edad escolar.

I. INTRODUCCION

A. Antecedentes

El presente trabajo, propuesta de un "Programa de capacitación en destrezas sociales, para niños con hiperactividad y dificultades de atención" persigue conocer el papel de las destrezas sociales, como un entrenamiento en el uso apropiado de habilidades sociales en niños hiperactivos y con dificultades de atención.

A lo largo de la educación pre-primaria y primaria, se pueden encontrar niños que se han tildado como inquietos, que no ponen atención, hiperactivos, con bajo rendimiento escolar y con problemas de aprendizaje o conducta. Este apelativo se ha generalizado mucho en el último decenio.

El desorden deficitario hiperactivo de atención, es un desorden heterogéneo de etiología desconocida. Su impacto en la sociedad es enorme en términos de costos financieros, estrés familiar, interferencia en actividades académicas y vocacionales, así como efectos negativos en la autoestima.

Algunos de estos niños con este desorden, son referidos a los departamentos o centros psicopedagógicos para su evaluación y tratamiento; el resto, desafortunadamente la mayoría pasan su niñez trabajando horas extra de clase con maestros particulares o tutores, desarrollando baja autoestima, ya que a pesar de su esfuerzo generalmente son niños que repiten un grado o más de estudio, presentan en la mayoría de los casos problemas de conducta asociados.

Este desorden ha captado el interés de investigadores y clínicos por más de tres décadas, actualmente es el desorden más estudiado por la psiquiatría infantil y posiblemente el más controversial.

Algunas de las controversias acerca de este desorden, fueron generadas por cambios en la terminología del desorden, lo que refleja tendencias históricas en la conceptualización de varias etiologías del desorden. Este fue descrito en la literatura médica al final del siglo XIX cuando se llevaron a cabo investigaciones sobre el cerebro y su funcionamiento, así como de sus desórdenes a través de autopsias que se realizaban a pacientes que presentaban algún desequilibrio mental.

Desde el inicio de los años mil novecientos los síntomas han sido cada vez más reconocidos en la literatura médica, la enfermedad llamada encefalitis letárgica fue descrita y diagnosticada como secuela de Encefalitis Infecciosa Barkley (1981). Still (1902) y otros describieron los síntomas de: inquietud, impulsividad, pobre concentración y sobre actividad en un grupo de niños con retardo mental con lesión neurológica, estos investigadores catalogaron los síntomas como secundarios a un trauma o enfermedad neurológica.

Lewin (en Lerner 1985) creyó que el síndrome era orgánico en su origen y describió una relación entre "daño cerebral severo" en niños y adultos retardados inquietos".

Straus (citado por Taylor, 1990, pag. 25) enfatizó la etiología orgánica cuando describió algunos niños con retardo mental que manifestaban hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, perseveración y defectos cognitivos. Consideró que estos niños retardados tenían daño cerebral aún cuando esto no pudo ser demostrado posteriormente, llamó a esto "Síndrome de daño cerebral mínimo". El uso de este término fue muy cuestionado a nivel clínico, Lewin y Strauss (1947) opinaron que el niño no debía ser etiquetado con "daño cerebral" únicamente por su comportamiento, a menos que el daño cerebral fuera demostrado.

Seguidamente en 1966 Clement (citado por Lerner, 1985) lo llamó Disfunción cerebral mínima y lo definió como un problema de conducta y aprendizaje asociado a desviaciones

en el funcionamiento del sistema nervioso central en niños con inteligencia normal.

La primera aceptación oficial de lo que actualmente es llamado DDAH como una categoría clínica diagnóstica, fue en 1968 con la publicación de la Segunda Edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los desórdenes Mentales (DSM- II). El término fue llamado "Reacción Hiperquinética de la niñez y adolescencia".

En las siguientes publicaciones del DSM, el término ha pasado por varios cambios. En el DSM III (1980), fue llamado Desorden de Déficit de Atención, con Hiperactividad, sin Hiperactividad y de tipo residual. En el DSM-R (1987) se le llamó Desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad, también ese mismo año fue llamado Desorden de Déficit de Atención Indiferenciado. En la última publicación del DSM IV (1994), se le encuentra con el nombre de Desorden de déficit de atención - hiperactividad, tipo predominante inatento, tipo predominante hiperactivo y tipo combinado.

Barkley (1997), en su seminario sobre DDAH, se refirió al niño con Deficit de Atención e Hiperactividad como frecuentemente caracterizado por inatención, hiperactividad e impulsividad, son los síntomas de la triada clásica de éste trastorno. Según la Oficina Especial de Educación de los Estados Unidos,(pág.3,1996) existen otras características positivas generalmente opacadas como por ejemplo la creatividad que estos niños poseen.. "El niño con trastorno de atención con hiperactividad, no es un niño problema sino un niño con un problema"

B. Justificación:

En el trabajo con niños con incapacidades de aprendizaje, especialmente, hiperactivos y con déficit de atención, se ha observado que el programa de destrezas básicas y apoyo académico que reciben es insuficiente, además de estar medicados, no hay una respuesta efectiva en cuanto a lograr cambios a largo plazo.

Las dificultades primarias de los niños con DDAH suele causarles ciertos graves errores

sociales. Tienen dificultades para atender a sutiles claves sociales cuando juegan, presentan dificultades para esperar su turno y seguir las reglas previamente pactadas.

Hacen comentarios desconsiderados y usan métodos inapropiados para introducirse en las actividades de otros. Con el tiempo los compañeros se muestran comprensivamente molestos por tales comportamientos y así comienza el proceso de rechazo.

Según Parker, (1996) 25% de los niños con DDAH presentan algún problema de aprendizaje, que ha sido definido como una dificultad en los procesos fundamentales que intervienen en el lenguaje hablado o escrito. El entrenamiento grupal de aptitudes sociales, instruye sobre la ejecución de determinados comportamientos sociales adaptativos y que facilitan la socialización. Es conveniente para niños con déficit de atención, ya que debido a las características de su problema presentan dificultades para relacionarse.

Este tipo de entrenamiento está destinado a aumentar el reconocimiento de los comportamientos sociales adecuados y de los inadecuados, y a entrenar a los niños para que los elijan correctamente.

c. Definición del Problema:

El desorden de Déficit de atención con Hiperactividad o DDAH es un desorden en el desarrollo del autocontrol. Esto incluye problemas con el lapso de atención, el control de impulsos y el nivel de actividad. Estos problemas reflejan falta de capacidad para controlar la propia conducta durante un lapso de tiempo adecuado para mantener apegado a metas y prever consecuencias a largo plazo. Este desorden se origina por una baja de actividad en un área del cerebro, que al ir madurando, nos provee con mayores medios de inhibir la conducta, lo que nos permite auto organizarnos, auto regular nuestros actos y prevenir las consecuencias futuras. Esta baja actividad cerebral causa mucho impacto negativo y es desastrosa en la habilidad del niño para manejar su

conducta tanto a corto como a largo plazo. (Barkley, 1995).

En la actualidad la mayoría de los profesionales creen que el Déficit de Atención, se deriva de tres problemas primarios en la habilidad para controlar su conducta:

- a. Dificultades en mantener la atención
- b. Problemas con la inhibición de los impulsos.
- c. Una actividad en exceso.

Como consecuencia se añaden dos problemas más: dificultad en seguir las reglas e instrucciones y excesiva variabilidad en sus respuestas a situaciones, en particular en el desempeño en la tarea. Estos síntomas están asociados con déficit primario en la inhibición conductual, que viene a ser el elemento primordial del DDAH.

Los síntomas tienden a existir permanentemente pero pueden variar con el tiempo. En muchos casos, los niños con DDAH pueden presentar otros trastornos específicos, como trastorno de conducta oposicional desafiante o en otras situaciones una enfermedad enteramente diferente que puede ser la causa de las dificultades de atención.

A lo largo de la educación escolar, se encuentran niños con problemas de lapso de atención corto, control de impulsos y nivel de actividad. Además tienen bajo rendimiento en sus estudios, son desorganizados e irresponsables. En cuanto a su desenvolvimiento social constantemente tienen dificultades para llevarse bien con otros. Los programas de tratamiento que supuestamente buscan resultados positivos a largo plazo no han sido estudiados adecuadamente. Los pocos esquemas de tratamiento con los que se ha observado una mejoría a largo plazo para el niño y su familia utilizaron múltiples modalidades. Esos esquemas integran acciones médicas, psicológicas, psicosociales y psicopedagógicas incluyen el manejo del caos, y educan y habilitan a las familias como intercesores. Ninguna terapéutica por sí sola, ha sido efectiva a largo plazo.

La promoción normal implica instruir a los niños, a su familia, a sus maestros y a sus compañeros acerca del desorden de déficit de atención con hiperactividad y las patologías relacionadas, estimular la autoestima del niño y ayudar a normalizar las interacciones entre padre e hijo y entre el niño y sus compañeros. El tratamiento debe ser diseñado para el individuo y ser apropiado para su desarrollo, debe tomarse en consideración el desarrollo del niño en la selección de las estrategias, su familia y su medio escolar.

A través de varios años de rehabilitar a niños con incapacidades de aprendizaje, especialmente, con déficit de atención e hiperactividad, se ha observado relativamente su rendimiento académico, dándoles apoyo con un programa de destrezas básicas, pero no el manejo de destrezas sociales aun cuando se ha establecido manejo de programas de comportamiento que al principio ha parecido funcionar pero al transcurrir dos o tres semanas pierde su efectividad.

Las dificultades primarias de los niños con DDAH suelen causarles ciertos errores sociales graves. Tienen dificultad para atender a sutiles (y a veces no tan sutiles) claves sociales, cuando juegan, tienen dificultades para esperar su turno y seguir las reglas previamente pactadas. Hacen comentarios desconsiderados y usan métodos inapropiados para introducirse en las actividades de otros. Con el tiempo los compañeros se muestran comprensivamente molestos por tales comportamientos y así comienza el proceso de rechazo.

Es importante el entrenamiento grupal de aptitudes Sociales, instruye sobre la ejecución de determinados comportamientos sociales adaptativos y que facilitan la socialización. Es conveniente para niños con déficit de atención ya que debido a las características de su problema presentan dificultades para relacionarse.

Este tipo de entrenamiento puede ayudar a los niños en un nuevo aprendizaje de

comportamiento social adecuado y en él que aprenderán a reconocer las conductas inadecuadas y a entrenarse a elegir las correctamente.

II FUNDAMENTACION TEORICA

A. TRASTORNO DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1. Definición:

Según Barkley (1990) el desorden de atención con hiperactividad es un trastorno en el cual una persona tiene grados inapropiados de inatención, impulsividad e hiperactividad.

Según Goldman (1996), a lo largo de cincuenta años, los médicos han evaluado y tratado jóvenes que presentan diversas combinaciones de sobre **actividad motora, impulsividad, distractibilidad y falta de atención.**

Según la APA (1994), este desorden se refiere a un patrón persistente de falta de atención y / o hiperactividad e impulsividad cuya frecuencia y severidad es mayor que lo típicamente observado en personas de un nivel comparable de desarrollo.

Actualmente han cambiado la terminología que describe a tales niños, esto refleja las ideas cambiantes acerca de la etiología y de la relación que hay entre los síntomas de sobre actividad y los síntomas de la falta de atención.

Este desorden ha recibido a través del tiempo diferentes nombres; a saber:

- ° a) Daño cerebral mínimo
- b) Disfunción cerebral mínima
- c) Síndrome del niño hiperactivo
- d) Reacción hiperactiva de la niñez
- e) Trastorno de déficit de atención con hiperactividad°

El trastorno de déficit de atención hipercinético, según el consenso de la mayoría de investigadores y clínicos interesados en el problema, es un trastorno del desarrollo caracterizado por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad para el nivel de funcionamiento esperado en el sujeto afectado. Estos síntomas a menudo surgen en la niñez temprana, son de naturaleza relativamente crónica y no son el resultado claro de un déficit severo, en lo neurológico, sensorial, del lenguaje motriz, ni

son causados por retraso mental o por un trastorno emocional severo.

Estas dificultades están típicamente asociadas con déficit en la adherencia a normas y en el mantenimiento de un patrón de ejecución en el trabajo, en el cual los niños no logran seguir instrucciones, ni concluir una tarea a lo largo del tiempo (Barkley, 1990).

Otro criterio es el de la Asociación Psiquiátrica Americana, (1994); Barkley, (1990) y la Organización Mundial de la Salud, (1992), que han sido considerados en la literatura especializada como los síntomas primarios del trastorno al Déficit de Atención sostenida, (especialmente en situaciones repetitivas y no excitantes y no necesariamente distractibilidad aumentada); poco esfuerzo y persistencia en las tareas y obligaciones; desinhibición conductual (impulsividad); respuestas inmediatas y erróneas; Toma de riesgos innecesarios; La tendencia a tomar "atajos" en las tareas aburridas, al menor esfuerzo en el menor tiempo posible; inhabilidad para retardar gratificación; (lo que, por supuesto conduce a conflicto social, a crítica y castigo por parte del medio). Por lo que Invariablemente va acompañada de hiperactividad, la cual se refleja en una considerable hiperactividad motora (está siempre en marcha o actúa como si lo moviese un motor); carente de propósito y de reglas según demandas del medio.

Según DSM IV (1996), el déficit de atención con hiperactividad se divide en dos subtipos combinados (más frecuente), distraído de manera predominante y predominante hiperactivo - impulsivo. Esta terminología diagnóstica reciente, refleja el pensamiento actual acerca de la posible heterogeneidad de dicho trastorno.

"Criterios del DSM IV para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (pág 88,89)

°A. (1, o (2):

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

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se habla directamente
- (d) a menudo sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o está renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.
- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad- impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente relacionada con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (adolescentes o adultos pueden limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

“Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas, se presentan en dos o más ambientes (por ej., en la escuelas (o en el trabajo) o en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo , esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

- F390.0 Trastornos por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01) si se satisfacen los Criterios A1 A2 durante los últimos 6 meses.
- F90,8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio del déficit de atención (314.00); si se satisface el Criterio A1 ,pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01] si se satisface el Criterio A2 pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.
- 90.9 **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado**

[314.9] Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad, impulsividad que no satisfacen en los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.”

2. SINTOMAS

“Los síntomas de este trastorno pueden incluir lo siguiente; Síntomas que ocurren más a menudo de lo usual para la edad dada :

- estar inquieto o retorciéndose
- dificultad en permanecer sentado
- ser fácilmente distraído
- dificultad con esperar su turno
- decir abruptamente las respuestas
- dificultad para seguir instrucciones
- prestar atención por cualquier período de tiempo
- terminar las cosas
- jugar tranquilamente
- conversar demasiado
- interrumpir o entrometerse con otros
- dificultad para escuchar a otros
- perder los objetos necesarios para las tareas
- autoestima baja
- cambios rápidos en el estado de ánimo
- baja tolerancia a la frustración
- explosiones de genio
- bajo rendimiento escolar
- problemas de percepción motora
- problemas para congeniar con otros
- problemas con hacer o mantener amigos. “(1996 - CMC-New York)

Según Goldman (1997); desde el punto de vista clínico, estos niños se presentan al médico cuando sus padres o maestros se quejan de que es difícil disciplinarlos, no siguen instrucciones, olvidan llevar tareas o notas de la escuela a su casa y no recuerdan llevar la tarea a la clase. Es probable que toquen o golpeen a otros niños de manera impulsiva,

se lancen a la calle o no sean capaces de esperar su turno en un juego.

Cuando hay sobreactividad motora, el niño se agitará, retorcerá y estará "por todos lados". Con frecuencia, los problemas sociales con compañeros, las relaciones negativas con miembros de la familia, los escasos logros escolares y la autoestima disminuida, son resultado de los problemas centrales de atención, distracción impulsividad y sobreactividad.

Aunque los síntomas deben haberse presentado antes de los siete años de edad para realizar un diagnóstico, es frecuente que este trastorno no aparezca hasta que el niño entre a la escuela, quizá debido a que la escuela requiere una conducta más controlada y dirigida y porque los maestros observan a los niños actuar de modo diferente a sus compañeros.

Sin embargo, la difusión de información enfocado en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y la cantidad de niños de menor edad que se encuentran en ambientes de tipo escolar. Algunos médicos están observando un incremento en el número de niños pequeños que son referidos para evaluación de síntomas del tipo trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Es por ello que quizá no sea difícil el diagnóstico para niños de edad preescolar afectados de manera grave; pero en casos menos evidentes, es probable que los padres se resistan a creer que su hijo tiene algún problema o de que estén convencidos que el trastorno desaparecerá al crecer.

3. ETIOLOGIA:

Las investigaciones indican que el DDAH tiene una contribución biológica muy fuerte. A pesar de que aún no se han identificado causas precisas, hay pocas dudas de que la herencia genética hace la mayor contribución a la expresión del desorden en la

población. Según el criterio de Jensen y Cantwel (citado por Cantwell 1996) la etiología de DDA es desconocida. Es poco probable que un factor etiológico, socave todos los casos que clínicamente le llaman síndrome de DDA. Es más probable que exista una interacción entre los factores Psicosocial y biológico y que estos mismos minen el sendero del síndrome de DDA.

Para Barkley, Murphy y Bauermeister (citado por Barkley 1998) el promedio estimado de que el DDAH se hereda es de aproximadamente 80%, queriendo decir que los factores genéticos explican el 80% de las diferencias entre personas con este conjunto de rasgos conductuales. A modo de comparación, considere que esta cifra iguala a aquélla para el papel que desempeña la genética en la estatura humana. Los investigadores han identificado varios genes asociados con el desorden y, sin duda, van a identificar más, dado que el DDAH representa un conjunto de rasgos conductuales complejos y, por lo tanto, es poco probable que un solo gen pueda explicar el desorden. En aquellos casos en los que la herencia no parece ser un factor, se ha encontrado que las dificultades durante el embarazo, la exposición prenatal al alcohol o al humo del tabaco, el parto prematuro y el peso significativamente bajo al nacer, y los niveles excesivamente altos de plomo en el cuerpo, así como el daño postnatal a las regiones prefrontales del cerebro, son factores que contribuyen, al riesgo del desorden en grados variados. A pesar de la contribución de estas experiencias, la gran mayoría de los niños con este diagnóstico no tiene daño cerebral.

Las investigaciones empíricas no han apoyado las creencias populares de que el DDAH surge de un consumo excesivo a la televisión o del pobre manejo del niño por los padres. En lo que se refiere al uso de algunos medicamentos utilizados para tratar desórdenes convulsivos en niños, se ha notado que algunos pueden tener efectos secundarios que aumenten los síntomas del DDAH, pero estos efectos son reversibles.

Según Barkley (1990), hay teorías y estudios que sugieren que las causas de déficit de atención son de condición neurobiológica.

De acuerdo a Goldman (1997), se considera que la causa del déficit de atención corresponde a anomalías en la función neurológica, en particular a un trastorno en los procesos neuroquímicos relacionados con sustancias denominadas neurotransmisores. Investigaciones sobre factores biológicos que participan en el trastorno de déficit de atención, se han enfocado en los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos, y en el momento en que coexiste con la agresión, al igual que en la serotonina. Se dispone de descubrimientos en cuanto a estudios de imágenes cerebrales. Un estudio reciente observa padres de niños de DDAH que informan haber presentado los mismos síntomas cuando eran pequeños. Proyecciones tomográficas por emisión de positrones (PET) que efectuaron durante la prueba de atención, revelaron disminución del metabolismo de glucosa en la corteza frontal y prefrontal.

Alan Zametkin (en Parker 1996) reveló algunas diferencias biológicas notables entre personas que habían sido diagnosticadas con el trastorno de déficit de atención y personas sanas. En el cerebro de los individuos que padecían el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se descubrieron niveles bajos de glucosa en la región que se ocupa de regular la concentración, la inhibición y el control de las facultades motoras.

La literatura todavía muestra controversias respecto de las causas de este trastorno, lo que se agrega a las dificultades que todavía se observan en la caracterización fenomenológica del problema. Varias teorías han sido propuestas para explicar el trastorno, basadas fundamentalmente en estudios de correlación con variables ambientales, genéticas y de desarrollo. La práctica clínica tiende a sugerir la presencia de más de un factor causal articular. Las hipótesis causales más frecuentemente citadas en la literatura se mencionan a continuación:

1. Factores neurológicos: El déficit de atención ha sido correlacionado con daño cerebral causado por anoxia, infecciones, convulsiones, bajo peso al nacer y embarazo en adolescentes. Sin embargo la mayoría de los niños con este trastorno no presentan en los exámenes neurológicos de rutina, alguna evidencia de daño cerebral que sea clínicamente importante.

Otras propuestas, tales como un retardo en la maduración cerebral, lo que todavía es especulativo, disfunción en la actividad de los neurotransmisores cerebrales, disminución en la perfusión (untura) del cuerpo estriado y las regiones prefrontales del cerebro, así como una disminución en la activación eléctrica en regiones prefrontales y frontolímbicas han cobrado importancia en los últimos años.

2. Tóxicas ambientales: Según Benjamín Feingold's (citado por Parker 1996) sustancias tales como salicilatos, colorantes y preservativos alimentarios causan alteraciones en los centros cerebrales que controlan la atención y la actividad y conducen a déficit de la atención e hiperactividad. Esto no ha sido comprobado por la investigación empírica de otros grupos de especialistas.

3. Consumo materno de tabaco y alcohol: Se ha correlacionado positivamente con el apareamiento de déficit de atención en niños. Sin embargo, todavía no ha sido totalmente esclarecida la relación causal, debido a la presencia de otras variables de tipo genético, de desarrollo y ambiental que operan con variables agregadas. En la mayoría de los casos se evidencia un consumo marcado de tales sustancias por parte de las madres.

4. Efectos colaterales de medicaciones: Un buen número de medicamentos han sido implicados como causantes de déficit de atención: anticonvulsivantes como el fenobarbital y la difenilhidantoína, los antihistamínicos y otros sedativos.

5. Factores Genéticos: Son los más apoyados por la evidencia sistemática y empírica,

tales como los estudios de agregación familiar. Según Barkley (1990) el 40% de los niños con déficit de atención e hiperactividad tiene un padre que sufre este mismo trastorno, un 35 % tiene un hermano que lo padece.

Además, si el hermano es un gemelo idéntico, este porcentaje asciende hasta 92%. Por lo tanto muchos investigadores no dudan que, en parte, el desorden de inatención e hiperactividad se debe a factores genéticos heredados que predisponen a ciertas personas a padecerlo.

6. Factores ambientales y psicosociales: Estos tienden a presentarse con bastante frecuencia en las familias de los sujetos afectados con déficit de atención. El más común parece ser el inadecuado manejo de la conducta por parte de los adultos en torno al niño, especialmente en padres.

En general los padres de estos niños, por ejemplo, tienden a emitir más órdenes, a ser más negativos hacia estos niños y a ignorar más probablemente sus conductas apropiadas. Aunque la dirección causal de estas circunstancias se discute todavía, es más común observar estas actitudes parentales en niños con complicaciones de trastorno de déficit de atención, tales como la conducta severamente oposicional. Por eso, algunos autores suponen que la conducta parental inadecuada es más bien resultado y no causa del trastorno. En todo caso, se observa con frecuencia que la disminución de la conducta hiperactiva y oposicional con el uso de algunos medicamentos suele ir seguida de una mejoría en la conducta parental, lo que apoya la teoría de la reactividad frente a la causalidad.

7. Otras condiciones:

Otras condiciones médicas pueden causar síntomas que se parecen al déficit de atención, pero que realmente no son:

El hipertiroidismo es un desorden resultante de la superproducción de la hormona

tiroidea producida por una sobre actividad de la glándula tiroidea, puede llegar a producir un aceleramiento en el ritmo cardíaco y un comportamiento hiperactivo. El tratamiento con medicamento para reducir la producción de la hormona de la tiroides, mejorará esta condición.

Hay algunos tipos con desorden de captación con resultados de períodos episódicos de inatención, caracterizado por unas breves salidas de pérdida de conciencia, parpadeo del ojo y algunas veces temblor. Mientras estas situaciones pueden suceder varias veces al día, el problema de pérdida de atención momentánea no debe ser confundido con déficit de atención. En esos casos al niño se le debería realizar una evaluación neurológica.

El doctor Charles Popper (citado por Parker,1996) previene que hay otros desórdenes psiquiátricos como ansiedad, depresión o problemas bipolares que pueden ocurrir en niños y adolescentes. Estos problemas podrían parecer déficit de atención. También existen otros problemas neuropsiquiátricos como son retraso mental, autismo y síndrome de Tourette que pueden producir los mismos síntomas de inatención, distractibilidad e impulsividad.

4. INCIDENCIA:

Un planteamiento reciente es la pregunta de si la incidencia de DDAH ha aumentado. La pregunta es difícil de dirigir, debido a que ninguna encuesta de DDAH en una comunidad se ha repetido en la misma población o áreas geográficas por un suficiente período de tiempo para que permita que esta tendencia sea reevaluada.

Block y Ross (citado por Barkley 1990) especulan que el incremento se debe al resultado de estimulación y cambio en la cultura. Semejante especulación basada en el tiempo, es difícil de probar científicamente.

Según Barkley (1990) el aumento en la incidencia de DDAH se ve afectado por otros

factores, como el nivel socioeconómico, la influencia en la deficiencia del cuidado perinatal, neonatal y posnatal, así como los cuidados médicos y de nutrición, esto da como resultado un alto grado de incidencia.

Según Barkley (1990), hasta un 8% de todos los niños pueden padecer este desorden. Esta condición ocurre diez veces más en los varones que en las hembras. El 92% de los niños con DDAH tienen problemas de aprendizaje, en especial en la lectura y las matemáticas, también problema del habla y de incapacidad para manejar el lenguaje de forma apropiada.

5. PREVALENCIA:

Barkley (1998), estima que la prevalencia de DDAH en Estados Unidos ocurre aproximadamente entre el 3-7% de la población infantil, indica que el pico de prevalencia es del 8% y ocurre entre los 6 a 9 años, es más bajo en preescolares y adolescentes. Hay mayor prevalencia en niños (9%) que en niñas (3.3%) y es común en niños de 4 a 11 años.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana y el DSM IV (1996), se estima que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se sitúa en el 3 al 5% en niños de edad escolar. Los datos de su prevalencia en la adolescencia y la vida adulta son imprecisos.

En los Estados Unidos la prevalencia se da de acuerdo al sexo, varía en una proporción de hombres a mujeres, de 4:1 a 9:1, con un promedio de 6:1. Se han hecho comparaciones, entre niños y niñas con DDA, los niños son más agresivos, más impulsivos que las niñas. Las niñas podrían tener más riesgo a largo plazo en el área académica, social y emocional (Befera & Barkley, Breen citado por Barkley 1990).

En los Estados Unidos, se estima, según, Barkley, Murphy, y Bauermeister (Barkley 1998), que el DDAH ocurre en aproximadamente el 3-7% de la población infantil y la

distribución por género es aproximadamente de 3:1, y son los varones los más propensos que las niñas a tener el desorden.

Según el criterio del DSM - IV (1996) entre adultos, la proporción por género se reduce de 2:1 % o menos. Se ha encontrado que el desorden existe virtualmente en todos los lugares en lo que ha sido investigado, que incluye América del norte, América del Sur, Puerto Rico, Gran Bretaña, Escandinavia, Europa, Japón, China, Turquía y el Medio Oriente. Puede que al desorden no se le llame DDAH en algunos de estos lugares y que no es tratado de la misma manera que en Estados Unidos y Canadá, pero hay pocas dudas de que el desorden es virtualmente universal entre las poblaciones humanas.

Es más probable encontrar el desorden en familias en donde otros tienen el desorden o en donde la depresión es más común. También es más probable que ocurra en aquellos con problemas de conducta y delincuencia, desórdenes de tic o síndrome de Tourette o problemas de aprendizaje, al igual que en personas con un historial de exposición prenatal al alcohol o al humo del tabaco, nacimiento prematuro o peso significativamente bajo, o trauma significativo a las regiones frontales del cerebro.

6. EPIDIMIOLOGIA

Para Goldman (1996) este trastorno es más frecuente en niños que en niñas. Se le puede encontrar en todos los grupos socioeconómicos, y tiene una prevalencia de 3 a 5% en niños de edad escolar. Son frecuentes los problemas más concomitantes, y como cerca de dos terceras partes de los niños con DDAH tienen otro diagnóstico psiquiátrico. Éste incluye trastornos de conducta oposicional desafiante y de aprendizaje, del estado de ánimo y por ansiedad. No es clara la etiología, aunque parece haber un aumento de la incidencia familiar en parientes de primer grado. Se han considerado algunos otros factores causales, incluyendo traumatismo prenatal, perinatal, exposición prenatal a drogas y alcohol e intoxicación con plomo. De manera contraria a una hipótesis popular

reciente, no se observa que los aditivos alimenticios, ni el azúcar originen DDAH en la mayoría de los niños.

7. EPIDEMIOLOGIA GENETICA DEL DDAH:

Según Biederman (1998) estudios familiares de DDAH demuestran que los parientes de niños con este déficit están en más alto riesgo de presentar DDAH, "desórdenes psiquiátricos comórbidos, fracaso escolar, dificultades de aprendizaje y deterioro en el funcionamiento intelectual."

Los parientes biológicos de los varones con DDAH, tienen mayor riesgo de presentar este déficit y otros desórdenes psiquiátricos. Evidencias adicionales de estudios en gemelos, en niños adoptados y de análisis segregacional sugieren que, la agregación de DDAH en la familia, tiene un componente genético substancial. Estudios en gemelos hallaron similitudes de DDAH y sus componentes, entre gemelos monocigotos comparados con los dicigóticos. Se señala también que estudios en gemelos, reportan una alta probabilidad de que el DDAH sea heredado. Tres estudios examinaron los planteamientos sobre el DDAH en el DSM III o DSM III R. Los resultados sugieren que la posibilidad de que se herede el DDAH fluctúa entre 0.88 a 1.0, lo cual sugiere un rol substancial de factores genéticos en su etiología. Estudios en niños adoptados, comprometen también DDAH y otros desórdenes asociados, en comparación con los parientes biológicos de los niños con DDAH. Por lo tanto una creciente evidencia muestra que, el DDAH es un desorden familiar y estas transmisiones familiares son mediadas, en parte, por factores genéticos.

Biederman (1998) en el análisis segregacional de DDAH, confirmó el trabajo previo de Deutsch (citado por Biederman 1998), que sugería que un gen único de efecto mayor, estaba involucrado en la etiología del DDAH. Sin embargo, las diferencias del encaje entre los modelos genéticos fueron modestos. Resultados similares fueron reportados

por Eaves (citado por Biederman 1998) en estudios con gemelos y en estudios del árbol genealógico realizados por Hess (citado por Biederman 1998). Podrían resultar numerosas interpretaciones de estos resultados. Respecto a esto, es notable que Hauser y colaboradores (citado por Biederman 1998), demostraron recientemente que forma familiar rara de DDAH está asociada con resistencia generalizada a la hormona tiroidea, una enfermedad causada por mutaciones en el gen receptor beta tiroideo. Además, otros estudios han implicado a los genes transportadores de dopamina D2 y D4. Estos hallazgos son consistentes con heterogeneidad genética.

Para examinar la heterogeneidad del DDAH Biederman (1998), y Faraone y (citado por Biederman 1998), probaron hipótesis competitivas acerca de la asociación del DDAH con conductas disociales y desórdenes del ánimo y ansiedad basados en modelos genéticos propuestos por Pauls y Reich (citados por Biederman 1998). Concluyeron que la estratificación del desorden de conducta y del desorden bipolar pueden dividir el universo de los niños con DDAH en un subgrupo más homogéneamente familiar. La depresión mayor puede ser una manifestación no específica de diferente subformas de DDAH. Contrariamente, los desordenes de ansiedad y las dificultades de aprendizaje no parecen ser buenos candidatos para resolver la expresión variable o heterogeneidad familiar.

B. TEORIAS ACERCA DE DDAH:

Lamentablemente, la causa de DDAH es desconocido, en el pasado las teorías acerca de la causa de DDAH incluían exposición a toxinas, complicaciones durante el nacimiento, azúcar, comidas que causan alergias y daño cerebral. Aunque estas teorías pueden ser importantes para muchos casos de DDAH, no caen dentro de éstas categorías. Existen estudios que dicen que el DDAH, es de herencia genética, esto no quiere decir que si los padres tienen DDAH, los hijos hereden necesariamente el trastorno. Quiere decir que el niño con DDAH, probablemente tenga un

pariente cercano con el mismo trastorno (Tanner & Hanmer, 1998).

C. TEORIAS VARIAS

1. TEORIA DE DIETA E INTERVENCION TEMPRANA

Al retomar a investigaciones pasadas los doctores pensaban que la causa del déficit de atención, era porque los niños habían sufrido golpes en la cabeza y eso ocasionaba el daño cerebral. Se creía esto por la dificultad era el comportamiento. En tiempos más recientes antes de los años veinte, el pediatra y alergólogo Benjamín Feingold (en Miller, 1997) descubrió la relación de los patrones de comportamiento y de los niños con dieta. Feingold propone con certeza que la reacción adversa de sustancia química en las comidas, bebidas y medicamentos sea la causa del comportamiento hiperactivo y que una vez el tratamiento de alergias, con dietas en algunos niños con características de DDAH, los síntomas disminuyen. Existen otras suposiciones que incluyen a los preservantes y tintes en las comidas de esta época.

Entre estas comidas quizá se recuerde una notable alarma en los años setentas, enfocada por el uso del colorante rojo en los dulces de marca M & M's. En 1976, la compañía M&Ms decidió remover de su empresa esa clase de dulces con colorantes rojos. En los años ochenta la compañía vuelve de nuevo al colorante rojo, no obstante que ya existían otros colores como el azul y así se une, una larga lista de nuevos colores para introducir en 1997 (Prensa Asociada, 1996). Nada menos que a mediados de los años 70 Feingold's (en Miller, 1997) empieza a comprobar la existencia de las reacciones adversas de que estas sustancias sean responsables para cierta población de niños con problemas de conducta y cambios de atención. No obstante sólo del 2 al 4% de niños con déficit de atención responden al tratamiento que menciona esta teoría. Podría ser que ésta sea la verdadera causa de déficit de atención. Feingold's continúa trabajando en nuevas propuestas respecto a la teoría que puede ayudar a estos niños.

La doctora Doris Rapp , autora del libro ¿ Es éste su niño? y Morrow, (citados en Miller 1998), en su libro el Descubrimiento y Tratamiento de Alergias Irreconocibles, creen que las reacciones alérgicas, vienen a ser el huésped de cosas que son verdaderamente la raíz del desorden de aprendizaje y comportamiento.

El trabajo que la doctora ha creado juntamente con todo el nuevo grupo de seguidores de Feingold creen que la intervención de la dieta y el ambiente que lo rodea puede ser la cura para la causa.

2. DESEQUILIBRIO QUIMICO

El reporte hecho y publicado por el grupo Nacional de Niños y Adultos con Déficit de Atención CHADD (1998), es que los desórdenes de atención son causados por un desbalance químico en el cerebro.

La revista de Medicina de Nueva Inglaterra (1990), reporta que las investigaciones del Instituto Nacional de Salud Mental, ha hecho uso de técnicas avanzadas de las imágenes del cerebro que observan el metabolismo " normal "de adultos comparado con el metabolismo de adultos afectados con DDA.

El metabolismo nos demuestra el promedio por medio del cual el cerebro utiliza la glucosa (la que es la fuente de energía primaria del cerebro). Los investigadores encontraron que los adultos con DDA usan esta fuente de energía a un nivel menor al de los sujetos sin DDA. Después encontraron que este promedio metabólico bajo es más evidente en la parte del cerebro relacionada con la atención, escritura, control motor y autocontrol.

David Woodrich,(citado en Miller 1998) en su libro " Lo que todos los padres desean saber" dice que los expertos que han examinado los actuales estudios hereditarios han concluido que "la investigación demuestra que el DDA, puede ser entendido como entre el 30% y 50% heredado...." Por lo tanto los expertos sí toman en consideración la historia

familiar cuando consideran que el bajo metabolismo del cerebro es la causa de DDA.

Esta teoría neurobiológica proporciona testimonio para el extenso uso de medicamentos estimulantes en el tratamiento de DDA. Estos están considerados para activar la velocidad del metabolismo del cerebro, ayudándolo a usar la glucosa de una manera más efectiva. En turno, este mensajero químico envía un mensaje de alerta al área del cerebro responsable de sostener atención y control individual, componentes claves carentes en aquellos afectados por DDA.

Un neurotransmisor, es un mensajero químico natural. El término desbalance químico, se refieren a las deficiencias de estos mensajeros. Esta teoría es la más ampliamente aceptada hoy, junto con su tratamiento primario, medicación. Sin embargo, medicar a un niño sigue siendo cuestionable hasta la fecha, por los efectos secundarios y connotaciones negativas que se dan al suministrar diariamente la dosis del medicamento.

3. DESEQUILIBRIO DEL OIDO MEDIO

Harold N. Levinson, (citado en Miller 1998) ha proporcionado mucho "insight" personal recabado después de diagnosticar y tratar a personas de DDA y de aprendizaje de pacientes discapacitados. En su libro "Namely " (1990) da a conocer la teoría de que un desequilibrio en el oído interno es el culpable de muchas incapacidades de aprendizaje y de DDA. Más específicamente, él fija su atención en el sistema vestibular del cerebro. El cerebelo es la parte del cerebro que controla la coordinación de los movimientos voluntarios. El sistema vestibular incluye receptores que se encuentran en el oído interno y que responden a la gravedad, posición y movimiento de la cabeza juntos, estos sistemas, regulan los niveles de energía, equilibrio, habla e idioma, memoria, humor y más. Levinson cita que los problemas aumentan cuando un desequilibrio, ya sea natural o causado por alguna enfermedad, infección o daño, ocurre en el sistema vestibular

cerebral, crea así las características de DDA y los problemas de aprendizaje.

El insiste en que el régimen apropiado de medicamentos, ya sean estimulantes, antihistamínicos, antimareos, etc. con el tiempo pueden corregir los efectos de DDA, así como también el aprendizaje de técnicas para controlarse o monitorearse. La clave según Levinson de un tratamiento efectivo, es determinar el tipo y la dosis correcta del medicamento. La esperanza de un tratamiento médico a corto plazo atrae a muchos padres, y pone empeño en las habilidades del niño de ayudarse así mismo y aprender a manejar su autocontrol.

4. LENTES DE COLOR

La teoría de que los lentes de color dan alivio a algunos efectos de DDA, como la inhabilidad de enfocar, fue introducida a finales de 1980 por Helen Irlen una Psicóloga de California (en Miller, 1998). Ella cree que la incapacidad de aprender y el déficit de atención son causados por una condición neurológica llamada Síndrome de Sensibilidad al ajuste de la visión en la oscuridad. En su libro, "Leyendo acerca de los colores", Irlen describe el síndrome de sensibilidad al ajuste de la visión en la oscuridad, como una condición causante de los problemas de percepción. Los problemas ocurren a través de la manera como visualmente recibimos luz, longitud de onda y contraste de color. Esa percepción, dice ella, es incómoda para los que tienen esta condición.

Irlen especula que un niño con síndrome de sensibilidad al ajuste de la visión en la oscuridad usa más energía para leer y para otras actividades visuales que lo lleva al cansancio, esto lo pone distraído e incapaz de mantenerse atento. Ella sugiere además que casi el 50% de individuos con incapacidad de lectura sufren éste síndrome.

El principal componente del tratamiento es escoger una iluminación adecuada y usar colores que no ofendan la vista. El color y la claridad escogida en los lentes de colores tienden a disminuir la incomodidad causada por el síndrome que facilitan así, algunas

dificultades del aprendizaje y tiene también un impacto positivo en las características de DDA.

5. DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD

Hay quienes, en el campo profesional, sugieren otra razón para la evidencia de DDA, son las diferencias de personalidad (en Miller 1998). Hartman, (citado por Miller), un empresario, director de una residencia para el tratamiento de DDA y Autor del libro "Trastorno de Atención una Diferente Perspectiva" (Underwood-Miller 1998) sugiere que la personalidad de los que tienen trastorno de Atención es paralela a la de un cazador, constantemente que controla monitorea y actúa rápido, que siempre espera una recompensa inmediata. Teorías como las de Hartman, (citado por Miller 1998) señalan la falta de entendimiento de los tipos de personalidad de parte de otros, como una razón para no aceptar las acciones de una persona etiquetada con DDA.

El problema que debemos de encarar es buscar una sociedad con opiniones establecidas y en vías de aceptar las diferencias de personalidad de nuestros niños, o ayudar a nuestro niño a adaptarse lo suficiente para sobrevivir y luchar en esa sociedad. Hartman (1993) hace notar que la teoría no está diseñada para reemplazar los tratamientos con métodos tradicionales, sino promover el entendimiento de que no hay nada "equivocado" o "malo" acerca del trastorno de atención, sólo que es diferente.

6. REFLEJO TÓNICO SIMETRICO

Otra teoría acerca de la causa de DDA viene de más de 25 años de investigación en la Universidad de Indiana (en Miller, 1997). Allí, la doctora Nancy O'Donell, y la doctora Mary Cook reconocen una causa física curable. La teoría se basa en la investigación en reflejos. Aparentemente todos desarrollamos y luego perdemos algunos reflejos al gatear. Estos reflejos, el reflejo tónico simétrico, nos ayudan en nuestro desarrollo. Sin embargo, si no disminuye como lo hacen otros reflejos de la infancia (por ejemplo el de

chupar) dicen que causa mucha incomodidad a las personas con DDA. Las consecuencias que resultan de la incomodidad, son entonces las características que lo muestran como TDA.

La terapia enfocada al trabajo del cuerpo a través de los reflejos es la que minimiza los reflejos, que en algunos casos han curado los efectos del DDA. Esto debería haber ocurrido naturalmente.

D. UNA NUEVA TEORIA ACERCA DE DDAH

Esta nueva teoría, es propuesta por el doctor Barkley, (1995). De todos los estudios psicológicos hechos en los niños con DDAH, este es el más estudiado, aunque nuestro entendimiento psicológico sobre el tema está lejos de ser completo.

Como nosotros sabemos el DDAH representa un problema de conducta en el cual los niños aprenden a controlar sus impulsos y a regular su comportamiento, pero estos problemas no están perfectamente definidos. ¿Cómo aprenden los niños a autocontrolarse? ¿Cuáles son los mecanismos y procesos conductuales o psicológicos que dejan ver nuestra habilidad de controlar nuestro comportamiento mejor que otras especies? y ¿Cuál de estos procesos se puede deteriorar o retrasar el DDAH? Como se menciona anteriormente estudios científicos han demostrado que los problemas asociados con DDAH pueden ser reducidos a corto lapso de atención, impulsividad e hiperactividad, y estos dos últimos problemas pueden formar parte del problema de retraso en la inhibición conductual.

Desde que hemos aprendido que pueden ser parte de los desórdenes psicológicos de la infancia independientemente de sus síntomas del DDA, los problemas con la inhibición conductual parecen ser el único síntoma remarcable en el DDAH. Lo que nosotros llamamos dificultades o déficit de atención parecen ser problemas con la inhibición conductual, ya que inhibe la urgencia de hacer algo que el niño prefiere,

juegos, a hacer alguna tarea. Por esta razón cuando dicen que los niños con DDAH tienen corto lapso de atención, lo que de veras queremos decir, es que tienen un corto lapso de **interés**. Similar a los niños que no padecen de DDAH maduran y se vuelven inhibiendo la urgencia de cambio a actividades más interesantes y gratificantes, lo que nos dice que ellos han adquirido un largo lapso de atención, pero que lo que debemos decir es que ellos han despertado una habilidad de contener sus impulsos y quedarse con una instrucción. Los niños con DDAH son como niños maduros normales. Sus problemas no son tan complicados. Y se piensa que estos tres problemas del DDAH, falta de atención, impulsividad e hiperactividad pueden ser reducidos hasta por un retraso en la inhibición conductual.

1. Qué se puede esperar de esta nueva teoría

Barkley (1995) no es el primer científico que argumenta que los mayores problemas en los años que padecen de DDAH ésta en la dificultad fundamental en su habilidad para inhibir la conducta. El médico George Still lo hizo en 1902, (citado por Barkley 1995), a principios de siglo. El Dr. Herbert Quay (en Barkley 1995) de la Universidad de Miami, lo ha puntualizado en sus escritos. Recientemente lo han hecho los Doctores Joap, Vander, Meere y Joseph, Sergeant en Holanda y el Doctor Edward Sonuga, Barke y sus colegas en Inglaterra. Lo que estos científicos no han hecho, es explicar como este problema de inhibición los dirige a muchos retrasos que encontramos en lo académico, lo social, lo mental, lo ocupacional, de lenguaje y de dominio emocional. Al hacer ésto se puede reforzar la teoría de que la raíz del DDAH en los niños es la inhibición deteriorada. Se puede tener una visión común de DDAH como un problema de atención e hiperactividad que ha tenido con el paso de los años, muchos fracasos, en explicar muchas de los preguntas de DDAH.

Por ejemplo: Sabemos que los niños con DDAH no se benefician con advertencias o

condicionamientos. Ellos basan su comportamiento en lo que les pasa ahora, no en lo que les va a suceder en el futuro.

¿Cómo se explica esto con el hecho de su impulsividad ?

Estudios recientes han encontrado que el habla (en niños con DDAH), con ellos mismos porque trabajan jugando demuestran ser más inmaduros que otros niños. ¿Porqué? ¿Qué tiene que ver esto con la inhibición de su comportamiento?

- El doctor Sidney Zentall (citado por Barkley 1995) y sus colegas de la Universidad de Purdue han encontrado que los niños de DDAH no hacen operaciones aritméticas mentales tan rápido o al nivel que sus compañeros a pesar de no presentar dificultades para entenderlas.

¿Cómo explicar esta deficiencia a través de su inhibición inmadura?

Las doctoras Carol Whalen y Bárbara Henker (citado por Barkley, 1995), de la Universidad de California encontraron que cuando los niños con DDAH juegan o trabajan con sus compañeros en tareas conjuntas, la información que ellos aportan es menos madura, organizada y menos importante, comparada con la tarea de los niños de su misma edad.

- El doctor Stephen Hinshaw (citado por Barkley, 1995) y sus alumnos descubrieron recientemente que los niños con DDAH son menos maduros en su razonamiento moral. De nuevo, cómo podrán ser explicados estos problemas diciendo tan sólo que es déficit de atención o de inhibición?

Todas estas preguntas serán respondidas si tomamos en cuenta o consideramos más el DDAH.

Según la creencia de Barkley (1995) todos estos problemas pueden iniciarse por un problema de inhibición conductual. Por otro lado Jacobo Bronowski (citado por Barkley 1995) autor hace 25 años de la teoría más avanzada, discute cómo el inglés, vino a

diferenciar tan dramáticamente los tipos de comunicación social que utilizan otros animales especialmente los primates. El doctor Bronowski propone que todo lo que hace el inglés es único (tal como el hecho de que seamos humanos) viene desde la evolución de la simple capacidad de oponer un retraso entre el signo, el mensaje, o un evento que experimentamos y la reacción de contestarlo. El hombre tiene la habilidad de esperar largo tiempo antes de responder, en comparación con otras especies. Este poder de esperar se inicia en nuestra gran habilidad de inhibir inmediatamente la respuesta, y por eso la inhibición se lleva acabo y no es algo por lo que nosotros debemos esperar.

Según argumenta el doctor Bronowski, el ser capaz de inhibirse hace al hombre competente y capaz de :

1. Separar emociones de información o evaluación de eventos.
2. Crear un sentido del pasado y del futuro
3. Hablar de manera que controle su comportamiento.
4. Romper la información recién llegada en partes y recombinar estas partes en nuevos mensajes para transmitir.

2. Separando realidades de los sentimientos:

Al ser capaz de inhibir la urgencia de responder y esperada de tiempo al cerebro para dividir o partir la información recién llegada en dos partes: en nuestra reacción emocional, y en el contenido del evento. Se puede utilizar el contenido de manera objetiva sin introducir una línea personal y usarla de manera efectiva en diferentes situaciones. Es por ello que se dice a los niños que deben contar hasta diez antes de reaccionar con enojo. Esto les da tiempo para calmarse y evaluar sucedido de manera objetiva y racional.

Sabemos por experiencia personal que si responder con conducta emocional no siempre será de acuerdo a nuestro mejor interés. Tampoco es lo peor, pero esperar

para evaluar mejor lo que está sucediendo; nos permite formular nuestras reacciones y aún las emocionales. La capacidad de esperar y contenerse para responder nos da el poder de estudiar el mundo más objetivamente. Por eso la teoría explica que los niños con DDAH son muy emocionales comparados con otros niños. Al no inhibirse en sus primeras reacciones ellos no permiten separar los sentimientos de las realidades. Usualmente viven arrepentidos de la impulsividad y reacciones emocionales porque, esto les perjudica sus relaciones interpersonales. Les da una mala reputación con maestros y entrenadores y pueden llegar a ser adultos conflictivos en la casa y el trabajo.

La pérdida de inhibición los hace ser inmaduros. Un niño de 7 años con DDAH, es desafiante cuando se le niega una pequeña merienda antes de cenar.

Desafortunadamente, no se puede presionar a un niño de 7 años a que no reaccione como un niño de 4, pero se le puede guiar para que se comporte y se esfuerce a inhibir sus reacciones.

Consecuentemente, las personas con DDAH van a tener dificultad para adaptarse a situaciones que requieren de calma, de objetividad, y de falta de emocionalidad; desafortunadamente la sociedad parece que nos sitúa en muchas de esas situaciones.

Esta sociedad valora altamente la habilidad de mantenerse calmado y racional y de cuando en cuando premia a gran nivel, con prestigio, responsabilidad y espera lo mismo de todos. Los que padecen de DDAH son muy presionados y emocionales en sus acciones, pueden también llegar a ser hábiles en artes como la música, el teatro y en la escritura tal como en la poesía y la expresión emocional. Y cuando la convicción apasionada es la deseada, tanto en las negociaciones como en las ventas las personas con DDAH pueden brillar. Combinando su habilidad del habla y la preferencia de trabajar, las probabilidades de éxito son grandes.

3. Un sentido del pasado y del futuro:

El doctor Bronowski (1977) insiste en que nuestra habilidad de no reaccionar por medio de nuestras emociones nos da la habilidad de mantener un evento activo en nuestra mente por algún tiempo después de que el evento ha sucedido. Esto significa que nosotros podemos prolongar la información de un evento que viene a nuestro cerebro a través de nuestra memoria a corto plazo. Esto nos lleva a pensar acerca del evento, estudiarlo de manera cuidadosa, y compararlo con nuestras experiencias. Y da un sentido de historia personal. Esta referencia al pasado puede después guiar en la comprensión y respuesta a los eventos del momento. Aprendemos tanto de nuestros éxitos, como de nuestros fracasos. Al hablar de nuestro pasado tenemos la posibilidad de crear lo que el doctor Bronowski llama futuro hipotético.

Nosotros creamos cuestionamientos educados acerca de lo que va a pasar después porque hemos pensado acerca de nuestro pasado y lo hemos usado para construir nuestro futuro.

Ciertamente nuestras decisiones nunca van a ser todas correctas es por ello que hacemos y pensamos en el pasado. Esto nos crea un sentido del pasado que combinados con las del futuro nos hace crear nuestra imaginación.

Al referirnos al pasado y al futuro nos hace crear una ventana mental en el tiempo en el que nosotros estamos despiertos sabemos que contamos con esta ventana que se está moviendo a través del tiempo en nuestra conciencia. Al comprender esto podemos usar nuestro pasado de manera inmediata lo cual nos hace inferir continuamente que es lo que nos puede pasar en el futuro. Si el DDAH representa una limitación o impedimento en la inhibición de la conducta y en esperar una respuesta razonable, entonces la Teoría de Bronowski predice que la gente con DDAH deberían tener un sentido limitado de pasado y presente y por lo tanto,

futuro. Entonces su ventana mental es más limitada. Las personas que han padecido de este mal, lo reconocen como verdadero. Los padres de niños con DDAH argumentan que pareciera que ellos no aprenden de sus experiencias pasadas. A ello se debe, que están menos preparados para el futuro o no ven que los eventos se aproximan, ellos lo repiten a través de la vida, yendo de crisis en crisis. Pero, cuando la catástrofe ataca, ellos son sorprendidos deliberadamente. Lo positivo es que ellos no tienen miedo al futuro, y a veces se les envidia su inocencia infantil, y su alegría natural. El resultado, para niños no DDAH es que viven una vida excitante. Pero, la falta de anticipación, puede tener resultados negativos que hasta pueden atentar con su vida, y por lo menos sus efectos en la sociabilidad pueden ser devastadores. Adultos con DDAH o con historia de hiperactividad reportan que ellos pueden tener problemas monetarios, de organización de rutinas caseras, mal manejo de horario de los niños, y necesitan independencia en el trabajo.

Debido al déficit neurológico en la habilidad para inhibir la conducta, las personas con DDAH, no sólo no ve lo que está adelante como también no parece verlo en otros. Por estas razones se les tacha de descuidados, poco confiables e inmaduros, y se les hace responsables de sus problemas y se les castiga con rigidez. Por esta razón los que padecen de DDAH están desmoralizados cuando llegan a la adolescencia o a la etapa adulta debido a sus fracasos.

El sentido alterado del tiempo en pacientes con DDAH tiene también otros efectos interesantes, como el sentimiento de que el tiempo pasa más despacio de lo actual.

Por ello se sabe que padecen de impaciencia y supone preocupación por el futuro, los hace menos cuidadosos de su salud y por ello pueden verse en problemas con el alcohol, tabaco, falta de ejercicio, exceso de peso y hasta falta de cuidado en el manejo de automóviles. Esto nos indica que personas con DDAH son menos cuidadosos por lo tanto se ven envueltos en accidentes y remisiones

.4. El habla autodirigida; la voz de nuestra mente y nuestro autocontrol

El resultado que viene de inhibir respuestas es el que nos da tiempo de hablar con nosotros mismos. El lenguaje y la comunicación nos hace únicos. Cuando somos niños vemos que durante la etapa de ganeo, los bebés empiezan a hablarse a sí mismos, y gradualmente, al ir creciendo, llegamos a hablarnos interiormente sin que nadie nos oiga a esta "voz interior" se le llama: conversación interna.

El Dr. Bronowski (1977, pág 118) agrega que: "Cuando el lenguaje es internalizado deja de ser sólo un medio de comprensión social y se le remueve de la familia de lenguaje de animales". Por ésta razón los humanos poseen 2 lenguajes: uno interno y otro externo y experimentan constantemente con el lenguaje interno al cual le hacemos cambios constantes, y se vuelven más efectivos que los externos.

En el lenguaje interno esos cambios son información, que es una asertividad, cognitiva (mental); y después son transferidos al lenguaje externo en forma de instrucciones prácticas.

Esta habilidad de hablarnos a nosotros mismos no ocurre sólo para mantenernos en compañía, es una consecuencia notable que no sólo nos sirve para comunicarnos sino también para autocontrolarnos. Los psicólogos lo llaman reglas de conducta gobernadas. Cuando nosotros desarrollamos planes para el futuro usamos este tipo de comportamiento.

Esta capacidad recae en el **libre albedrío**; por ello podemos autocontrolarnos tanto en seguimiento de instrucciones, reglas, planes y metas como también para poder inventar nuevas reglas a seguir. Cuando inhibimos podemos tomar las viejas reglas, romperlas y combinarlas con otras reglas, a esto lo llamamos **resolución de problemas**. Las personas que no pueden inhibir son menos eficientes en la comunicación de reglas y autocontrol. La información actual de DDAH no nos da

evidencias para concluir que personas con DDAH sean deficientes en áreas de conversación internalizada y el comportamiento del gobierno de reglas. Esto ayuda a explicar por qué estos niños hablan más que otros, debido a que su plática es menos internalizada.

El doctor Stephen Hayes (citado por Barkley1995), es un psicólogo que ha escrito extensamente sobre la habilidad humana para el uso de reglas gobernadas de la conducta y sus consecuencias, ha identificado un número de condiciones que resultan de nuestra habilidad para usar instrucciones y reglas de comportamiento permitido. Estas condiciones decrecen en personas con DDAH porque:

1. La inconsistente ejecución en el trabajo es la marca indiscutible del DDAH.
2. las personas que siguen reglas son más susceptibles y más controladas por consecuencias inmediatas, pero en la gente con DDAH, observamos que van por donde las "lleve el tiempo" sin importar las consecuencias.
3. Al contrario de otros, las personas con DDAH tienden a modificar sus propias reglas en el momento, esto a veces puede ser positivo ya que la combinación tiende a ser correcta.
4. A diferencia de los demás las personas con DDAH tienden a codificar sus propias reglas en el momento y eso a veces puede ser positivo ya que tienden a ser combinaciones.
5. Los pacientes con DDAH son menos persistentes que otros ya que ellos persiguen cosas más gratificantes en el momento.
6. A los niños con DDAH se les observa inmaduros porque a veces tienden a no seguir las reglas que controlan su comportamiento.

E. TRATAMIENTO:

Según Barkley, Murphy y Bauermeister (1998), no se ha encontrado ningún

tratamiento que cure este desorden, pero existen muchos que pueden ayudar efectivamente con su manejo. Dentro de estos tratamientos lo principal es, en el caso de los niños, la educación a la familia y al personal escolar acerca de la naturaleza del desorden y su manejo. En el caso de los adultos con DDAH, es adecuada la educación y la consejería de éstos y de los miembros de su familia. Sin embargo, las investigaciones apoyan abrumadoramente el uso de los medicamentos (p.ej., metilfenidato (Ritalina), (Anfetamina),(Dexedrine),una combinación de diferentes formas de anfetamina (Adderall) y, en casos raros, Pemolina (Cylert) . La evidencia también muestra que los antidepresivos tricíclicos, en particular la desipramina, también puede ser efectivo en el manejo de los síntomas del desorden, así como de los síntomas coexistentes de ansiedad o de un trastorno del estado de ánimo. No obstante, estos antidepresivos no parecen ser tan efectivos como los estimulantes.

La evidencia de las investigaciones es más bien variada en términos de si la clonidina es o no de beneficio específico para el manejo de estos síntomas, aparte de sus conocidos efectos de sedación. Un pequeño porcentaje de las personas con el DDAH puede requerir combinaciones de estos u otros medicamentos para el manejo de su desorden, frecuentemente debido a la coexistencia de otros desórdenes mentales.

Los tratamientos psicológicos, tales como la modificación de conducta en el aula y el adiestramiento a padres en métodos de manejo de la conducta del niño, han demostrado ser beneficiosos a corto plazo en estos escenarios.

Sin embargo las mejorías son limitadas. Estudios recientes sugieren que, tal como sucede con los medicamentos, las ganancias obtenidas durante el tratamiento pueden perderse una vez que el tratamiento ha terminado. Por tanto, parece ser que los tratamientos para el DDAH deben ser combinados frecuentemente y deben ser mantenidos por períodos largos de tiempo para sostener los efectos iniciales del

tratamiento. Con relación a ésto, el DDAH debe verse como cualquier otra condición médica crónica que requiere tratamiento continuo para su manejo efectivo, pero cuyo tratamiento no libra a la persona del desorden. Algunos niños con el DDAH pueden beneficiarse de adiestramiento en Destrezas Sociales siempre que éste se incorpore a su programa escolar.

Los adultos con el desorden también pueden necesitar de consejería sobre su condición, evaluación y consejería vocacional para encontrar el ambiente de trabajo más apropiado, asistencia en el manejo del tiempo en el lugar de trabajo, y otras sugerencias para lidiar con el desorden.

Los medicamentos que se señalaron previamente como útiles para niños con DDAH, recientemente han sido probados ser igual de efectivos en el manejo del desorden en adultos.

Los tratamientos con poca o ninguna evidencia empírica de efectividad incluyen el manejo dietético (tal como altas dosis de vitaminas, minerales, micro elementos u otros remedios naturales populares, así como la eliminación del azúcar en la dieta), la bioretroalimentación, el tratamiento quiropráctico, a pesar de la popularidad de algunos de estos acercamientos terapéuticos no son del todo recomendables.

La psicoterapia a largo plazo, la terapia de juego y otros enfoques psicoterapéuticos pueden ser de valor para tratar las dificultades psicológicas que están asociadas en el DDAH. Sin embargo no hay evidencia empírica en cuanto a efectividad para el tratamiento del desorden en sí.

Para el doctor Herrera Amiguetti (C.H.A.D.D. 1998) el tratamiento se puede dividir en dos componentes, el psicoeducacional y el farmacológico. El primer paso es la educación de los padres, el niño y la familia sobre la naturaleza del desorden.

Entender la naturaleza del desorden es un paso fundamental ya que introduce a menudo

cambios en la manera como la familia se relaciona con el niño con déficit de atención, en términos de mayor aceptación, apoyo y menos interacciones negativas y coercitivas. Sin embargo esto no es suficiente. Es entonces necesario el entrenamiento a los padres. El segundo elemento de abordaje es la incorporación de un sistema de modificación de conducta orientado a aumentar la motivación mediante recompensas y estímulos usados de manera apropiada y consistente. Estas intervenciones no curan o suprimen los síntomas esenciales asociados al déficit de atención pero sí disminuyen las secuelas conductuales del trastorno. En Costa Rica se le llama **adecuación curricular** y es un abordaje psicopedagógico. La adecuación curricular empieza por lograr un consenso entre los educadores, los padres y el niño sobre las características y necesidades del niño con déficit de atención. Según menciona el doctor Herrera, prosiguen una variedad de estrategias pedagógicas orientadas a mejorar la ejecución del trabajo escolar y de satisfacción del niño en la escuela. En aquellos casos en que coexisten el déficit de atención con problemas de aprendizaje, es necesario incorporar las modificaciones curriculares y la atención especializada que el estudiante requiera para superar y compensar su problema de aprendizaje. El déficit de atención tiene un efecto negativo sistemático en la capacidad de la persona para **organizarse, planificar, tener un sentido realista del tiempo y modular sus emociones**. El tratamiento psicopedagógico debe también incorporar la adquisición de destrezas y hábitos orientados a mejorar estas áreas del funcionamiento neuropsicológico de la persona con desorden de atención. Son estas dificultades las que más intervienen con la buena adaptación de las personas con DA al estudio, el trabajo y la vida familiar. El tratamiento farmacológico es importante para el manejo del trastorno, pero debe estar acompañado de intervenciones psicopedagógicas. No es necesario que todos los niños diagnosticados con el DA deben recibir tratamiento farmacológico. Sin embargo en aquellos en que está indicado, el

tratamiento con medicamentos produce una mejoría de los síntomas cognoscitivos y conductuales, observándose mejor desempeño escolar, menos conductas disruptivas e impulsivas, mejoramiento en las relaciones sociales en la familia y la escuela y disminución de la agresividad. Los niños medicados adquieren más rápidamente las **destrezas sociales** y cognoscitivas mencionadas anteriormente.

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE CAPACITACION EN DESTREZAS SOCIALES PARA NIÑOS CON DDAH EN GUATEMALA

A. FUNDAMENTACION TEORICA DE LA PROPUESTA

En el trabajo con niños que presenta DDAH y DDA se ha observado que los programas de destrezas básicas, apoyo académico y tutoría que reciben es insuficiente para lograr cambios a largo plazo. Para Pffifner (1996) los niños con DDAH tienen gran riesgo de ser rechazados por su grupo. Los padres, los maestros y los amigos encuentran dificultad en tolerarlos. Estos niños tienden a ser intrusivos, impacientes, con bajo nivel de frustración, fácilmente se aburren y son mandones, egocéntricos con poca sensibilidad para entender claves sociales y no se inclinan a seguir reglas. Estas características no los hacen tener muchos amigos y se desesperan por no tenerlos, su fracaso social puede ser devastador.

Según Parker (1996) los niños con DDAH experimentan serios problemas en las interacciones sociales. La conducta del niño hiperactivo es notoria en el aula y es percibida de forma negativa por otros estudiantes. Estos niños exhiben conductas inapropiadas y algunas agresivas. Con mayor frecuencia que otros niños : a) molestan a sus compañeros, b) les ponen apodos, c) es menos probable que se comporten de manera cooperativa, cuando participan en actividades de grupo, d) exhiben más agresiones físicas y e) con frecuencia son impulsivos. Para Guevremont (citado por Barkley 1990), los niños con DDAH han sido rechazados y durante su infancia han sufrido experiencias devastadoras asociadas con sentimientos subjetivos de soledad, baja autoestima, pobre rendimiento escolar, delincuencia y deserción escolar. Se estima que hasta un 50 a 60% de niños con DDAH experimentan algún tipo de rechazo social por parte de sus compañeros. El niño con DDA con hiperactividad con frecuencia es rechazado por sus compañeros y en respuesta al rechazo pueden tornarse tristes,

enojados, mandones o aislarse, logrando así perpetuar el ciclo de conductas inapropiadas como también continuar siendo rechazados. Con el tiempo, este rechazo puede causar daños substanciales a la autoestima.

Los niños con DDA que no son hiperactivos tienden a tener un grupo diferente de problemas. Tienden a tener diferentes características. Con frecuencia tienen problemas al formar y mantener relaciones sociales debido a que poseen un estilo social tímido y retraído. Estos niños tienden a ser pasivos, retraídos y algo ansiosos. Parker (1996) resalta el creciente énfasis en el entrenamiento de destrezas sociales con los niños de DDA. En Estados Unidos se ha desarrollado una serie de programas para ayudar a los niños a desarrollar conductas prosociales. Aunque la mayoría de estos programas no han sido desarrollados específicamente para niños con DDA, su enfoque en las destrezas sociales, que comúnmente se encuentran ausentes en niños y adolescentes con desorden de déficit de atención los hace un recurso básico. El mismo autor realizó una revisión de diferentes programas y encontró que el uso de entrenamiento en automonitoreo, solución de problemas, autoinstrucción y destrezas sociales son métodos potencialmente efectivos para ayudar a los niños con DDA.

Considerando que en nuestro país no existen programas de entrenamiento en destrezas sociales que brinden apoyo a los niños que presentan desorden de déficit de atención con hiperactividad, el presente trabajo intenta desarrollar un programa adecuado a sus necesidades. Esta propuesta se basa en las destrezas que los niños debieran de dominar en el ambiente escolar debido a que es allí donde los problemas de comportamiento son más observables y donde les traen más consecuencias negativas y rechazo.

1. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

El presente programa tiene la finalidad de capacitar a niños con DDAH en destrezas

sociales empleando técnicas cognoscitivas y de aprendizaje social.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Al completar este programa se espera que:

- El niño incrementará la frecuencia de conductas asociadas con destrezas prosociales.
- El niño incrementará la frecuencia de conductas asociadas con un adecuado nivel de autoconfianza
- El niño logre identificar sus emociones negativas y desarrolle estrategias adecuadas para manejarlas.
- El niño podrá respetar diferentes puntos de vista.
- El niño responderá de una manera aceptable socialmente.
- El niño podrá compartir y cooperar en grupo

3. POBLACIÓN OBJETIVO:

3.1 Se considera población potencial a niños diagnosticados con DDAH y con una edad esperada entre los 7 a 10 años de edad.

3.2 Los niños que cursen de primero a cuarto grado, podrán beneficiarse del programa.

4.0 SUGERENCIAS PARA CONDUCIR EL GRUPO:

Esta sección presenta algunas de las consideraciones logísticas para el éxito del grupo.

4.1 Autorización escrita por parte del padre o encargado legal del participante: Es importante obtener el consentimiento escrito para participar en el programa. Una carta puede ser suficiente para este propósito. Ocasionalmente puede ser necesario concertar una entrevista para proveer información y solucionar dudas respecto al trastorno, su tratamiento y el programa.

4.2 Tamaño del grupo: Se sugiere que el grupo contenga un número de 6 a 8 estudiantes para que todos tengan igual oportunidad de participar activamente y expresar sus necesidades, ideas y sentimientos.

4.3 Horario de sesiones: Es recomendable que las sesiones se desarrollen dos veces por semana, en períodos de 40 minutos cada sesión. Deben evitarse las interrupciones por feriados u otras razones ya que estas circunstancias pueden afectar al grupo. También deben evitarse conflictos de horario entre cursos académicos y el programa. Podría, en última instancia, rotarse las sesiones de tal manera que sólo se pierda un período por materia durante la duración del programa. La participación en este programa no debería provocar nuevos estresores académicos (por ausencia del salón de clase, etc.).

4.4 Lugar para el desarrollo de las sesiones: Debe ser un salón privado, libre de interrupciones en el que sea posible que los miembros se sienten y puedan verse y escucharse claramente.

4.5 Organización y contenido de las sesiones: Las sesiones diseñadas para este programa se dividen en tres partes. Debe iniciarse con una actividad para romper el hielo y con un recordatorio de la sesión anterior. En la segunda parte se introduce la destreza a trabajar y sus componentes. El facilitador modela la destreza y pide que los participantes realicen una ejercitación conductual seguido de una breve discusión. La última fase de la sesión comprende una breve actividad de cierre. Esta debe proveer a los participantes de una sensación de haber completado el trabajo de grupo después de lograr un nivel cognoscitivo confortable.

4.6 Normas de grupo: El facilitador debe explicitar normas que se relacionen con aquellos aspectos conductuales que puedan afectar el funcionamiento del grupo. Estas debieran establecerse en la primera sesión, para dar al grupo una oportunidad

participar en su elaboración. No se recomienda que haya más de cinco reglas:

- a. Confidencialidad
- b. Participación
- c. No tolerar agresiones (verbales o físicas)
- d. Derecho a no participar en actividades que lo hagan sentir incomodo
- e. Respetar las opiniones

Si los participantes no las proponen deben ser propuestas por el observador, se deberán escribir en un cartel y colocarlas en un lugar observable.

5. DESARROLLO DE LAS SESIONES:

0. SESION PREVIA

ENTREVISTA PREVIA CON EL GRUPO PARTICIPANTE

META: Motivar a los niños para la participación en el programa, así como explicarles los beneficios que pueden obtener al tomarlo.

1. Introducción
 - a. Descripción general de grupo (número de sesiones, horario, temas etc.)
Explicación de por qué el estudiante va a participar en el programa
 - b. Establecimiento de reglas que se darán dentro del grupo
2. ¿Qué ganancias puede obtener el estudiante con el programa?
 - a. Mejorará su relación con sus compañeros
 - b. Hará nuevos amigos
 - c. Se integrará mejor en grupo
 - d. Aprenderá nuevas destrezas
 - e. Trabajará con interés dentro del grupo
 - f. Cooperará en clase y en casa

3. OBJETIVOS:

- Motivar al estudiante para que su participación sea más efectiva Participar en actividades con énfasis en ayudarse a ellos mismos

4. Expectativas

- a. Asistencia, participación y confidencialidad
- b. Revisar las expectativas de los estudiantes

5. Sacar conclusiones de los aspectos positivos del grupo.

6. Informarles a los niños que después de concluir el programa y necesiten resolver dudas pueden acudir al facilitador.

7. REGLAS QUE EL FACILITADOR DEBERA TOMAR EN CUENTA PARA TODAS TODAS LAS SESIONES

META: Los estudiantes con DDAH aumentarán la probabilidad de seguir instrucciones. Durante cada sesión se deberán tomar en cuenta varias reglas preestablecidas para el manejo del comportamiento. Desafortunadamente, el corto lapso de atención, la carencia de inhibición y la distractibilidad son características que interfieren con el rendimiento de este tipo de estudiantes.

GUIA PARA EL MANEJO DE INSTRUCCIONES EN GRUPO PARA NIÑOS CON DDAH.

a. Asegúrese que los estudiantes estén quietos y hagan contacto con su mirada.

Si alguno de los estudiantes no lo logra hacer, use la siguiente clave "Pare, mire y escuche".

b. Camine alrededor del grupo para asegurarse que los niños no jueguen ni se pasen notas, etc.,

c. De instrucciones simples

- d. Use claves visuales siempre.
- e. Escriba instrucciones en el pizarrón
- f. Que el estudiante repita la instrucción
- g. Pregunte en el mismo tono de voz, la instrucción
- h. Considere interrogar a los estudiantes para asegurarse que comprendieron la instrucción.
- i. Gratifique con palabras o gestos al estudiante que ejecute bien las instrucciones
- j. Recuerde que la gratificación debe ser inmediata
- k. Retroalimente constantemente la conducta positiva e ignore la negativa.

SESION # 1

DESTREZA SOCIAL: RESPETAR A OTROS

I. **META:** Los estudiantes aprenderán a respetar, positivamente los diferentes puntos de vista de otros y de una forma socialmente aceptable.

II. MATERIALES:

- Hojas de papel
- Lápices
- marcadores
- libreta de notas para llevar un diario

III. MANEJO DE REGLAS:

El facilitador por ser la primera sesión dirá las reglas a seguir, nombrará a un niño para que escriba en un pliego de papel las cuatro reglas más importantes a seguir en el grupo.

Los niños deberán apuntar las reglas en su libreta de diario que llevarán en el

transcurso de sus sesiones.

1. Mire y escuche
2. Siga instrucciones
3. Espere su turno para hablar
4. Todo lo que hablemos en este cuarto es confidencial

IV ROMPE HIELO - DINAMICA GRUPAL

El facilitador elegirá a un niño para que diga "Mi nombre es ... y me divierto hacer..." (el niño podrá contestar , me divierto si juego fútbol etc.)

V SESION DE GRUPO

PROCEDIMIENTO:

1. Establecer la necesidad :

El respeto hacia otros es necesario, porque así nos podremos comunicar mejor con nuestros padres, maestros y amigos.

2. Introducción: El facilitador comentará que siempre queremos ser tratados con respeto y que algunos estudiantes cometen falta de respeto o hablan acerca de su maestro la familia y amigos.

¿Cómo le gustaría a usted que lo trataran, sus compañeros, sus maestros y sus papás?

- Qué diría usted si le cerrarán la puerta en la cara?
- ¿Que diría usted, si está en un supermercado y quiere ser el primero en la línea para pagar ?
- ¿Cuáles son actitudes de respeto para los maestros? (ser cortés, permanecer sentado, decir pensando las cosas).
- ¿Cómo se siente la maestra cuando los alumnos son respetuosos?

3. Identificará los componentes de la destreza:

- Escuche el punto de vista de otros cuando esté en una reunión
- Analice los sentimientos del que habla, cuando le están aclarando una situación
- Responda de una manera aceptable socialmente, cuando esta con su familia, maestros compañeros

Modelando la destreza:

El facilitador podrá con el juego de roles modelar la destreza, aplicando una situación que generalmente no es aceptada, para que el niño modele lo correcto. Por ejemplo: Juan y Ramón fueron reportados por mal comportamiento en el bus, cuando llegan a la oficina para explicar su situación; Juan interrumpe y no permite aclarar el problema.

5. Ensayo de la conducta:

a. Selección:

El facilitador seleccionará a los estudiantes para el juego de roles.

b. Juego de roles:

Conductas Apropriadas:

- Buenas maneras de clase
- Buenas maneras en casa
- Buenas maneras con los amigos

Nota: Escoger una actividad de las tres que se mencionan para el juego de roles.

- c. Completación:** Después del juego de roles, reforzar la conducta apropiada poner ejemplos de lo tratado.
- d. Reforzamiento:** Premios, calcomanías, cupones, frases verbales, reforzar también al grupo completo.

e. **Discusión:** El facilitador comentará con los niños que es importante respetar a las personas y tener conductas socialmente apropiadas.

6. **Practica:** Los niños realizarán una hoja de trabajo, para reconocer normas positivas de respeto

SESION # 2

DESTREZA SOCIAL: RESPETO AL USAR PALABRAS MAGICAS “Por favor” “

Graclas ”

I. **META:** El niño aprenderá a usar palabras de cortesía como muestra de respeto hacia otros.

II. MATERIALES:

- Hojas de papel
- lápiz
- crayones
- tarjetas
- una caja
- libreta de diario

III. MANEJO DE REGLAS:

Como en la sesión anterior, los niños escribieron las reglas que debemos manejar. En la sesión ,sacaran su libreta y leerán para recordar las reglas a seguir. Para recordarlas pide a un niño que lea en voz alta lo decidido.

IV. REPASO DE ACTIVIDADES PASADAS:

La semana pasada conversamos acerca del respeto a las personas.

Daremos ejemplos que mencionamos en la sesión anterior.

Los niños dirán por lo menos tres ejemplos de respeto a otros

V. ROMPE HIELO- DINÁMICA GRUPAL

TEMA: "PAREJA CON CUALIDADES"

1. Los niños se sientan en un círculo, se les pide señalar a un niño sin decir su nombre, si puede decir "él o ella". Primero se sientan en un círculo señalan a un niño sin decir el nombre, puede decir "él o ella"- Primero la persona dice por ejemplo "Hola mi nombre es "Carlos Curioso", debe usar una cualidad o adjetivo que empiece con la inicial de su primer nombre.

El facilitador repite de nuevo las indicaciones, y puede sugerir cualidades para que los niños comprendan mejor. Indica al siguiente niño que haga lo mismo y le dice "y... Tú que dirás".

2. El niño dice... "Carlitos Curioso, mi nombre es Perlita Preciosa" y así se continúa con los demás niños del grupo.

V. SESION DE GRUPO

PROCEDIMIENTO:

1. Establecer la necesidad:

El facilitador comenta "Hemos hablado de la importancia de ser cortés y educado. Si solicitamos que nos ayuden en una tarea y lo hacemos con cortesía, las personas lo harán con más agrado. Es por eso que es importante aprender las palabras mágicas, para utilizarlas cuando solicitamos ayuda. Estas palabras son: "Por Favor" "Gracias"

2. Introducción: El facilitador relata lo siguiente:

"Esta es la historia de un niño que se llama Pedro Pablo. Un día lo invitaron a un almuerzo en casa de su mejor amigo. Antes del almuerzo jugaron pin-pon e hicieron apuestas sobre quién iba a ganar, Pedro Pablo se encontraba muy contento hasta que llegó la hora del almuerzo y se sentaron en la mesa. La madre de su amigo empezó a servir

la comida a cada uno de los niños. Pedro Pablo quería más refresco, levantaba la mano y señalaba, se levantó un poco de la silla e hizo intento de querer alcanzar el pichel pero no pudo. Los padres de su amigo sólo lo miraban, y el no se explicaba porqué no le alcanzaban el pichel con el refresco, Pedro Pablo miró a su amigo y le dijo quiero más refresco y José se acercó y le susurró en el oído ...” Pedro Pablo es que tú no dices las palabras mágicas que usamos nosotros en casa” el niño asombrado le dijo:

- ¿Y qué palabras son? ... yo no las conozco dijo Pedro Pablo,
- Te las voy a decir, dijo José
- Las palabras mágicas que tienes que usar son “Por Favor “ y “Gracias”

Luego Pedro Pablo, dijo: Me podría pasar el refresco por favor y la madre de José se lo sirvió con gusto. Pedro Pablo le dijo a José que nunca se le iban a olvidar esas palabras después de la vergüenza que había pasado delante de su familia.

Nota: Después de la historia el facilitador propicia una discusión para revisar la importancia de usar palabras de cortesía.

3. Identificar la destreza: El facilitador tendrá elaboradas tarjetas con las palabras mágicas y las sacará de una en una, luego dirá:

- Alto y piense lo que usted va a decir
- Diga “Por favor”
- Diga “Gracias” cuando alguien le proporcione algo o lo ayude en una tarea.

4. Modelar la destreza:

El facilitador usará su juego de tarjetas que tendrá dentro de una caja modelará la destreza y luego hará preguntas para comprobar que el niño usa las palabras de cortesía adecuadamente.

5. Ensayo de la conducta:

a. **Selección:** La orientadora selecciona a dos niños para participar en el juego de roles.

b. **Juego de roles:** El facilitador coloca la caja que contiene las tarjetas con las palabras mágicas en el centro de la mesa, nombra a dos niños, para que uno saque al azar una tarjeta y juntamente con el otro niño realicen una demostración de las palabras mágicas. Seguidamente se hace lo mismo con el resto del grupo.

b. **Completación:** Después de cada juego de roles, se reforzará el comportamiento e identificará la conducta inapropiada, se ignorará la conducta inapropiada y se repetirá el juego de roles con correcciones.

c. **Reforzamiento:** Refuerce correctamente el comportamiento verbal, con frases tangibles o recompensas, y al grupo refuércelo con elogios, privilegios o cupones.

d. **Discusión:** Converse con los niños acerca de las personas que dicen “gracias” y “por favor” y de la importancia de hacerlo.

6. **Practica:** Antes de finalizar la sesión, los niños deberán escribir en su libreta de sesiones las palabras mágicas para usarlas en la escuela, en casa con la familia, en la próxima sesión se harán los comentarios.

SESIÓN # 3

DESTREZA SOCIAL: APRENDER APROPIADAMENTE A CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO

I. **META:** Los estudiantes aprenderán a controlar apropiadamente el comportamiento de una forma positiva dentro de la clase.

II. MATERIALES:

Libreta de diario

III. MANEJO DE REGLAS:

El facilitador indicará a los niños que se sienten en círculo y tengan con ellos la libreta

de diario. Se solicitará la colaboración espontánea de uno de ellos para que lea las reglas a seguir en la sesión. Se comentará con el grupo si en las sesiones anteriores estas reglas se cumplieron.

IV. REPASO DE LAS ACTIVIDADES PASADAS.

Se nombrará a dos niños para que pasen a modelar la destreza de las palabras mágicas. Se preguntará sobre la tarea que se dejó de poner en práctica en clase y en casa el uso apropiado de las palabras de cortesía. Discutir si han respetado los puntos de vista de otros y que aporten ejemplos.

V. ROMPE-HIELO - DINAMICA GRUPAL

Nombre de la dinámica: Gestos y no palabras.

1. Se reúne a los niños, se formarán en círculo, y sentarán en el suelo, el conductor invita a uno de ellos a levantarse y a iniciar el juego, el cual consiste en decir, primero, su nombre a todo el grupo y en dirigirse después, a su compañero de la derecha para expresar, con puros gestos y sonidos no articulados, algo que le gusta o le disgusta de manera especial. Por ejemplo puede reír o llorar, o aplaudir o bailar o boxear, etc.
2. El compañero a quien se ha dirigido el primer niño se levantará a su vez para comenzar diciendo su nombre y luego expresar a su compañero de la derecha algo de sus gustos o disgustos, siempre sin recurrir a la palabra hablada.

VI. SESION DE GRUPO

PROCEDIMIENTO:

1. **Establecer la necesidad:** El facilitador deberá puntualizar la necesidad de establecer algunas reglas de disciplina y ponerlas en acción cuando sea necesario, hablarles y realizar actividades para asegurarse que exista un ambiente tranquilo en clase.
2. **Introducción:** El facilitador preguntará al grupo.

- a. ¿ Podemos hacer nosotros lo que querramos en cualquier momento? ¿ Qué sucede si nosotros no seguimos las reglas, cuando es la hora de recreo, almuerzo dentro de la clase, en casa o cuando caminamos en el tráfico de las calles? ¿Por qué son importantes las reglas?
- b. El facilitador establecerá las reglas a usarse y juntamente con los niños hacen una lista. Los estudiantes podrán ayudar a desarrollar las consecuencias si se rompen las reglas.

3. Identificará los componentes de la destreza:

a. Desarrollo de las reglas:

- Caminar no correr en clase
- Hablar en un buen tono de voz
- Escuchar con atención
- Seguir instrucciones
- Compartir en la hora del juego

b. Desarrollo de las consecuencias:

- Tiempo fuera
- Prohibir la participación en centro de actividades
- Escribir su nombre en el pizarrón
- Nota a la casa

c. Ser positivo en nuestras acciones

d. Reconocer la necesidad de aceptar consecuencias

4. Modelar la destreza:

Se invierten los roles, el facilitador relata un caso de un estudiante problema, para que el estudiante lo relate. La situación es que el maestro expone soluciones muy

pobres para las consecuencias del comportamiento del estudiante, seguidamente los estudiantes discuten cual sería la disciplina apropiada para ese caso, y lo someten a discusión con el resto del grupo.

Ensayo de la conducta:

a. Selección: El facilitador hará un juego con todo el grupo, los niños dramatizarán una regla.

b. Juego de roles:

El facilitador realizará un juego con los niños, asignará roles como por ejemplo correr en clase, y como el niño la rompe tendrá cinco minutos de tiempo fuera. Desarrollará las estrategias disciplinarias para una sola regla con los estudiantes y las destrezas necesarias para seguir las reglas.

c. Completación:

Después del juego de roles, refuerce correctamente la conducta apropiada e identifique la inapropiada. Si es necesario repita el juego de roles y haga las correcciones.

d. Reforzamiento:

Durante el juego de roles, el facilitador podrá usar frases verbales y no verbales y expresiones de aprobación, así como expresar apreciación por el manejo de autocontrol en el grupo.

5. Discusión: El facilitador podrá preguntar a los niños, qué aprendieron en el juego de roles acerca de las reglas y sus consecuencias.

6. Práctica:

Mantendrá el reforzamiento de la destreza, colocando en la cartelera del aula donde grupo trabaja, la lista de reglas y sus consecuencias. Copiar en su libreta de

sesiones, las reglas y sus consecuencias o proporcionárselas en una hoja impresa para que la peguen en su libreta.

SESION # 4

DESTREZA SOCIAL: " IMPORTANCIA DE RECONOCER LAS REGLAS EN CLASE"

I. META:

El niño aprende la importancia de las reglas, que se desarrollan en la lección.

II. MATERIALES:

Papel

Lápices

Marcadores

Libreta de diario

Un pañuelo

Un círculo fosforescentes de 10 cms. de radio.

Sobres tamaño oficio

Tarjetas con las reglas

1 caja plástica

III. MANEJO DE REGLAS:

Los niños sacarán su libreta de diario, se les proporcionan 5 minutos para que lean las reglas que han escrito, luego deberán cerrar su libreta y se solicitará su participación espontánea para comentar las reglas que se deben llevar dentro de la lección.

IV. REPASO DE ACTIVIDADES PASADAS:

En la sesión anterior aprendimos las reglas para mejorar nuestro comportamiento. Cada uno, en la tarjeta que se le entregará, escribirá una regla y una consecuencia.

Luego las colocaremos en nuestro boletín. Los niños podrán nombrar situaciones en donde han aplicado las reglas.

ROMPE HIELO - DINAMICA

Mi nombre es especial porque....

Instrucción de la dinámica:

- a. Cada participante pasará a escribir su nombre, en el pliego de papel y lo decorará y pintará a su estilo personal con alguna característica personal e interesante o alguna cualidad relacionada con su nombre. Es como si su nombre tuviera un sobrenombre.
- b. Luego en una hoja de papel el estudiante escribirá lo que crea que significa su nombre, porque su nombre es especial.
- c. Se invita a los participantes a compartir la información acerca de su nombre.

VI. SESION DE GRUPO

PROCEDIMIENTO

1. Establecer la necesidad: El facilitador establece la necesidad para las reglas de clase. " Debemos tener reglas en nuestra clase, para comportarnos mejor y poder aprender con mayor eficacia".

2. Introducción:

Todo el día escuchamos acerca de las reglas. Las reglas nos ayudan.

Estas son algunas reglas muy importantes.

Cuando tú estás en casa, tú tienes que seguir las reglas establecidas en tu hogar, las reglas las debes usar con adultos en casa y seguirlas también.

- b. Cuando tú vienes al edificio de tu escuela, tú debes seguir las reglas que son usadas en tu escuela...

Ejemplo: caminar, no correr, caminar por los pasillos etc.,

c. Cuando tú entras a la clase, tu debes seguir nuestras reglas de clase, etc.

Ejemplo: Vamos a hablar de las reglas que usaremos en el aula

(El facilitador del programa, tiene preparados unos sobres con las reglas escritas). Dentro de una caja plástica, con un pañueio le vendará los ojos a un niño para que saque un sobre de la caja, el niño lo sacará y se lo entregará al azar a un niño para que lo lea, así se continúa hasta terminar de sacar los sobres).

Reglas a seguir:

- Cuando el facilitador enseñe un círculo brillante (fosforescente).Sentarse correctamente como una estatua
- Escuchar las instrucciones.
- Adentro de la clase, hable en voz baja
- Camine... no corra
- Sea un buen ayudante
- Regrese las cosas a su lugar
- Preste ayuda a su compañero

4. IDENTIFICAR LOS COMPONENTES DE LA DESTREZA

- Siéntese tranquilo
- Escuche a la persona que explica las reglas
- Diga y aprenda las reglas
- Obedezca las reglas
- Coopere
- Ayude

5. MODELAR LA DESTREZA:

El facilitador solicitará a dos voluntarios para que actúen y demuestren la destreza.

6. ENSAYO DE LA CONDUCTA:

a. **Selección:** El facilitador divide a los niños en pequeños grupos y explica las reglas a los componentes de la destreza.

b. Juego de roles:

Se puede practicar de dos en dos, (siendo niños detectados con DDAH) , cada pareja pasa a demostrar la destreza y los demás representan la audiencia. La actividad se debe repetir si es posible 3 ó 4 veces más hasta que el grupo maneje las destrezas.

c. **Completación:** Después del juego de roles es conveniente reforzar e identificar correctamente la conducta inapropiada. Después de cada juego de roles, la audiencia puede aplaudir.

d. **Reforzamiento:** Usa aprobaciones verbales, dar cupones de canje, calcomanías..

7. **Discusión:** Se espera que los niños se familiaricen con las reglas, el facilitador dialogará con los niños acerca de las reglas y hará inferencia en las reglas que crea que se le van a olvidar a los niños.

8. **Práctica:** Los niños copiarán en su libreta de diario, le asignarán a la regla una clave para recordarla frecuentemente.

SESION # 5

DESTREZA SOCIAL: "ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS POR UN COMPORTAMIENTO INAPROPIADO"

META: Los estudiantes aceptarán las consecuencias que merecen de un comportamiento inaceptable sin protestar.

I. MATERIALES:

II. Libreta de diario

- Cartelera
- Hoja de trabajo

MANEJO DE REGLAS:

El facilitador al igual que las sesiones anteriores, dará a los niños cinco minutos para leer en su libreta de diario, las reglas que han apuntado en cada sesión. Los niños podrán mencionar las que se les ha hecho más fácil practicar y la que más les cuesta cumplir.

IV. REPASO DE ACTIVIDADES PASADAS

Se podrá usar la caja con las últimas reglas que se revisaron en la sesión anterior y un niño del grupo la podrá modelar. Seguidamente los niños deberán comentar cómo las han aplicado en clase. Deben dar ejemplos reales de las situaciones en las cuales han llevado a cabo el uso de las reglas para mejorar su comportamiento.

V. ROMPE-HIELO - DINAMICA GRUPAL

TEMA: EL GUARDIA Y LOS COCHES

DESARROLLO:

- Explicarle a los niños que ellos van a hacer el (rol de los carros) se distribuyen libremente por el aula.
- Se nombra a un niño que hará el papel de policía, él se coloca en el centro. Los coches circulan en todas direcciones hasta que se oye el silbido del guardia. En este momento, todos los coches tienen que pararse inmediatamente; los que no lo hacen quedan averiados, van al garaje y ya no circulan.
- Al terminar la actividad, se valora entre todos el respeto a las normas del juego.

VI SESION DE GRUPO:

PROCEDIMIENTO

- 1. Establecer la necesidad:** Revisar las reglas de clase y tomar en cuenta las

reglas que se han planteado en las sesiones anteriores. Hacer énfasis en la aceptación de las consecuencias y la frustración que causa un comportamiento inapropiado tanto en la escuela como en la casa.

2. Introducción: El facilitador contará la siguiente historia: Un estudiante que se sentía muy triste porque no le agradaba a ninguno. La razón era que siempre ponía excusas y no admitía sus errores. Siempre se encontraba enojado por ser castigado. Finalmente empezó a usar los pasos de los componentes de las destrezas y para sorpresa de todos él cambió poco a poco y se volvió más tolerante con los demás y se veía más feliz.

3. Identificar los componentes de las destrezas:

- a. Pensar acerca de los errores
- b. Decidir qué rol o juego se vuelve un problema
- c. Decidir cuándo debe pedir disculpas
- d. Disculparse sinceramente
- e. Aceptar consecuencias sin quejarse
- f. Determinar cómo prevenir equivocaciones en el futuro

4. Modelar la destreza:

El facilitador podrá modelar la destreza con un juego "Simón dice". El facilitador preguntará al grupo que lo ayuden a designar a un líder. El líder dirige el juego y el facilitador participa como miembro del grupo, él no sigue las reglas del juego y como consecuencia sale del juego.

5. Ensayo de la conducta:

- a. **Selección:** El facilitador formará parejas, para un juego de roles. Un niño no seguirá las reglas y otro niño determinará la consecuencia.
- b. **Juego de roles:** Entregar una hoja de trabajo con una lista de posibles

comportamientos inadecuados a los estudiantes para que ellos escriban las consecuencias. Lo podrán hacer en parejas.

- c. **Completación:** Después del juego de roles, refuerce correctamente el comportamiento correcto e identifique el inapropiado.
- d. **Reforzamiento:** Use frases verbales y no verbales como por ejemplo: una sonrisa, una palmadita en el hombro, podrá escribir notas de aprobación y notas por su comportamiento social correcto.
- e. **Discusión:** Realice después del juego de roles una discusión y refuerce los pasos de cada destreza. Los niños pueden dar ideas de otras reglas que se usan en casa y en el tráfico por ejemplo(luces, semáforos, vías del tráfico, paso de peatones).

6. PRACTICA:

Revisará en la hoja de trabajo las consecuencias que los niños escribirán, dará tiempo para terminar a los niños que no habían concluido.

SESION # 6

DESTREZA SOCIAL: " AUTOCONTROL "

I.META: El niño aprenderá a controlarse y pensar, para usar apropiadamente las destrezas de tomar decisiones.

II MATERIALES:

- Libreta de diario
- 2 A 5 VEJIGAS
- Hoja de papel con lista de sugerencias escrita

III. MANEJO DE REGLAS:

Se indicará a los niños que se sienten en parejas y que lean y comenten las

cuatro reglas de rutina para todas las sesiones. Seguidamente se reúne al grupo y se le pregunta quien quiere ser voluntario para decir las reglas en voz alta.

IV. REPASANDO DE ACTIVIDADES PASADAS

El facilitador dará ejemplo de un comportamiento inadecuado y el niño dirá la consecuencias, se discutirá con el grupo. Se revisarán las reglas escritas en el boletín los niños podrán aportar ejemplos del manejo de reglas y sus consecuencias.

IV. ROMPE HIELO - DINAMICA GRUPAL:

RELEVO DE VEJIGAS

Desarrollo : Separar a los participantes en dos grupos, los grupos deben ser pequeños. Luego se entrega una vejiga grande a cada grupo. Se designa un lugar en donde debe llegar cada niño con la vejiga y regresarla a otro miembro de su grupo. La vejiga debe ir en el aire y empujarla con la mano, el grupo que primero termine con su relevo, es el ganador.

VI. SESION DE GRUPO:

1. ESTABLECER LA NECESIDAD:

Las destrezas son necesarias para que el niño logre tener una vida social adecuada ahora y en el futuro, para evitar situaciones en las que se le presenten problemas.

2. INTRODUCCIÓN:

El facilitador relatará la siguiente situación: Andrés y Antonio cuando iban para la escuela un día decidieron quedarse jugando luchitas en la calle, pero Andrés le dio muy duro a Antonio y lo golpeó. ¿Qué crees tú que pensó Andrés al perder el control?

Discutir con el grupo que debería haber pensado Andrés.

3. IDENTIFICAR LOS COMPONENTES DE LA DESTREZA:

(Escribir la lista en el pizarrón)

- a. Trate de no estar enojado
- b. En principio piense
- c. Relájese
- d. Decida qué lo hace perder el autocontrol
- e. Piense qué alternativas puede tener
- f. Seleccione alternativas

4. MODELAR LA DESTREZA:

El facilitador presentará una situación en la que le dirá que cuente hasta diez, respire profundo y entonces tome la decisión de lo que ha sucedido.

5. ENSAYO DE LA CONDUCTA:

- a. **Selección** : El facilitador selecciona a los estudiantes para hacer el juego de roles.
- b. **Juego de Roles** : El facilitador tiene una lista con varias sugerencias, nombra a un niño y le dice que haga la reacción ante determinada situación.
 - El niño rompe una hoja de papel
 - La mamá insiste en que lave los platos antes de ir a la escuela
 - Olvida retornar los libros a la biblioteca
- c. **Completación**: Afirmar el comportamiento correcto y se le refuerza positivamente.
Identificar el comportamiento inapropiado.
- D. **Reforzamiento**: Durante el juego de roles el orientador les da refuerzo positivo y les premia por su esfuerzo con calcomanías, y frases de aprobación
- E. **Discusión**: Los niños podrán discutir los beneficios de tener un autocontrol y

de las consecuencias negativas que tenemos cuando fallamos.

6. PRACTICA:

Distribuya una hoja de trabajo, que incluya algunas reacciones de "Autocontrol" y que los niños la completen.

SESION # 7

DESTREZA SOCIAL: ESCUCHAR EL PROBLEMA Y RESOLVERLO EN PASOS

I. META: Los estudiantes podrán hacer una lista de necesidades para resolver problemas y aplicarlos ante una situación.

II. MATERIALES

- Libreta de diario
- Hoja de trabajo
- Tarjetas media carta con líneas.
- Lápices

III. MANEJO DE LAS REGLAS

Los niños sacarán su libreta de diario, como en las sesiones anteriores leerán su diario y luego se le indicará a un niño que mencione las cuatro reglas más importantes.

IV. REPASO DE ACTIVIDADES PASADAS

Se les indicará a los niños que piensen por unos momentos en un problema que les haya ocurrido durante la semana y los relate, luego otro niño del grupo explicará cómo lo resuelve. El facilitador intervendrá si las reglas no están bien aplicadas.

V. ROMPE HIELO- DINAMICA GRUPAL

EN BUSCA DE PAREJA

Materiales: papelitos con nombres de animales (emparejados).

1. El conductor apunta en papelitos diferentes nombres de animales, pero cuida que siempre haya parejas (macho- hembra); por ejemplo, si en un papelito escribió "león" debe haber otro papelito que tenga escrito "leona".
2. Se meten papelitos en una caja, y cada niño saca uno al azar. A una señal del conductor, todos los niños comenzarán a actuar imitando al animal que les haya tocado, pero sin hacer ruidos o sonidos (porque entonces resulta demasiado fácil la identificación). Se trata de que cada niño-animal busque y encuentre a su pareja, en silencio, orientándose tan sólo por los movimientos y gestos.
3. Cuando el macho y la hembra creen haberse encontrado se toman de la mano y separan del grupo en silencio y sin que nadie haya leído el papelito del compañero.
4. A una señal del conductor, todos los niños se detienen, ya emparejados, y se comprueba quién acertó y quién se equivocó.

VI. SESION DE GRUPO

PROCEDIMIENTO:

1. Establecer la necesidad:

Se discute con el grupo la habilidad para resolver problemas; porqué necesitamos de la destreza y cómo nos hace sentir infeliz el no ser hábil para resolver problemas. Una razón del por qué necesitamos la destreza de resolver problemas es que no ayuda a tomar decisiones y en segunda instancia a evitar una confusión.

2. Identificar los componentes de la destreza:

- a. Identifique el problema
- b. Pensar en alternativas para resolver el problema

- c. Pensar acerca de las consecuencias que lo comprometen
- d. Seleccionar las mejores soluciones
- e. Resolver el problema

3. Modelar la destreza:

El facilitador lee las instrucciones de una situación : Un día Juanita regresaba en el bus de la escuela a su casa, cuando el bus iba a parar se recordó que había dejado olvidado su monedero en el escritorio de la escuela. Juanita pensó que su mamá se iba a enojar mucho con ella. ¿ Qué crees tú que hizo ella ?

Mostrar al grupo paso por paso como se resuelve el problema de Juanita.(Usar una lista de posibilidades en el pizarrón).

5. ENSAYO DE LA CONDUCTA:

a. **Selección:** Divida la clase en dos grupos

b. **Juego de roles:** Entregue a cada grupo una tarjeta con las situaciones escritas. Un niño escribe en el pizarrón los pasos a seguir. Después de 10 a 15 minutos cada grupo tiene que haber resuelto su problema.

- Alguien prestó tu lápiz. al día siguiente, tu preguntas por él, y te dicen que tu compañera lo halló, pero tu compañera tiene un nuevo lápiz en la mano.
- Un amigo que jugaba béisbol, juega distraído en la casa de la Sra Pérez. Lanza la pelota con el bate y pega en la ventana y el vidrio se rompe. ¿Qué deberías haber hecho tú ?

• **Completación:** Después del juego de roles, refuerce correctamente el comportamiento, identifique el comportamiento inapropiado.

c. **Reforzamiento:** Use frase verbales y no verbales (una sonrisa, un abrazo, una palmada en el hombro).

d. **Discusión:** Discuta el juego de roles.

SESION # 8

DESTREZA SOCIAL: HACER FRENTE A LA IRA

I. **META:** El o la estudiante podrá controlar su enojo si usas los pasos de las destrezas de autocontrol.

II. MATERIALES:

- Libreta de diario
- Hojas de papel
- Lápices
- Calcomanías

III. **MANEJO DE REGLAS :** Como rutina, leer en su libreta de diario las cuatro reglas importantes para trabajar en el grupo. Solicitar un voluntario que nombre las reglas, el niño que las nombró puede nombrar a otro niño para que haga lo mismo.

IV. REPASAR LAS ACTIVIDADES ANTERIORES:

En la reunión de la semana pasada aprendimos cómo resolver problemas y los pasos a tomar en cuenta para encontrar mejores soluciones.

¿Alguno de ustedes aplicó los pasos a seguir para resolver un problema?

Dirá un ejemplo de la sesión anterior.

Los niños darán ejemplos de soluciones, por lo menos una cada uno.

V. ROMPE-HIELO - DINAMICA GRUPAL

ASOCIACIÓN LIBRE

Desarrollo:

1. El juego consiste en que el conductor o uno de los niños comience diciendo en voz alta una idea muy corta "Pensar en un avión". De inmediato señala a otro

niño, quien agregará algo relacionado con la idea mencionada por el primero, por ejemplo: "El segundo niño señala a otro, que deberá mencionar algo relacionado con los pájaros; por ejemplo: "Eso me recuerda que a veces sueño con volar". El cuarto, "A mi me recuerda el refrán de "Más vale pájaro en mano que ciento volando", etc.

2. Por supuesto, las asociaciones son libres, pero deben tener alguna relación entre sí.
3. El que se quede callado, o tarde en decir su asociación o si lo que menciona no tiene relación con lo dicho inmediatamente antes, queda fuera del juego.

VI. SESIÓN DE GRUPO:

PROCEDIMIENTO

1. Establecer la necesidad:

La destreza del autocontrol es necesaria para el control de la ira, previene el comportamiento destructivo y refuerza y resuelve conflictos no violentos.

2. Introducción:

El facilitador leerá la siguiente situación: Jaime estaba muy quieto en la clase, cuando Jerry entró al cuarto gritándole Jaime no sabía por qué Jerry entró gritándole y le dice "Por qué me gritas tú a mí" Jerry le dice a Jaime que está muy enojado con él, porque le contaron que él le estaba poniendo sobre nombres. Jaime le dice que él no le ha puesto ningún sobre nombre y que la persona que se lo dijo no está diciendo la verdad. La maestra interviene y le dice a Jaime que tal vez le dijeron eso a Jerry para ponerlo enojado contra él.

Con la decisión que tome la maestra hará que Jaime y Jerry reaccionen? .

3. Identificar los componentes de la destreza:

- Pare e intente relajarse
- Respire profundo
- Por qué usted esta enojado
- Intente resolver la situación

4. Desarrollar la destreza:

El facilitador hará el juego de roles, usar los pasos de la destreza, para demostrar como lidiar con la ira.

5. Ensayo de la conducta:

a. **Selección:** El facilitador elige a cuatro estudiantes para un juego de roles y que modelen la conducta.

b. **Juego de roles:** Los estudiantes hacen el juego de roles con las siguientes situaciones:

- "Yo te odio! Tu no eres más mi amigo".
- "Tu rompiste mi CD, favorito, yo voy a romperte el tuyo"
- " Tu arruinaste mi sueter preferido, y tu no me lo pediste prestado".
- El papá muy encolerizado dice, " Por qué tu no cortaste la grama esta mañana ?"

c. Completación:

Después del juego de roles, refuerce el comportamiento apropiado e identifique la conducta inapropiada, si es necesario vuelva hacer el juego de roles.

d. Reforzamiento:

Puede dar premios, frases de aprobación verbales y no verbales, felicite a todo el grupo.

e. **Discusión:** Los estudiantes discuten alternativas apropiadas para ayudar a las personas con mucho enojo y comprenderlos en sus sentimientos y conflictos.

SESION # 9**DESTREZA SOCIAL: "COMPRENDIENDO LA NECESIDAD DE COMPARTIR CON OTROS"****I. META:**

El niño podrá aprender a cooperar con otros en juegos, historias y otras actividades

II. MATERIALES:

- Libreta de diario
- Tarjetas con acciones para el juego de la dinámica
- 1 caja plástica
- Hojas de papel
- lápices

III. MANEJO DE REGLAS:

Continúan con la rutina de todas las sesiones, los niños revisarán su libreta de diario y luego en una hoja de papel, cada uno en forma individual escribirá las cuatro reglas que se manejan en una sesión. El o los niños que acierten a escribirlas completas, se ganarán un vale para canjearlo por un premio.

IV. REPASANDO ACTIVIDADES PASADAS:

El facilitador recordará el juego de roles de la sesión anterior y discutirán sobre el autocontrol, mencionarán quién lo ha puesto en práctica.

V. ROMPE HIELO - DINAMICA GRUPAL**EI MUNDO SE HA VUELTO LOCO**

Materiales: Papelitos donde se indican diferentes acciones y gesticulaciones.

Desarrollo:

1. El conductor indica, en una serie de papelitos, diferentes acciones: maullar, saltar,

realizar movimientos de karate o boxeo, etc.

2. Los papelitos se colocan en una caja; y cada niño debe sacar uno de ellos al azar. Cuando todos los niños hayan sacado y leído su papelito, a una señal del conductor todos deben comenzar a realizar la acción correspondiente. El conductor hará otra señal para detener las acciones de los niños; entonces cada niño entregará su papelito al compañero más próximo, y el conductor hará una señal para reiniciar las nuevas acciones.

VI. SESION DE GRUPO:

1. Establecer la necesidad:

El orientador establece la necesidad para resaltar la importancia de compartir en el trabajo, en el juego y en grupo.

2. Introducción:

El facilitador iniciará la discusión acerca de la importancia de compartir. Usará material concreto como por ejemplo un dominó o un rompecabezas para explicar la palabra compartir e identificar las siguientes destrezas.

3. Identificar los componentes de la destreza:

- Pensar en como compartir
- Elija algo para compartir
- Diga lo que quiere compartir
- Diga con quién quiere compartir

Nota: Cuando trabaje con el grupo los pensamientos o ideas, use dos componentes de destreza que son necesarias:

- a. Levante la mano
- b. Espere que le den la palabra

Modelar estas destrezas, es necesario, el facilitador hace preguntas para que el niño demuestre si puede esperar su turno para hablar y si comprendió la destreza.

4. MODELAR LA DESTREZA:

El facilitador modela la destreza, coloca sobre la mesa 2 cajas que contienen rompecabezas y los niños dicen con quien quieren compartir para formar el rompecabezas pueden ser tres en cada grupo.

5. ENSAYO DE LA CONDUCTA:

a. Selección:

Todos los niños podrán hacer el juego de roles con sus compañeros. El facilitador les dirá que la mitad de niños del grupo pueden escoger una actividad o juego y la otra mitad compartirá la actividad

b. Juego:

Los niños que seleccionan el juego o la actividad podrán cambiar y compartir su actividad. (Cada actividad se realiza por cinco minutos, luego se cambia el juego de roles, para que todos participen).

c. Completación:

Durante y después de cada actividad, se refuerza correctamente el comportamiento y se identifica la conducta inapropiada, se puede repetir el rol si es necesario.

d. Reforzamiento:

La orientadora puede usar expresiones verbales de aceptación por cada niño que colabore.

e. Discusión:

Después de completar el juego roles, la orientadora podrá discutir con los niños, las conductas que son apropiadas y las que son inapropiadas también hará preguntas como por ejemplo: ¿ Tiene usted un compañero que juegue con usted? ¿Trató su compañero de pelear con usted ?

6. PRACTICA:

Realizar otras actividades, que propicien juegos para compartir. También recordar su turno y compartir los juegos con el grupo para darle seguimiento.

SESION# 10

DESTREZA SOCIAL: "APRENDER A COOPERAR"

I. META:

El niño aprenderá a cooperar si es amigable.

II. MATERIALES

- Libreta de diario
- Cuadrados de papel, con la palabra cooperación
- Sobres para colocar las letras de la palabra.

III. MANEJO DE REGLAS:

Por tratarse de la última sesión, se invertirá el orden de la actividad, primero se nombrarán las reglas espontáneamente, luego el que no las diga en el orden correcto las tiene que verificar leyendo en su diario.

IV. REPASAR ACTIVIDADES PASADAS:

Al aplicar el tema anterior que fue compartir, se invitará a los niños a compartir sus vivencias de las sesiones anteriores.

Seguir el orden de las reglas de clase para comunicarse.

V. ROMPE HIELO - DINÁMICA GRUPAL

1. Previo a empezar la dinámica, coloque dentro de un sobre el cuadrado con cada letra de la palabra.

2. Divida a los niños en dos grupos.

Entregue un sobre a cada niño y dígales que cuando de la señal, cada uno saque su letra y la coloque sobre la mesa en secuencia, y al mismo tiempo pronuncie cada letra de la palabra cooperación con otra palabra que signifique ayuda. Al primer grupo que termine debe decir la palabra cooperación:

VI. SESION DE GRUPO

PROCEDIMIENTO:

1. **ESTABLECER LA NECESIDAD:** Diga “Niños, cuando jugamos es importante que cooperemos así nadie se siente mal y seremos buenos amigos”.

2. **INTRODUCCION:** Por medio del juego “Sigán al líder” podemos reforzar la conducta y nadie saldrá herido”.

Niños y niñas este es un juego que se llama siguiendo al líder. Nosotros vamos a usar una cuerda para seguir al líder. El líder necesita de su cooperación, cuando yo los llame por su nombre agárrese a la cuerda y míreme a mi. Ahora vamos a ser el juego (un, dos, tres, míreme a mi) yo voy a tomar la cuerda con mi mano izquierda, y entonces los miraré a ustedes, caminen despacio. Están seguros que entendieron? Bueno empecemos, daremos una vuelta por el jardín. ¡Vamos!

3. IDENTIFICANDO LA DESTREZA:

- Escuchen las instrucciones.
- Espere su turno.
- Elige una actividad de grupo
- Se amable con otros
- Se feliz.

4. MODELAR LA DESTREZA:

El orientador selecciona a cuatro niños para modelar las destreza. Revisa los componentes de la destreza durante este tiempo.

5. ENSAYO CONDUCTUAL:

- a. **Selección:** El facilitador hace participar a todo el grupo si no pasa de 8 miembros.
- b. **Juego de roles:** Los niños practican el juego al caminar por la cuerda.
- b. **Completación:** Antes del juego de roles, refuerce correctamente la conducta correcta e identifique la conducta inapropiada. Repita el juego de roles con correcciones.
- d. **Reforzamiento:** Felicitaciones, sabes cooperar.
- e. **Discusión:** El facilitador discutirá con el grupo, a quién le fue más difícil compartir.

11. SESION DE CIERRE**DESTREZA SOCIAL: "DEMUESTRO LAS DESTREZAS QUE APRENDI"**

BJETIVO CONDUCTUAL: El niño demostrará con su forma de comportarse en una fiesta si aprendió las destrezas aplicadas durante el programa.

ROMPE HIELO- DINAMICA GRUPAL**La Telaraña**

Materiales: 1 madeja de lana.

Desarrollo:

1. Los niños se colocan de pie formando un círculo y el conductor entrega a uno de ellos una madeja de lana.
2. El niño que recibió la madeja de lana debe decir su nombre, qué actividad le pareció formativa o estimulante durante las sesiones, con cuál o cuáles de los compañeros trabajó más veces en equipo, etc. Al terminar, toma la punta de la

lana, se lo enrolla en un dedo o en la muñeca y lanza la madeja de lana hacia otro compañero, que, después de repetir lo que dijo el niño anterior, se anudará el hilo y lanzará la madeja de lana a otro compañero, así sucesivamente hasta que todo el grupo quede enlazado en una especie de telaraña.

3. El segundo paso consiste en que la madeja de lana vuelva a recorrer el mismo camino pero diciendo algo positivo del compañero a quién le lance la madeja de lana.

DESARROLLO DE LA LECCIÓN:

1. ESTABLECER LA NECESIDAD:

Niños estamos finalizando nuestras sesiones de grupo, para ser mejores en nuestras habilidades sociales. Es importante que no las olvidemos y sigamos practicando.

En la escuela, en casa y con nuestros compañeros y maestros.

2. INTRODUCCION:

El orientador usa unos carteles, para explicar a los niños cómo se organizará la fiesta de cierre y le entregará a cada niño una tarjeta con sus atribuciones .

3. IDENTIFICAR LOS COMPONENTES DE LA DESTREZA:

El orientador recordará las destrezas, más importantes de cada sesión.

Colocará un sombrero a cada niño, en el cual estará escrita una destreza.

4. MODELAR LA DESTREZA:

En lugar de que el orientador modele las destrezas como en las sesiones anteriores, el niño demostrará la destreza que tiene escrita en su sombrero.

5. ENSAYO CONDUCTUAL:

Durante la celebración de cierre, cada niño demostrará con su actitud, si en

realidad aprendió las destrezas impartidas y es capaz de ponerlas en práctica, independiente de una lección dirigida. Todos los niños del grupo deben participar.

Observar el juego de roles, cómo interactúan, si lo hace correctamente, reforzar con frases como "Qué bien lo haces", "Me alegro que compartas", "Qué cooperador eres", al reforzar la conducta apropiada ser específico.

6. DISCUSION FINAL:

Reunir todo el grupo, comentar las destrezas que ellos identificaron. Seguidamente, entregarles un diploma de participación.

CONSIDERACIONES FINALES

1. El desorden deficitario hiperactivo de atención es un desorden heterogéneo de etiología desconocida, ocurre en muchas personas, usualmente con otro tipo de condiciones.
2. Existe un fuerte componente genético en la mayoría de los casos.
3. Los síntomas tienden a existir de por vida, pero pueden variar con el tiempo. A menudo forman parte de problemas de aprendizaje y algunos desórdenes neurobiológicos.
4. La tríada clásica de los síntomas incluye: Hiperactividad, impulsividad e inatención.
5. La hiperactividad se manifiesta por la inhabilidad de estar tranquilo.
6. Los niños con DDAH en cuanto a su desenvolvimiento social, constantemente tienen diferencias para llevarse bien con otros.
7. Según Popper (citado por Parker, 1996) existen otros desórdenes psiquiátricos como ansiedad, depresión o problemas bipolares que pueden ocurrir en niños y adolescentes, que podrían ser dificultades de atención pero que no lo son.
8. La prevalencia del trastorno de dificultades de atención se sitúa en el 3 a 5 % en niños de edad escolar.

9. Existen varias teorías acerca de DDAH, pero ninguna ha sido completamente probada y aceptada y algunos casos no caen dentro de estas teorías.
 10. Este desorden se relaciona con una inhabilidad generalizada para organizar las conductas ante eventos tanto presentes como pasados.
 11. La pérdida de la inhibición los hace ser inmaduros.
 12. El tratamiento ideal consiste en intervención educativa, apoyo psicoterapéutico y muchas veces farmacoterapia.
 13. El entrenamiento grupal en Destrezas sociales instruye sobre la ejercitación de determinados comportamientos que facilitan la socialización.
 14. A menudo los niños con dificultades de atención, necesitan de cierto entrenamiento en relación a específicos comportamientos sociales, tales como el mantenimiento de un apropiado contacto visual, iniciar contactos con otros de forma apropiada, participar en juegos, etc.
 15. Se hace evidente la necesidad de que padres, educadores y colegio participen en conjunto para que el niño que padece el trastorno desarrolle habilidades y hábitos de trabajo que sean útiles y hasta necesarios para tener éxito tanto en la vida escolar como social y personal.
-

IV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders- Fourth
1994 Edition. Washington, U.S. A, American Psychiatric Association.
- Attention Deficit Hiperactivity Disorder. Decade of the Brain. National Institutes Of Mental
1994 U.S. Government Printing Office, Washington, D. C.
- Barkley R. Hiperactive Children. A handbook of Diagnosis and treatment.
1981 New York, U.S.A. Guilford Press.
- Barkley, R. Attention Deficit Hiperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and
1990 treatment ,New York ,U.S.A., Guilford Press.
- Barkley R. Attention Deficit Hiperactivity Disorder . A handbook for diagnosis and
1996 treatment. New York, U.S. A, Guilford Press.
- Barkley, R. ADHD and the nature of self control. New York, U.S. A. , The Guilford
1997 Press.
- Barkley, R. Taking Charge of ADHD. The Complete Authoritative for Parents. New
1995 York , U. S. A , Guilford Press.
- Barkley, R.M y B Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Un manual de
1998 trabajo clínico. New York , Guilford Press.
- Baren, M. Hiperactivity and Attention Disorders in Children .Editor Medical Board
1994 San Ramón California, U. S. A. , Hin, Inc. The Health Information
Network.
- Biederman, J. "Desorden Deficitario Hiperactivo de Atención: Una perspectiva"
1998 Suplemento Clínica de Psiquiatría # 59. U.S. A.
- Blechman, E. Cómo Resolver Problemas de Comportamiento en la Escuela y en
1990 Casa . Primera Edición. Barcelona, España., Ediciones CEAC.

- Brigman, E. Group Counseling. For School Counselors. A practical Guide
1991 U.S.A., J. Weston Walch, Publisher. Cantwell, D.
- 1996 Attention Deficit Disorder: A review of the past 10 years. American
Academy of Child and Adolescent Psychiatry. U.S.A California
35:8 August / 96.
- Carreras, E. Cómo Educar en Valores 4ª. Edición Madrid., España. Ediciones Marcea
1997
- Curwin, C. Como fomentar los valores Individuales. Tercera Edición. Barcelona,
1989 España., Ediciones CEAC,
- CH.A.D.D. A World of Understanding: ADHD Issues & Answers. 10 th. ANNUAL
1998 CH. A. D. D. International Conference. New York., U. S. A.
- Copeland, L. Attention without Tension. A theacher's Handbook on Attention
1992 Disorders. 2ª. Edition. Atlanta, Georgia. U.S. A. 3 C's of Childhood, Inc.
- Feingold, B. Why yours child is hiperactive Nueva York U.S.A. Random House.
1975
- Gargallo, B Hijos hiperactivos. Primera Edición. Barcelona, España., Ediciones
1991 CEAC.
- Godman, H. Psiquiatría General . 4ª. Edición. México, México., Editorial Manual
1996 Moderno S. A.
- Lerner, J. Leaming Disabilities. Theories, Diagnosis and Teaching Strategies. Boston,
1985 Houghton Mifflin Company.
- Morganett, S. Skills for Living. Research Press. Illinois U.S. A.
1990
- Mannix, D. Social Skills Activities. For Children. New York U.S. A. Simon &
1993 Schuster Company.

- Miller, J. Your Child Needs a Champion. First Edition. J.M.A. Publications, Lebanon
1997 PA. U.S. A.
- A.Pfiffner, J. All About ADHD : The complete practical guide for classroom teachers.
1996 New York , Scholastic Inc., U.S. A.
- Parker, H. The ADD Hiperactivity Handbook for Schools. Second Edition. Plantation
1996 Florida. U.S. A.
- Rief, S. How to Reach And Teach ADD / ADHD Children. Practical Techniques
1993 strategies, and interventions for helping children with attention problems
 and hiperactivity. New York:Simon & Schuster.
- Shore, K. Special Kids.Problem Solven.,U.S:A: Prentice Hall. A Simon & Shuster
1998 Company.
- Sosin, D Attention Deficit Disorder. Westminster California., U.S. A. Theacher
1996 Created Materials,Inc.
- Tanner, H. ADHD a Guide for families. Pittsburgh, U.S. A. , Clinical Tools Inc.
1998 Pittsburgh, P A U.S. A.
- Taylor, E. El Niño Hiperactivo Editorial Martínez Roca. España
1991