

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON Y SIN
HIPERACTIVIDAD, LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS Y FACTORES DE
ÉXITO PARA LA MEJORÍA DEL TRASTORNO**

Javier Patricio Dávila Guerra

Ana María Viteri, Ph.D., Directora de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Licenciado en Psicología

Quito, mayo de 2014

Universidad San Francisco de Quito

COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad, la Utilización de Fármacos y Factores de Éxito para la Mejoría del Trastorno

Javier Patricio Dávila Guerra

Ana María Viteri, Ph. D.
Directora de Tesis

Lellany Coll, Ph. D.
Miembro del Comité de Tesis

Jorge Flachier del Alcázar, Dr.
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández Salvador, Ph. D.
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2014

© DERECHOS DEL AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Javier Patricio Dávila Guerra

C. I.: 1714208244

Fecha: Quito, mayo de 2014

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre ya que siempre ha sido una inspiración. A mi madre quien con sus consejos me ha sabido guiar a través de mis años. A mi hermano quien me ha sabido transmitir su conocimiento desde que yo era un niño. A mi hermana quien ha sido un ejemplo por su constancia en los objetivos que se ha propuesto. A Verónica Terán por estar siempre pendiente del avance de este trabajo a Camila Villacrés porque me supo motivar para finalizar la tesis. A mis amigos por siempre tener un hombro en el cual apoyarme y a todos mis profesores quienes me han impulsado a querer aprender más.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a cada una de las personas que he conocido a lo largo de mi vida y que han contribuido de una u otra forma a que desee ser una mejor persona.

RESUMEN

Esta tesis cualitativa se desarrolló con la intención de encontrar estrategias cognitivas y conductuales para mantener bajos los síntomas del trastorno de déficit de atención (TDAH) en niños de entre 8 a 11 años de edad. Por esta razón se reclutó a 8 representantes de niños diagnosticados con el trastorno de la escuela Joel Ostín a quienes se les proporcionó una entrevista con un tiempo estimado de 30 minutos. El propósito de la entrevista era encontrar qué actividades realizaban sus representados para mantener la impulsividad, hiperactividad y la inatención bajas.

Los requisitos para participar del estudio son 1. El niño participante debe ser diagnosticado con TDAH, 2. Debe tener entre 5 a 11 años y 3. Pertenecer a la institución. La entrevista fue realizada telefónicamente con lo cual no hubo ningún contacto personal con los sujetos.

La entrevista se divide en dos partes. La primera, consiste en preguntas que van encaminadas a obtener información sobre la historia académica y social, con lo que se busca patrones típicos del trastorno. La segunda parte, son preguntas sobre las estrategias mentales o comportamentales que el niño usa y le ayudan a manejar el TDAH.

Los resultados mostraron que la mayoría de sujetos utiliza algún tipo de medicamento, ha tenido o tiene actividades extracurriculares y que un mayor número de casos utiliza estrategias que involucran actividad físicas como fútbol, natación, atletismo, entre otras para manejar el TDAH. Sin embargo, existe un menor número de sujetos que usa la meditación, oración a pesar de la eficacia de estos métodos.

ABSTRACT

This qualitative study was developed with the objective to find cognitive and behavioral strategies that can keep the symptoms from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) low in kids ranging from ages from 8 to 11 years old. For this reason, 8 parents from kids diagnosed with ADHD from the Joel Ostin school participated for an interview that lasted about 30 minutes. The purpose of this interview was to find what activities were utilized by the kids to keep the impulsivity, hyperactivity and inattention low.

The requirements to participate for this study were, first, that the kid needed to be diagnosed with ADHD; second, it had to have between 5 and 11 years old; and third it had to attend to the Joel Ostin school. The interview was done by phone with which there was no personal contact with the subjects.

The Interview was divided in two parts. The first part consisted of questions that intended to find information about the academic and social history from the kid which could show typical patterns from the deficit. The second part were questions about the mental or behavioral strategies that the kid used to help him manage his ADHD.

The results showed that the majority of subjects used some type of medicine, practiced an extracurricular activity and that most of them uses strategies that use physical activity like soccer, swimming and athletics among other physical activities to modulate their ADHD. However, there was only a small group of subjects that used meditation and praying as a strategy to control their ADHD even though in literature these methods appear as having an important efficacy among these kids.

TABLA DE CONTENIDO (NIVEL 1)

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
TABLAS.....	9
FIGURAS	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	10
Antecedentes	10
El problema	13
Hipótesis	14
Pregunta(s) de investigación.....	14
Contexto y marco teórico	15
Definición de términos (Nivel 2).....	16
Presunciones del autor del estudio	16
Supuestos del estudio	17
REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
Géneros de literatura incluidos en la revisión	18
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	18
Formato de la revisión de la literatura por temas	18
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
Justificación de la metodología seleccionada.....	40
Herramienta de investigación utilizada	42
Descripción de participantes.....	42
Fuentes y recolección de datos	43
ANÁLISIS DE DATOS (Nivel 1)	44
Detalles del análisis	44
Importancia del estudio	50
Resumen de sesgos del autor	51
CONCLUSIONES	52
Respuesta(s) a la(s) pregunta(s) de investigación.....	52
Limitaciones del estudio).....	56
Recomendaciones para futuros estudios.....	57
Resumen general.....	58
REFERENCIAS	59
ANEXO A: Título	65

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Hoy en día, el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), afecta alrededor del tres a siete por ciento de la población escolar (Caballo, 2008). Se considera que aproximadamente el 25% de aquellos que presentaron un diagnóstico de TDAH en su niñez, continúa presentando síntomas en los primeros años de adultez (Young y Bramham, 2009).

A pesar de que se ha encontrado que la prevalencia del (TDAH) disminuye con la edad, se conoce que ciertos síntomas como la impulsividad, desorganización y problemas con la planificación pueden continuar durante la adultez (Young & Bramham, 2009).

Es así que esta tesis busca estrategias para manejar uno de los trastornos psicológicos más comunes en los niños y menos conocidos del país, el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). La investigación se centra en las causas, tratamientos y pronósticos del trastorno. Siendo el segundo, el pilar fundamental de la tesis. Para esto se recluto a 8 representantes de niños con TDAH para una entrevista semi estructurada. La importancia de la investigación recae en proporcionar información sobre el trastorno y sus posibles tratamientos a personas con el trastorno, sus cuidadores y a la sociedad en general.

Antecedentes

En 1902 George Still y Alfred Tredgold, escogieron a un grupo de niños y detallaron los síntomas que observaron en niños con TDAH : falta de atención, hiperactividad, aprendizaje y trastornos de la conducta. Con estos síntomas llegaron a

definir el trastorno como “defectos en el control moral” (Gratch, 2009). Los autores también concluyeron de que la incidencia del trastorno era mayor en niños que en niñas (Gratch, 2009).

Historia del TDAH.

El TDAH ha tenido varios nombres desde sus comienzos hasta la actualidad. Aproximadamente durante 60 años se presentaron niños con diferentes dolencias causadas por la exposición al plomo, encefalitis, epilepsia, entre otras, que desembocaban en síntomas conductuales (Fejerman, 2014). En los años 50 y 60 los especialistas atribuyeron el término de “daño cerebral mínimo” a estos niños, debido a que aquellos con este trastorno no presentaban evidencia de lesiones o daño cerebral, pero sí de la conducta. Paralelamente en los años 50 Fejerman (2010) hablaba del “trastorno Hiperkinético Impulsivo”, que posteriormente se lo denominaría “Síndrome Hiperkinético” y en la década del 60 “síndrome de niño hiperactivo” (Fejerman, 2010). En 1968 *el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Volumen 2 (DSM II)*, por sus siglas en inglés, presentó un nuevo trastorno al que llamaron Reacción Hiperkinesia (Fejerman, 2010). La sintomatología hallada en niños con estas características hizo que, 12 años después, se cambiara el nombre a Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, en el DSMIII (Consejo General de Colegios, 2010). El cambio de nombre se dio porque los investigadores se enfocaron en los síntomas más plausibles que son la hiperactividad e inatención (Fejerman, 2010).

Tipos de TDAH

El TDAH es una condición que se divide en cuatro tipos: con predominancia en hiperactividad, inatención, el combinado, y el último, el no especificado (Young y Bramham, 2009).

El primer tipo de TDAH, con predominancia en Inatención, dificulta a la persona para concluir con un deber o tarea, además de organizar las ideas y los elementos necesarios para cumplir con el objetivo (Center of Disease Control, 2013). La segunda categoría de TDAH con predominancia en Hiperactividad se observa en personas que hablan muy rápido o tienen comportamientos impulsivos, se están moviendo constantemente y realizando actividades que involucran mucha agitación (CDC, 2013). La tercera forma es el Combinado, aquí los síntomas descritos anteriormente se encuentran en la misma persona (CDC, 2013).

Usualmente por los síntomas que presentan, estas personas tienen dificultad con seguir órdenes o instrucciones. En algunos casos no pueden continuar una conversación y con frecuencia estos sujetos suelen auto flagelarse, esto último puede ser causado por la impulsividad (CDC, 2013).

La cuarta forma de TDAH es el no Específico, la persona posee casi todos los síntomas, pero no cumple con los suficientes para ser diagnosticado (Young & Bramham, 2009).

El TDAH como lo describe Vicente Caballo y Miguel Simons en el *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*, produce en la conducta de quien lo posee comportamientos de impulsividad, hiperactividad e inatención. Lo que lleva en muchas ocasiones a tener conductas peligrosas; por ejemplo, consumo de sustancias - alcohol, marihuana y otros productos psicotrópicos (Caballo & Simóns, 2008). Además de la dificultad para concentrarse y terminar con una tarea (2008). De igual forma la tolerancia de estos sujetos es menor a la común en otros niños, por lo que hay menor control Emocional que lleva a un comportamiento socialmente indeseado (Caballo & Simóns, 2008).

La impulsividad también afecta la posibilidad de trabajar bajo recompensas. Debido a que los niños con TDAH presentan una forma agitada de actuar y es más difícil de manejar sus acciones y emociones, tienen dificultad para aprender por recompensa (Caballo, 2008). En cuanto a la regulación emocional el Doctor Russell Barkley en su conferencia relacionada al tema, habla de la importancia de normalizar la respuesta emocional y encontrar una vía socialmente aceptada para expresarla (Barkley, 2010). Para, por una parte disminuir los sentimientos de culpa del niño y por otra enseñarle estrategias de adaptación a la sociedad.

El problema

En el Ecuador, no existe un estudio estadístico de personas con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. A esto se suma la limitada capacidad de acceso a información sobre tratamientos o psicoeducación a personas con TDAH sin importar la edad. Debido a que este trastorno es muy poco difundido, las personas no conocen sobre los problemas que se generan y por consiguiente no buscan información acerca de los tratamientos que pueden ayudar con la resolución del problema. Es así, que por falta de conocimiento, los cuidadores de los pacientes consideran a estos como personas especiales, pero también como holgazanes, rebeldes o vándalos, lo que pueden llevar a un mal trato que afecte directamente su autoestima y a futuro genere problemas que agraven la situación.

Hipótesis

Hipótesis de la Causa del Problema

La hipótesis del problema se fundamenta en que la ausencia de información sobre TDAH en el Ecuador, la falta de datos o medios que proporcionen información a personas o familiares interesados en aprender sobre el tema es casi inexistente. A nivel nacional, no se hallan estadísticas y mucho menos planes de trabajo estatales. Existen sectores privados que conocen del trastorno y han desarrollado formas de trabajarlo, sin embargo, los datos sobre los métodos más efectivos para contrarrestar los síntomas del trastorno no son expuestos.

Hipótesis de Solución

Mediante la educación sobre el trastorno, su incidencia, duración, sintomatología y tratamientos, proveer el conocimiento a individuos relacionados a este déficit, ya sean padres, profesores o terapeutas para intervenir y beneficiar a la persona diagnosticada con TDAH.

Preguntas de investigación

¿En qué forma se puede usar este trabajo para que a través de entrevistas se pueda encontrar puntos cruciales para facilitar el manejo del trastorno?

1: De las estrategias sugeridas en la literatura, ¿Cuáles son utilizadas por una persona con entre 5 y 11 años diagnóstico de TDHA para mantener bajo control o manejar las dificultades particulares generadas por la sintomatología de su trastorno dentro de un aula?

2: ¿Cuáles son las estrategias usadas más frecuentemente?, ¿cuáles estrategias parecen dar los mejores resultados?

3: ¿Existen estrategias que no menciona la literatura que las personas con este trastorno utilizan?

4: ¿Cuáles son las estrategias que usan los padres para ayudar a sus hijos con TDAH?

Contexto y marco teórico

Es importante considerar que dentro de esta tesis se busca estrategias cognitivas y conductuales que ayuden a los niños con TDAH de la escuela Joel Ostin a manejar su trastorno. El enfoque utilizado para este estudio es de una perspectiva de observación donde se pueda encontrar la correlación que existe entre una actividad y la disminución de los síntomas. El marco teórico se fundará en las diferentes terapias estandarizadas para el manejo del TDAH como las de Young- Brahman y Mel Levin además de información que gira en torno a meditación o actividad física. Estos autores tienen vasta experiencia en la temática del TDAH por lo que se los considera pilares importantes del marco teórico.

El propósito del estudio.

El propósito del trabajo es agrupar las estrategias mentales y conductuales que se han visto en la literatura que benefician a los niños con diagnóstico de TDAH mayores a 5 años y pueden utilizar para mantener los síntomas del trastorno bajos. La razón primordial de esto es el categorizar los comportamientos que muestren mayor eficacia y proporcionarlos al público para su uso.

El significado del estudio

La información que se recolecta a través de entrevistas es importante porque proporciona información sobre que estrategias un niño realiza o puede hacer para mantener la sintomatología del TDAH baja. Esto puede ayudar a los padres, terapeutas, profesores y

al mismo niño a conocer métodos de tratamiento del trastorno. De esta manera se pretende, con este estudio, ayudar a los niños con TDAH a ser más funcionales en el contexto académico y social. Por último, se pretende aportar con investigación alrededor de este tema al país.

Definición de términos

Atención: La atención permite a la persona procesar información filtrándola y escogiendo qué elementos son necesarios para la adaptación al entorno (Arbieto, 2012).

Memoria: Es la capacidad de retener, seleccionar y manipular información que en algún momento ha sido adquirida (Klingberg, Forssberg & Westerberg, 2010). Así también, se define como un sistema que almacena información que puede ser usada posteriormente en un contexto determinado (Kofler, Rapport, Bolden, Sarver & Raiker, 2009). En la misma dirección, Ormrod (2005) conceptualiza la memoria como la habilidad de recuperar datos o información que se ha aprendido. Finalmente Carlson (2006), dice que la memoria es un elemento relativamente estable que permite recuperar información en el momento deseado.

Lenguaje: Para la Real Academia de la Lengua es un cúmulo de sonidos que se generan con el fin de comunicar algo en concreto (Rae. Es). El lenguaje es una adquisición que en principio es instintiva pero que producto de la sociedad o cultura se vuelve simbólica para de esta forma comunicarnos y entendernos mutuamente (Sapir, 2004).

Presunciones del autor del estudio

Se presume que los entrevistados contestaron de manera fiable y con el conocimiento sobre sus representados. Para este estudio se presume también que todos los participantes poseen diagnóstico de TDAH. Se presume que la entrevista no contradecía

creencias religiosas ni culturales. Por estas presunciones, se espera que no existirá alteración en los resultados.

Supuestos del estudio

Esta tesis supone que cada individuo diagnosticado con TDAH posee una actitud y/o comportamiento que disminuye la sintomatología en cierta medida.

Se busca conocer qué estrategias se han contemplado por los niños y los representantes de estos y el porqué. Se inicia el estudio presumiendo que cada individuo posee esquemas de comportamiento que determinan que estrategias le serán más útiles. Se busca encontrar que estrategias dan mejor resultado para el manejo del TDAH.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Las fuentes utilizadas son libros referentes al TDAH; entre ellos, Fisiología de la conducta de Neli Carlson (2006); TDAH en adultos. Una guía psicológica para la práctica (2009) de Susan Young y Jessica Bramham; Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente (2008) de Vicente Caballo y Miguel Ángel Simóns; Además de esto se tomaron publicaciones de los últimos 5 años de carácter científicos y ensayos de diferentes páginas de internet especializadas en el tema como el Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Los pasos que se realizaron en la investigación empezaron con la pregunta de investigación. Luego se buscó información y literatura referente al tema se realizó una lluvia de ideas, lo que consiste en realizar un listado de las ideas que van surgiendo y después depurar la lista hasta conseguir el tema deseado. Posteriormente surgieron ideas para las preguntas de la entrevista.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de la revisión se realizó por temas debido a que varios autores han escrito sobre el TDAH en diferentes años. Por esto, la revisión permite observar el trastorno desde diferentes momentos de la historia.

Causas y diagnóstico.

Genéticas.

La familia y la herencia genética, son pilares fundamentales para el desarrollo de este trastorno. La razón es que toda persona que padece este déficit tiene una alta posibilidad de que un antecesor lo tenga y por consiguiente el heredar a un descendiente (Carlson, 2006). Los trastornos del tipo psiquiátrico como la esquizofrenia o depresión mayor, también influyen en la aparición del TDAH, de echo cada uno de estos es un elemento que se suma para el mantenimiento del TDAH. De igual forma el tabaquismo influye en la aparición del trastorno (Durand & Barlow, 2007).

Causas Biológicas, Neuronales y Ambientales.

El estatus socio económico, la alimentación y el tabaquismo son causas ambientales que se observa tienen peso para la aparición de síntomas del trastorno (Barlow, 2007).

La biología del TDAH según Durand y Barlow (2007) gira alrededor del Ácido Gamma Aminobutírico (GABA), Noradrenalina y Serotonina así como el receptor de Dopamina 4 y el gen transportador y receptor de Dopamina 5. De igual forma las investigaciones demuestran que hay tres regiones cerebrales de menor tamaño en individuos con TDAH, los ganglios basales, vermis cerebrales y corteza frontal.

Edden, Crocetti, Zhu, Gilbert y Mostofsky (2011), realizaron una investigación con el fin de observar los niveles del neurotransmisor GABA, para esto reclutaron a niños de entre ocho a 12 años a quienes se les realizó un examen de resonancia magnética y encontraron que existe niveles menores de GABA en niños con TDAH.

Así también Volkow, Wang, Kollins, Wigal, Newcorn, Telang, Fowler y Zhu (2009), llevaron investigaciones con la dopamina realizando una tomografía por emisión de positrones para medir los receptores sinápticos. Lo que hallaron fue que en las personas

con TDAH existía una disminución en los marcadores sinápticos asociados a la inatención.

Otra investigación relevante es la de Qiu, Crocetti, Adler, Mahone, Martha, Denckla, Miller, Mostofsky (2009), en el cual los autores investigan si existe una relación entre la disminución de los ganglios basales y la estructura de estos. Los investigadores realizaron una resonancia magnética y observaron que el volumen y la forma de los ganglios basales eran de menor tamaño.

En estudios realizados sobre la estructura cerebral, se ha encontrado que existe un 8.3% menos de volumen en el encéfalo de estas personas (Mostofsky, Cooper, Kates, Denckla y Kauffman, 2002). En otros estudios que verifican el volumen sanguíneo de diferentes zonas se encontró que hay una disminución en el vermis cerebeloso y en los ganglios basales (Carlosn, 2006). De igual forma se halló una disminución en la cantidad de materia gris y blanca en los lóbulos frontales (Mostofsky y colaboradores, 2002). Estos hallazgos llevaron a la idea de que la disminución es lateralizada pues el lóbulo izquierdo tiene menor cantidad de materia blanca mientras que el lóbulo derecho presentaba menor cantidad de materia gris (Mostofsky y colaboradores, 2002).

Otras fuentes también indican una diferencia en el tamaño en estructuras del cerebro en individuos con TDAH. Por ejemplo, Krain y Castellanos (2006), en una investigación encontraron que el vermis cerebral y la corteza pre frontal son de menor tamaño en los casos con TDAH (Krain & Castellanos, 2006).

Causas Neurológicas

La dopamina es un neurotransmisor que se asocia directamente con cualquier tipo de placer, puede ser sexual, alimenticio, altruista, etc (Gratch,2009). Por esta razón al no secretarse las cantidades adecuadas de este trasmisor, la sensación de gratificación no

aparece, por lo que el sentimiento de motivación se no se presenta y a consecuencia de esto se pierde interés en la labor que se lleva a cabo (Gratch, 2009). Esto hace que las personas con TDAH, en su búsqueda constante de gratificación tengan actitudes impulsivas.

De igual manera, Luis Oscar Gratch en su libro “ El trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD) clínica, diagnóstico y tratamientos en la infancia, adolescencia y adultez (2009). Coincide en que la ausencia de ciertos neurotransmisores en algunas zonas cerebrales genera este trastorno. Existe evidencia para creer que un déficit de dopamina en el lóbulo pre-frontales el causante de síntomas como el control motor, atención, regulación emocional, entre otras (Gratch 2009).

El trastorno, desde su clasificación en 1968 hasta la actualidad ha tenido algunos descubrimientos. Uno de los últimos, publicados en el 2010 por Vall d´Hebron, indica que existe un gen LPHN3 el que posee un 70% de la población con TDAH y que puede ser el causante de que este sea perdurable a lo largo de la vida (2010).

Diagnóstico.

El siguiente Criterio Diagnóstico para el TDAH, enlistado a continuación, es una traducción de los criterios diagnósticos publicados en el National Collaborating center for mental health (NCCMH) (NCCMH, 2009):

Seis (o más) de los siguientes síntomas de falta de atención que hayan persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en la relación con el nivel de desarrollo.

Falta de atención

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.

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

A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

Ha menudo no sigue instrucciones o no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamientos negativitas o incapacidad para comprender instrucciones).

Ha menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

Ha menudo evita, le disgusta o es renuente a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

Ha menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas.

Ha menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

Ha menudo es descuidado con las actividades diarias.

Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en la relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

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

Ha menudo abandonan su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

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

Ha menudo tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

Ha menudo está ocupado o suele actuar como si estuviera impulsado por un motor.

Ha menudo habla en exceso.

Impulsividad

A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber terminada las preguntas.

Ha menudo tiene dificultad para esperar su turno.

Ha menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

B) Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de falta de atención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas están presentes en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela y en casa).

D) Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno sicótico, y no se explican por la presencia de otro trastorno mental.

Diagnóstico diferencial.

Este último eje tiene como finalidad descartar trastornos psicológicos con sintomatología similar. El Manual de Diagnóstico Estadístico o DSM IV, por sus siglas en inglés, tiene las siguientes pautas: No debe existir en paralelo trastorno autista u otro desorden psiquiátrico. Además, el déficit no debe ser mejor explicado por la presencia de otro desorden mental; como por ejemplo, trastorno de ansiedad, afectivos y de personalidad (NCCMH, 2009, p. 18-22).

Es importante realizar un estudio individual donde se observe si hay problemas en el aprendizaje, desordenes motores, neurales, bipolaridad, síndrome de Tourette`s, autismo, problemas de ansiedad, afectivos, desordenes de personalidad y limítrofes (NCCMH, 2009). También es importante tomar en cuenta factores como el estrés, consumo de sustancias en la familia, tolerancia a la presión social, instrucción, estatus social (NCCMH, 2009).

Con el fin de determinar que una persona posee TDAH, es importante realizar un test aprobado por la Asociación Americana de Psicología (Low, 2008). Además, se debe recurrir a entrevistas clínicas que rememoren la vida del paciente de forma integral, para así observar puntos básicos del trastorno como la impulsividad e hiperactividad (Young & Bramham, 2009). También, es necesario hacer preguntas que giren en torno a posibles causas de su conducta, condiciones médicas y psicológicas, si tiene dificultades al aprender y que situaciones ambientales pueden agravar el problema o mantenerlo (Low, 2008).

Subsección de instrumentos:

Es importante guiarse por baterías psicológicas que evalúen inteligencia y atención. Para esto, se pueden usar pruebas como la “La Escala de inteligencia de Wechsler para niños” (WAIS) que se trata de reactivos dirigidos a la atención y comprensión verbal (Young & Bramham, 2009). Es importante también usar el WISC, un instrumento de alta validez que mide el nivel cognitivo de la persona. Otro test que puede ser usado es el Wender-utha, que contiene 25 items que se miden de cero a cuatro, tiene una validez y confiabilidad alta para diferenciar a los adultos que tienen TDAH de aquellos que no tienen (Young & Bramham, 2009).

A esto se suma la escala de calificación de CONNERS, que permite dar un auto informe y a partir de esto diagnosticar el trastorno. Se utiliza para detectar síntomas y conductas relacionadas al TDAH, Se funda en cuanto sub-escalas que son:

Oposicional: Se encarga de medir si la persona desafía la autoridad o es irritable con facilidad para su edad (Ramos 2008).

Problemas de cognición y destructibilidad: Esta sub-escala mide la capacidad de aprendizaje, orden del trabajo, y focalización en las tareas por largos lapsos de tiempo (Ramos 2008).

Hiperactividad: Mide si la persona puede estar en un lugar de forma calmada y tranquila, se mide así mismo la impulsividad (Ramos, 2008).

Índice de TDAH: esta sub-escala ayuda al terapeuta a asegurarse si el paciente está dentro del trastorno, para lo que tiene una base de 65 puntos para clasificar al paciente (Ramos, 2008).

También existe la escala de TDAH de Brown que permite evaluar el déficit de funcionamiento ejecutivo. En resumen identifica la planificación laboral, enfoque de tareas, alternación de tareas y regulación del estado de ánimo (Young y Bramham, 2009).

Para Gratch (2009), es importante usar los test de Detroit que se divide en la atención de secuencia de palabras y el de atención visual de objetos. El primero tiene que ver con la audición, mide la memoria y atención. Y el segundo muestra diferentes objetos con intervalos de un segundo, el niño debe decir la secuencia exacta de lo que mira.

Además existen otros test que son útiles para el diagnóstico que se describen a continuación.

Test de diagnóstico de Gordon: es una batería de evaluación electrónica que mide la atención e impulsividad. Aquí la persona debe presionar un botón cada vez que aparece el

número uno y luego el número nueve. En caso de ser muy pequeños debe hacerlo únicamente al aparecer el número uno (Gratch, 2009).

Test de los diamantes: El test de diamante sirve para evaluar la atención y la impulsividad. Consiste en mostrar una imagen con 140 diferentes figuras donde se las debe encontrar, aquí se mide el tiempo y la cantidad de errores. Esto sirve para evaluar la atención e impulsividad (Gratch, 2009).

Test del 592: al igual que el test de los diamantes, se presenta una tabla donde se debe encontrar la combinación 592 entre una serie de números (Gratch, 2009).

Tipos de tratamiento.

Tratamiento Farmacológico. La utilización de medicamentos se debe hacer con control y prescripción médica, asegurándose de que el trastorno lo amerite por la disfunción que causa, en este caso, hiperactividad, impulsividad e inatención (Young & Bramham, 2009). Se debe tener en consideración que existe un rango del 25% al 78% de eficacia, lo que implica que no todas las personas van a tener una mejora a causa del medicamento (Young & Bramham, 2009).

Estimulantes:

Los estimulantes son drogas que aumentan la actividad neuronal, desencadenando sensaciones de euforia, aumento de atención, de energía y concentración (National Institution Drug Abuse, 2009). La utilización terapéutica de estos hace que de forma progresiva se eleven los niveles de dopamina para así conseguir mayores periodos de atención, concentración y quietud (National Institut on Drug Abuse, 2009). En 1937, investigaciones llevadas por Bardley mostraron la reducción de hipercinesia y aumento de nivel intelectual luego de la utilización de estimulantes (Gratch, 2009).

Los medicamentos poseen dos tipos de liberación de su sustancia, la de acción rápida y la de acción lenta. La primera, tiene un rango de eficacia entre 20 y 30 minutos y posee una duración de una hora y con un tiempo de disminución de su efecto de entre tres a cuatro horas (Young & Bramham, 2009). Las pastillas de liberación lenta eliminan la sustancia en un menor periodo. Las ventajas de estas son que la persona puede dejar de estar a todo momento pendiente de ingerirlas, pues como es de liberación lenta se puede permitir la discontinuidad del medicamento (Young & Bramham, 2009).

Generalmente el Metilfenidato y la Dexanfetamina son los estimulantes más usados y forman parte importante dentro del tratamiento (Soutullo & Mardomingo, 2010). El Metilfenidato funciona mediante el bloqueo del transporte de dopamina (DT) y evita que se recapture la dopamina (DA); de esta forma se acumula la DA y la noradrenalina (NA) y hay disminución de receptores D2 lo que hace que exista un aumento de dopamina (Soutullo & Mardomingo, 2010). El metilfenidato es un estimulante, también conocido como Concerta, Ritalin y Metadate CD, que modifican el funcionamiento del cerebro (The Royal Australasian College of Physician, 2009). La razón de este fenómeno es la cantidad de Norepinefrina y Dopamina (dos neurotransmisores comunes en el cerebro humano) que aumentan en zonas destinadas para el control, inhibición y atención (The Royal Australasian College of Physician, 2009).

El consumo de este medicamento para diversos trastornos y/o enfermedades es extenso. En particular para el TDAH la utilización de medicamentos como el Ritalin durante el 2008 se incrementó conforme aumentaba la edad del paciente. Por ejemplo, de 1.6%, 2,9% y 3,4% para aquellos que se encontraban en octavo, décimo y doceavo grado respectivamente (Nida.gov, 2009). Aunque la forma de consumo más conocida para el

Metilfenidato es a través de pastillas o píldoras, se producen también en parches que se comercializan con el nombre de Daytrana que se colocan sobre la piel (Eutimia, 2006).

Otra forma de realizar terapia a través de fármacos es por medio de inhibidores selectivos de la recaptura de Noradrenalina (Eutimia 2006). Uno de los últimos fármacos producidos es Medikinet. Este compuesto hace efecto durante ocho horas y está dividido en dos tipos de metilfenidato, la primera son pellets de color azul que permiten la liberación del medicamento durante las ocho horas mencionadas y los pellets de color blanco que se liberan inmediatamente se ingiere el medicamento (Ángel, 2006).

Un estudio realizado por los Drs. Rosario Rosales, Marcela Paredes, Ignacio Letelier y Husar Sarce S, en el que se seleccionó dos grupos, uno pediátrico con seis participantes y otro que consistía de dos adultos, se encontró que el Metilfenidato mejora el nivel de atención en el primer grupo. Así también tuvieron un mejor desempeño en las pruebas de inhibición motora (Rosales y colaboradores, 2011).

A pesar de que el consumo de Metilfenidato tiene mejoras a corto plazo en la conducta de las personas con el trastorno, se ha encontrado que a largo plazo existe el riesgo de problemas vasculares o derrame cerebral (FDA 2011). En dos estudios recientemente publicados se enfatiza que existe un riesgo cardiovascular al consumir estos medicamentos, aunque los hallazgos mostraron presencia de infarto o derrame cerebral no se considera un riesgo elevado como para prohibir o eliminar el consumo de estos fármacos (Rosales y colaboradores, 2011).

Anfetaminas.

De igual manera otros medicamentos que suelen usarse en el trastorno de atención son las anfetaminas: Adderall, Adderall XR, Vyvanse, Dextrostat y Dexedrine. Estos actúan de forma similar a los Metilfenidatos (Teens helth, 2009).

Como todo medicamento, los usados para el TDHA no quedan exentos de efectos secundarios, sobre todo cuando existe exceso o abuso de los mismos. Entre los síntomas piramidales están el aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, temblores, paranoia, respiración irregular entre otras (Teens helth, 2009). Así también, se presenta irritabilidad gástrica, falta de apetito, depresión y migrañas (Gratch, 2009).

Para la administración del fármaco se debe confirmar la presencia del trastorno y cuáles son los síntomas que se presentan. Además, se debe entender hasta qué punto es beneficioso la administración del mismo (Gratch, 2009).

Entre un 40 a 70% de los niños diagnosticados con TDAH tienen una recuperación durante la adolescencia, dato que debe ser tomado en cuenta para proporcionar o no medicamentos (Gratch, 2009).

Es importante que para administrar estos debe ser de forma progresiva y dependiendo el caso. Sin embargo, para determinar cuándo discontinuar la administración del fármaco, debe existir disminución en gran parte de los síntomas, debe haber alcanzado el máximo de dosis del fármaco y/o se debe presenciar efectos piramidales (Gratch, 2009).

Los fármacos son un elemento importante al momento del tratamiento, a pesar de que su eficacia es alta, existen también métodos menos invasivos para ayudar a la persona.

Terapia ocupacional.

Es la disciplina que se dedica a dar herramientas a las personas con cierta discapacidad para que puedan cumplir tareas comunes o rutinarias. En el caso de niños con problemas de aprendizaje, se les da instrumentos para que puedan participar de forma plena en clase (AOTA, 2013).

Yochaman, Parush y Ornoy (2004), realizaron un estudio con el propósito de observar si existía un déficit en el procesamiento sensorial. Para esto se reclutaron a 48 madres de niños de cuatro a seis años de edad diagnosticados con TDAH y a 46 madres de niños sin el trastorno. Se les entregó el cuestionario de perfil sensorial (SP) para que evaluaran a sus hijos. Los resultados informaron, que los niños con TDAH tienen mayor probabilidad de poseer un déficit en el procesamiento sensorial (Yochman y colaboradores, 2004).

Meditación como terapia.

Una técnica importante que puede ser usada durante terapia y que posteriormente puede seguir siendo practicada para prevenir recaídas, es la meditación; actividad que busca la concentración o focalización de la persona (Grosswald, Stixrud, Travis & Bateh, 2008). Diferentes filosofías como la ZEN o el budismo buscan que la persona haga conciencia de lo que ocurre consigo y en su entorno (Grosswald y colaboradores, 2008). En esta actividad es importante tener presente lo que está viendo la persona. La meditación usada para el TDAH se trabaja dos veces por día con una duración de 10 a 20 minutos (Grosswald y colaboradores, 2008).

Lo que se busca mientras se medita es estar presente y sentir cada sensación y emoción que tiene la persona, así también ser consciente de qué es lo que ocurre con el cuerpo (Grosswald y colaboradores, 2008). Los efectos físicos de esta son la disminución del ritmo cardíaco, respiración y circulación sanguínea, relajación muscular, también se ven afectados (Grosswald y colaboradores, 2008).

Existen diferentes métodos de meditación:

Mantra: Se basa en la focalización y permite a la persona concentrarse en un solo objeto. A largo plazo se logrará controlar el estado mental (Krisanaprakornkit, Ngamjarus, Witoonchart & Piyavhatkul, 2010).

Mindfulness: Permite al paciente experimentar detalladamente sus sensaciones y percepciones, el objetivo es no tener reacciones espontánea ante situaciones imprevistas (Krisanaprakornkit y colaboradores, 2010).

El estudio realizado por Gosswald (2008) tomó a estudiantes entre 11 y 14 años con diagnóstico de TDAH y encontró que al meditar la función ejecutiva tenía un mejor desempeño, así como la atención, estabilidad emocional y había una disminución en la ansiedad .

Se ha encontrado que la práctica de meditación es beneficiosa para el manejo de los síntomas del TDAH es así que se ha encontrado evidencia como la presentado a continuación.

Tai- chi: En la investigación llevada a cabo por Hernández, Field y Thimas (2011), se reclutó a 13 adolescentes diagnosticados con TDAH, y se les hizo practicar Tai-chi dos veces por semana durante cinco semanas. Al cabo de 10 sesiones de tai-chi, los adolescentes mostraban menos ansiedad, divagaban menos y su hiperactividad se había reducido. Sin embargo durante las dos semanas siguientes en las que no hubo práctica, los síntomas regresaron (Hernández y colaboradores, 2001).

Métodos de educación. La forma como se educa puede ser un peldaño importante para el manejo del trastorno, por esta razón, Daniel T. Willingham en su escrito *MIND OVER MATTER A popular pediatrician stretches a synapse or two*. Menciona a Mel Levin y resalta la importancia de su trabajo y las medidas que se pueden tomar respecto a niños con cierto número de discapacidades entre ellas el TDAH y propone estrategias

como proveer de una lista en la que el niño puede usar en el momento de la prueba y ayudarse con esta a lo largo del examen. Así también, es importante comunicar a sus compañeros la razón de porque el niño con disfunciones tiene estas acomodaciones (Willingham, 2005).

Del mismo modo, Los escritos de Levin dejan en claro que la educación debe ser individualizada y que los padres deben cambiar el sistema familiar para facilitar el manejo del trastorno (Willingham, 2005). En las escuelas o colegios se puede observar diferentes tipos de estudiantes, algunos más organizados que se cuestionan como pueden hacer mejor su trabajo, por otro lado se encuentran aquellos que simplemente dejan fluir su mente y hacen el trabajo a medida que aparecen las ideas (Levin, 2007).

Es importante educar a los profesores sobre este trastorno ya que disminuiría el estrés al momento de enseñar, pues entenderían las limitaciones del estudiante y verían la manera de potencializarlo, además pueden ayudar al estudiante en su nivel educativo, factor que beneficiaría la recuperación (MacKay & Corkum, 2006).

Mel Levine (2007), muestra que muchos estudiantes se frustran en la universidad, pues sienten que en sus años de colegio los estudiantes no aprovecharon el tiempo o que simplemente no les enseñaron lo adecuado, piensan que no fueron aptos e incluso que no tuvieron la capacidad para asimilar lo enseñado.

Aunque la investigación sobre cómo el conocimiento de padres y profesores es o no un aporte fundamental para la terapia y para el desenvolvimiento positivo para los niños, no es extensa, la evidencia sugiere que las opiniones y los conocimientos de los padres pueden tener un efecto favorable en terapia (MacKay & Corkum, 2006). Se considera importante educar al niño que padece del trastorno porque, de esta forma sus opiniones sobre sí mismo serán favorables, o al menos no autodestructivas, entenderán que les pasa y

que pueden hacer para suplir sus déficits (MacKay & Corkum, 2006). Se ha observado en talleres, como la desmitificación del trastorno en los niños ha sido eficaz al momento de aumentar su visión positiva. Por su parte los padres entienden mejor el trastorno y se sienten más competentes para sobrellevar el problema (MacKay y Corkum, 2006). Sin embargo, es importante indicar que no importa cuánto saben los padres sobre el TDAH, parece no haber una correlación entre mayor conocimiento paterno, materno y mayor conocimiento de los niños (Levin, 2002).

Varias investigaciones muestran que entre más sabe la persona sobre el trastorno mejor es la autovaloración que tiene. Por ejemplo: MacKay y Corkum (2006) se centran en observar como los niños con conocimiento sobre el TDAH tiene mejor opinión sobre sí mismos. Además de que los niños con conocimiento en el trastorno serán más conscientes de cómo este afectará a sus vidas (MacKay & Corkum, 2006). Así también, se dieron cuenta de que los adultos son importantes y los pueden ayudar con el problema.

Mel Levine (2002), hace una importante reflexión sobre los profesores en su libro *a Mind at Time*, al mencionar que ellos deben ser la línea frontal del desarrollo de la mente y el aprendizaje, pues estos al tener la suficiente información y entender o conocer como cada estudiante aprende, pueden generar ideas sobre cómo enseñar. También menciona que el profesor debe ser como un entrenador, entendido en términos de disponibilidad para el estudiante, guiándolo y enseñándole no por un periodo corto, sino de involucramiento dentro y fuera de la escuela (Levine, 2002)

Otro punto fundamental es el compromiso parental, porque los niños al pasar gran parte del tiempo con ellos asimilan sus valores, comportamientos, actitudes y opiniones. Para empezar, se debe tener claro que los niños son seres independientes a los padres, que

tienen adversidades que deben superarlas preferiblemente con apoyo de sus principales cuidadores, pero no por estos últimos (Levin, 2002)

Algo interesante que Levin propone son los diferentes tipos de aprendizaje. Él considera que cada mente aprende diferente, de esta forma nos dice que la escuela es una zona segura donde el estudiante se arriesga a poner a prueba sus conocimientos y se anima a adquirir nueva información (Levine, 2002). Para Levine es importante eliminar las “prácticas dañinas”, según él las denomina así porque no solo afectan el autoestima del estudiante, sino su posterior rendimiento y su sentimiento de eficacia a nivel escolar. Estas prácticas se centran en reprobar el año y ejercer castigos que puede ir desde maltrato físico hasta quitar actividades que le gustan al estudiante y en las que se desempeña bien. Esto lo hacen con la excusa de que ahora va a poder concentrarse más en la actividad que tiene dificultad, sin embargo en la práctica, esto no es así. Lo que propone Levine es que se trabaje con las fortalezas, por ejemplo la música, y se ponga énfasis en las áreas donde no existe un buen desempeño, de esta forma el estudiante tiene más puertas de éxito (Levine, 2002).

Algo importante para Levine (2002) es fomentar el éxito motor, que trata de hacer que el niño se involucre en áreas donde su cuerpo es el protagonista, ya sea en musical, deportes, pintura, baile, entre otros. El fin es que tanto cerebro como cuerpo estén conectados para que el niño se sienta útil (Levine, 2002).

Además, un ambiente de creatividad es fundamental. Ya que ayuda al ego de los niños, una vez más, proporciona un autoestima elevada y por ende un buen nivel de eficacia (Levine, 2002). Levine resalta que muchos niños tienen un mundo de sentimientos y emociones que no pueden expresar, por esta razón, generar este ambiente de creatividad da al niño la oportunidad de demostrar o volver plausible lo que está sintiendo

y así comunicarse con el entorno (Levine, 2002). Levine (2002) considera al altruismo como parte fundamental del currículo del niño, el servicio comunitario es una buena forma de enseñar a los niños como volverse agentes de generosidad y para esto es importante motivar a que los niños se apoyen entre sí.

El método de evaluación es importante ya que puede generar una reacción en cada negatividad en donde el niño empieza a desplomarse luego de una baja calificación. (Levine, 2002). Levin llama a esto “efecto bola de nieve”, A pesar de que considera la calificación como algo negativo, también piensa que es necesario, pues está consciente de que es necesario medir lo aprendido. Ahora bien, hay que encontrar la forma de que no genere una discriminación entre todos los tipos de mentes (Levine, 2002).

Para evitar esta variable, Levine (2002) sugiere hacer una batería de pruebas con múltiples opciones, para así equiparar entre las habilidades de cada uno. Una guía que explica cómo realizar un test a niños en donde no solo evalúe cuánto ha aprendido sino en qué otras áreas también se desempeña. Otro punto es que los mejores estudiantes deben tener la oportunidad de decidir cómo quieren ser evaluados. Así también las calificaciones de los alumnos deben ser privadas, sobre todo si no son las mejores. En paralelo se debe abolir la enseñanza que se basa en preparar para el examen, porque por medio de esto todo se limita a evaluar al niño a través de números. Las evaluaciones no son el fin de un proceso, al contrario pueden ser la puerta para iniciar un aprendizaje (Levine, 2002).

Para Mel Levine existen ciertos temas a considerar para obtener buenos resultados en terapia, de esta manera nos presenta un conjunto de elementos fundamentales que deben ser considerados y trabajados.

Atención. Se intenta enfocar la energía mental. Aquí se pretende mostrar al estudiante cuáles son sus recursos mentales, y a partir de esto que interiorice lo aprendido para realizar un trabajo adecuado (Levin, 2002).

Atención Control de Entrada. Se busca que el estudiante pueda discriminar lo que es importante de lo que no, también a postergar la recompensa (Levin, 2002).

Atención Output Control. Se entrena al estudiante a ser analítico y reflexivo para decidir con razón, se utiliza conocimiento previamente adquirido para encontrar una solución al problema (Levine, 2002).

Orden Secuencial. El estudiante es entrenado para organizar su tiempo de tal forma que le permita obtener un amplio conocimiento, así se busca que el alumno mantenga la calma y pueda asimilar el proceso de pensar y entender lo que está por decidir (Levin, 2002).

Orden Espacial. Se enseña al paciente a usar imaginación y analogías, para obtener una mejor comprensión del aprendizaje (Levin, 2002).

Por otro lado la capacidad mental se propone con los siguientes términos:

Memoria. El terapeuta impulsa al cliente a ser más estructurado y a usar más el pensamiento. Lo que se busca es que el paciente sea consciente de lo que sabe y sea capaz de recuperarlo cuando lo desee (Levine, 2002).

Lenguaje. Impulsar al paciente a encontrar beneficio a través de la adquisición del conocimiento por medio del lenguaje. Se busca que el cliente sepa comunicar de forma adecuada, lo que se consigue es que el paciente sepa interpretar y asimilar información por medio del lenguaje (Levine, 2002).

Motor. Aquí se busca que el paciente tenga un control cinético adecuado, por el hecho que la hiperactividad desemboca en un exceso de actividad, este punto ayuda a controlar de forma mesurada el movimiento (Levine, 2002).

Pensamiento social: Instruir al paciente a poseer habilidades de interacción, así como una mente accesible y de aceptación a diversos pensamientos (Levin, 2002).

Mayor pensamiento: En este ítem se busca que el paciente sea activo al momento de pensar, esto quiere decir que sea creativo y que constantemente busque soluciones a través de la razón. Lograr una mente inquisitiva es la finalidad (Levine, 2002).

Tratamiento programa Young Bramham.

Para Young y Bramham (2009), la información de la persona es fundamental para el diagnóstico y su posterior tratamiento. Es así que los siguientes puntos mencionan la estrategia de tratamiento.

Revisión del pasado: los pacientes deben realizar un auto reporte. Se ha visto que por lo general se observan a sí mismos como diferentes, extraños y no normales; sus pares y familiares, por otro lado cuando son encuestados reportan a las personas con TDAH como dispersos e insoportables (Young & Bramham, 2009).

Impacto emocional del diagnóstico: En este punto se disminuye niveles de ansiedad y estrés por medio de la psicoeducación (Young & Bramham, 2009).

Consideraciones futuras: se busca objetivos y metas para poder cumplir en periodos de tiempo determinados (Young & Bramham, 2009).

Considerar estos puntos permite a la persona que entienda su pasado, lo que involucra que el sujeto procese las razones de su actuar. También se reduce la ansiedad para el futuro, lo que facilita ubicar sus expectativas en un contexto más realista que le

facilita avanzar sin preocuparse de fracasos por ultimo permite trabajar sobre habilidades funcionales, que ayudan al sujeto a alcanzar objetivos más rápida y cómodamente.

Rol del terapeuta

Para Young y Bramham (2009), el rol que desempeña el terapeuta es tan o más importante que las técnicas empleadas.

Apoyo: Brinda confort y comprensión al paciente sin generar dependencia mutua, estimulando al cliente a responsabilizarse de su recuperación y bienestar (Young & Bramham, 2009).

Interprete: Transmitir a la familia qué es lo que acontece en la vida del paciente (Young & Bramham, 2009).

Estructurado: Ubica de forma clara y concisa las actividades del cliente con el fin de estructurar su vida para generar una rutina que a largo plazo beneficiará la recuperación (Young & Bramham, 2009).

Educación: Por medio de tareas como leer libros, artículos o similares, el terapeuta guía al paciente a un auto descubrimiento a través de la información presentada en textos (Young & Bramham, 2009).

Entrenador: A través de estrategias encontradas por el entrenador y el paciente, se mantiene un equilibrio para lidiar con su problema en el mundo (Young & Bramham, 2009).

Expresar empatía: El terapeuta es reflexivo y por medio de la validación genera confianza y confort en el paciente (Young & Bramham, 2009).

Metas del programa Young Bramham

Cambio de exterior al interior: Se busca cambiar en cierta medida el contexto o el entorno en el que se desenvuelve el cliente (Young & Bramham, 2009).

Cambio de interior a exterior: En este punto se busca que el paciente genere estrategias psicológicas para poder desarrollarse en diferentes entornos. Algunas técnicas para conseguirlo son la terapia cognitiva conductual, terapia motivacional y psicoeducación (Young & Bramham, 2009).

Objetivos del método Young Bramham

1.- Young y Bramham (2009) consideran de igual manera que la psicoeducación es parte del cambio, sobre todo porque el saber de qué se trata el trastorno puede beneficiar para encontrar soluciones al problema.

2.- Entrenar en técnicas comportamentales con el fin de canalizar de forma funcional aquellos síntomas que podrían generar cierto nivel de incapacidad en un entorno laboral, escolar, familiar, etcétera (Young & Bramham, 2009).

Reestructuración cognitiva del pasado

Se busca que el paciente entienda que sus problemas escolares y familiares del pasado no definen su futuro y que este puede modificarse en tanto él quiera hacerlo (Young & Bramham, 2009). Existe la posibilidad de que el sujeto sienta tristeza, melancolía, depresión, entre otras; depende del terapeuta cómo manejar adecuadamente estas emociones, ayudando al cliente a darles sentido para así superar estos acontecimientos(Young & Bramham, 2009)..

Temas importantes a trabajarse son:

Auto-monitoreo de pensamiento

Auto-monitoreo emocional

Cuestionar creencias

Generar cogniciones alternas

El manejo de recompensas se debe realizar de forma mesurada, pequeña e inmediata, dado que las personas con TDAH difícilmente pueden postergar su necesidad de gratificación por lo que es ideal entregar recompensas mínimas después de cada sesión (Young & Bramham, 2009).

Algo fundamental para la recuperación según Young y Bramham (2009), es enviar tareas a casa, mismas que consistirán en replicar en un contexto real toda estrategia aprendida en terapia.

El trabajo conductual que se realiza en este programa es principalmente crear una rutina que se trabaja de forma cooperativa entre terapeuta y paciente. Se estructura una agenda diaria donde se explica toda actividad que se llevara a cabo durante un período de tiempo (Young & Bramham, 2009).

En este calendario se explica que hará el paciente desde que se levanta hasta que duerme de forma detallada, esto quiere decir, a qué hora come, qué hacer después de cada actividad importante, etc. (Young & Bramham, 2009).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para este estudio, se usará una entrevista no estructurada no experimental para categorizar los elementos más importantes que una persona diagnosticada con - TDAH - usa para mantener los síntomas bajos. La información se recaudará por medio de una entrevista a los padres de niños entre 5 y 11 años que hayan sido diagnosticados con TDAH. Solo los representantes de aquellas personas en este rango de edad y con diagnóstico previo podrán participar del estudio. Se excluirá a todo aquellos que superen la edad requerida y no tengan el diagnóstico dado por un especialista.

La investigación cualitativa pretende describir, explicar y encontrar las causas de un fenómeno (Creswell ,2007). Se ha escogido este diseño para agrupar las estrategias mentales y conductuales que se han visto en la literatura que benefician a los niños con diagnóstico de TDAH mayores a cinco años y pueden utilizar para mantener los síntomas del trastorno bajos. La razón primordial de escoger este método es el categorizar los comportamientos que muestren mayor eficacia y proporcionarlos al público para su uso.

Para esto se usó una entrevista no estructurada no experimental para categorizar los elementos más importantes que una persona diagnosticada con - TDAH - . En la entrevista los sujetos pudieron expresarse y ofrecer sus opiniones. La variable a controlarse es el tiempo de la entrevista, la que no sobrepasó los 40 minutos por sujeto. Las entrevistas se realizaron telefónicamente a los domicilios de cada participante. La muestra consta de ocho representantes de niños entre cinco y 11 años que hayan sido diagnosticados con TDAH. Solo los representantes de aquellas personas en este rango de edad y con diagnóstico previo podrán participar del estudio. Se excluirá a todo aquellos que superen la edad requerida y no tengan el diagnóstico dado por un especialista.

El tamaño de la muestra se tomó en consideración ya que de acuerdo con las estadísticas existe entre 3% y 7% de niños en edad escolar con TDAH. Al tomar en cuenta que la Academia Joel Osteen existe aproximadamente 100 estudiantes, para obtener un nivel de confianza de 95% con un margen de error del 5% se buscará reclutar a aproximadamente ocho representantes de niños con el diagnóstico. A los participantes se les pedirá que confirmen que sus niños cumplen con los criterios necesarios para ser elegidos, esto lo harán presentando el informe pedagógico. Además, Creswell (2007) en su libro *quantitative inquirí reserch design*, confirma que es válido el reclutamiento de uno o más sujetos. Se elegirá a representantes de niños que estén en el rango de cinco a 11 años

porque este es el lapso de tiempo cronológico de un pre púber y se podría ver como las estrategias cognitivas y conductuales ayudan a los niños en la escuela. Los sujetos incluidos serán aquellos con diagnóstico de TDAH y en el rango de edad antes mencionado, y se excluirá a quienes no pertenezcan a la institución, no posean el diagnóstico y no estén dentro de las edades de cinco a 11 años. Los participantes serán reclutados mediante el uso de la base de datos que posee la Academia Joel Osteen, donde deberán confirmar el diagnóstico de TDAH. Para poder realizar la entrevista deberán firmar el consentimiento aceptando las condiciones de la investigación y confirmando que su representado posee TDAH y fue diagnosticado por un profesional. Se utilizará una entrevista diseñada por el autor que será administrada en persona y se tomarán notas de las respuestas, no se pedirá nombres de los participantes y se utilizará en vez de esto un código. La entrevista no será registrada de ninguna otra forma (grabación, audio, otros).

Justificación de la metodología seleccionada

La investigación cualitativa es la más apta para llevar a cabo esta investigación debido a que facilita encontrar las estrategias mentales y conductuales que tienen los niños con diagnóstico de TDAH mayores a cinco años para mantener los síntomas del trastorno bajos.

Además, es una metodología que permite describir y explicar un fenómeno a pequeña escala, lo que facilita tener suficiente información para futuro realizarlo con una mayor población.

Herramienta de investigación utilizada

Se creó un cuestionario de 20 preguntas semi estructuradas que indagan desde la historia social y académica, pasando por comportamientos y actitudes actuales,

intervenciones terapéuticas, utilización de medicamento y finalmente con actividades que disminuyan la sintomatología.

Esta entrevista permite indagar en las actividades físicas y mentales que realizan los sujetos para mantener al trastorno controlado. Así mismo se toma en cuenta las terapias que realizan en paralelo al curriculum académico, que podrían estar beneficiando al manejo del TDAH.

Descripción de participantes

Número.

La muestra consta de ocho representantes de niños entre cinco y once años que hayan sido diagnosticados con TDAH.

Género.

Los participantes fueron escogidos directamente por los directivos de la institución siete hombres y una mujer. De igual manera se especificó que solo aquellos con diagnóstico de TDAH podían participar. No se tomó en consideración el género por la dificultad de conseguir los sujetos.

Nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico es medio alto.

Fuentes y recolección de datos

Se entrevistó a los representantes con preguntas alrededor de la historia escolar del niño, bienestar social, actividades extra curriculares, terapias específicas y uso de la medicación.

El reclutamiento fue por parte de la institución de forma arbitraria. La entrevista se realizó vía telefónica al hogar de cada representante. La recolección de datos se obtuvo mediante la respuesta de los sujetos a cada pregunta del cuestionario. Se transcribió las entrevistas y se encontraron patrones de respuestas. Con el cuestionario se buscó la respuesta a que actividad o comportamiento es más común y posteriormente se pretendió indagar más en el tema.

La información encontrada gira en torno a libros académicos y publicaciones virtuales universitarias con revisiones correspondientes, lo que asegura que la información es fiable. Esto facilitó el acceso a información de otros países y de autores especializados en el tema.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Este estudio se consolidó por medio de la selección aleatoria de los niños con TDAH por parte de los directivos del colegio Joel Ostin, luego de una carta de solicitud a la institución donde se explicaban los motivos para el reclutamiento, los beneficios de participar y los criterios para estar dentro del estudio.

Una vez seleccionado el grupo de 8 representantes de niños con TDAH, se realizó una entrevista de aproximadamente 30 minutos donde se indagó en síntomas del trastorno, patrones de comportamiento, relaciones sociales, estabilidad académica, consumo de medicación y estrategias para mantener la sintomatología baja.

En las preguntas sobre sintomatología, los ocho participantes contestaron de forma afirmativa poseer: hiperactividad, inatención e impulsividad, también ocho de los

participantes confirmaban poseer tic motores, lo que se refiere a movimiento compulsivo de una o varias partes del cuerpo. Con estas preguntas se hacía un breve recuento de las características del trastorno que los sujetos debían tener para ser parte del estudio.

Las preguntas referentes a patrones de comportamiento como actividades físicas y/o mentales que controlen el trastorno. Los ocho participantes afirmaron realizar algún tipo de actividades físicas deportivas, como futbol, natación, correr y equitación. Sin embargo, tan solo 4 de ellos confirmaron realizar algún tipo de meditación, oración o artes marciales. Es interesante observar que a pesar de que la muestra proviene de una escuela cristiana, tan solo 4 individuos tuvieron este tipo de intervención a su problemática.

En las preguntas referentes a su vida social, de los ocho participantes cinco prefieren mantener amistad con personas mayores, dos prefieren con personas menores y uno se siente cómodo con sus pares.

En la pregunta sobre educación especial o terapia los ocho participantes confirman recibir algún tipo de atención escolar extra o nivelación. Lo que demuestra que para estos niños es sumamente difícil mantenerse al corriente del currículo académico y que constantemente se desfasan con el programa. Esta presión de mantenerse al corriente puede desatar en estado de estrés elevado, auto estima baja, auto eficacia baja e incluso en desesperanza aprendida, una condición donde la persona siente que va a perder sin importar su esfuerzo.

En cuanto a la medicación, cinco de ellos confirmaron haber utilizado en algún momento medicación, 3 de ellos no han usado medicación para el manejo del trastorno, y tan solo 1 de los 5 que consumían fármacos no vio resultado. Esto demuestra que la eficacia del medicamento no se aplica al 100% y por eso debe siempre ir acompañado de

intervención psicoterapéutica, donde se enseñen estrategias para manejar el trastorno y prevenir recaídas una vez terminada la intervención.

Así también actividades de carácter intelectual no son muy utilizados, tan solo 3 de los sujetos utiliza el arte, pintura y /o música para calmar los síntomas. Lo que nos dice que no se fomenta abiertamente esta muletilla por parte de maestros y profesionales de la salud a los padres y en consecuencia a los niños. Es probable que la razón fundamental de esto sea la visión sesgada de que el arte no es “productivo” sino tan solo una expresión banal sin objetivos salubres.

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron de las entrevistas. Para hacerlo más legible se categoriza por temas.

Estrategias cognitivas

Para los resultados de las estrategias cognitivas existieron 3 sujetos que estuvieron de acuerdo en la eficacia del arte como pintura o la música para el manejo del TDAH. Los representantes consideraron a esta estrategia como útil para la concentración y el control de impulsividad. No se observaron más estrategias mentales como ajedrez, GO, sudoku, entre otras, lo que nos arroja datos sobre como la sintomatología del trastorno predispone no solo a los niños sino a sus cuidadores a motivar actividades que satisfagan la impulsividad y la inquietud mas no la introspección.

Estrategias físicas.

Se observó que los 8 participantes se encontraban involucrados en alguna actividad física deportiva como futbol, natación, equitación, atletismo, etc. Los representantes informaron que luego de una sesión deportiva sus hijos se mostraban más tranquilos, impulsivos e inquietos, además de esto mostraban sentimientos de relajación y auto

confianza más altos, pero continuaban un poco distraídos. Esto denota que la practica rutinaria de alguna actividad aeróbica genera bien estar y relajación en las personas con TDAH.

Estrategias meditativas

En cuanto a estrategias meditativas, tan solo 4 participantes registran actividades tales como yoga o artes marciales, los padres referían una disminución de impulsividad e inatención, pero la hiperactividad no había disminuido tanto.

Temas principales

Tema 1: ¿su hijo posee hiperactividad, impulsividad e inatención?

Sujeto 1

Es un niño callado, no habla mucho, es bastante aislado, distraído, la verdad no es hiperactivo aunque si se distrae fácilmente; no es impulsivo, pero si se muerde la uñas.

Sujeto 2

El es muy inquieto, no puede mantenerse mucho tiempo en un lugar, se distrae por todo se parece mucho a mi (madre) habla bastante y le cuesta mantenerse en una sola actividad.

Sujeto 4

Es bien inquieta y se distrae con facilidad además que habla mucho, ella siempre esta en actividad y no se concentra fácilmente, ósea en las cosas de la clase si, pero aun así si no acaba lo que tiene que hacer en un periodo corto de tiempo se distrae

Sujeto 5

Habla demasiado, es bien distraído, es inquieto. El no puede quedarse en un solo lugar mucho tiempo y siempre está conversando.

Sujeto 6

Como bien inquieto y se distrae con facilidad no creo que hable demasiado pero si las dos primeras son bien marcadas.

Sujeto 7

Se distrae por todo, pero es raro porque en lo que le interesa se absorbe y puede pasar horas en esa actividad. Es bien inquieto mueve los pies, las manos, se menea en la silla, hace sonidos con los lápices o trata de sacarles la mina; si habla mucho todo el tiempo está hablando y siempre tiene algo nuevo que contar.

Temas secundarios

Tema 1 su hijo ha tomado medicación para el trastorno?

Sujeto 1

Sí, le veo más tranquilo, se concentra más y maneja mejor su enojo.

Sujeto2

Sí, el medicamento le ayudó mucho en la escuela, se puede mantener más tiempo quieto y concentrado y también a nivel social es más aceptado.

Sujeto3

Sí hubo cambio se le veía más concentrado, solo eso porque como él es tranquilo entonces no hubo diferencia en lo impulsivo.

Sujeto 4

Sí toma, pero la verdad no le he visto ningún efecto positivo, ósea yo le veo igual

Sujeto 7

Sí, aunque aún se distrae y es inquieto yo si he visto que es mucho menos desde que está tomando la medicación.

Temas menores

Sujeto 1

La religión, los deportes y la música le calman un montón sobre todo esta última

Sujeto 4

Creo que los que le mencioné antes, con la pintura veo que se calma mucho, pero no sé cuánto le vaya a durar, la actividad física le cansa pero no le gusta hacer cuando le exigimos.

Sujeto 7

El fútbol, el karate, le gusta mucho los rompecabezas y si veo que eso le ayuda y también el yoga. Pero lo que he visto que más le ayuda son los rompecabezas, porque con el resto se cansa pero no se ve tranquilo.

Sujeto 8

El futbol le ayuda a mantenerse cansado pero la verdad luego de venir del karate yo le veo más sereno, ósea como que no se cansa pero si se tranquiliza. También la música le ayuda a concentrarse.

Temas menores

Tema 1: que actividad deportiva mantiene los síntomas bajos

Sujeto 1

Si como le dije futbol, pero se frustra rápidamente ósea ni bien empieza el partido quiere meter gol y si no lo consigue en un periodo corto de tiempo se enoja y deja.

Sujeto 2

Los deportes en los que debe ser bastante activo, en los que más tiene que hacer cosas.

Sujeto 3

El futbol, la equitación y con el Candy Crush también se le ve como más concentrado.

Sujeto 4

Le gusta nadar así que se pasa en la piscina y correr también le llama la atención.

Sujeto 5

La piscina le ayuda bastante, yo veo que eso le relaja un montón.

Sujeto 6

A parte del futbol, le gusta los videojuegos y yo he visto que con estos se puede concentrar más.

Sujeto 7

El futbol, el karate, le gusta mucho

Sujeto 8

El futbol le ayuda a mantenerse cansado pero la verdad luego de venir del karate yo le veo más sereno, ósea como que no se cansa pero si se tranquiliza. Tambine la música le ayuda a concentrarse.

Importancia del estudio

Esta tesis cualitativa potencialmente puede contribuir al conocimiento de los terapeutas, representantes y a mejorar la calidad de vida de los niños con TDAH y entender mejor los patrones del trastorno y las técnicas terapéuticas. Los resultados muestran que los niños con TDAH tienden a buscar actividades que involucren velocidad, movimiento y agitación (Caballo & Simóns 2008). Esto se da principalmente por la necesidad de descargar energía además del constante sentimiento de agitación que lleva el cambiar de una actividad a otra. Es importante observar que las actividades deportivas

como el fútbol, natación, equitación entre otra mencionadas durante la entrevista son actividades aeróbicas, lo que quiere decir que se utilizan grandes cantidades de energía y oxígeno. Esto hace que el niño, producto de la actividad, elimine energía y se sienta bien, producto de la secreción de neurotransmisores involucrados en la actividad física.

Por otro lado se ve que actividades de carácter más meditativo como las artes marciales, meditación u oración aportan menos actividad aeróbica pero si de ensimismamiento, auto observación y auto regulación. Las actividades de carácter meditativo se asocian con la disminución de hormonas estresoras que desencadenan en cambios de ánimo negativos como la ira y la ansiedad, así mismo se ha visto un mejoramiento en el estado de ánimo positivo y de la presión sanguínea (Hernández, Field & Thimas, 2001).

Resumen de sesgos del autor

Es importante conocer los sesgos que se presentan ya que estos dan una idea clara al lector sobre lo antes observado. En este caso, el sesgo es a la experiencia del autor con las diferentes técnicas expuestas y su visión hacia estas, pues ha sido parte de la utilización de cada una de estas. Por otro lado, cabe reconocer la importancia de los participantes porque estos generan equilibrio a la tesis.

CONCLUSIONES

Respuesta(s) a la(s) pregunta(s) de investigación

En conclusión, las preguntas de investigación expuestas en este trabajo fueron respondidas a través del análisis de datos. Son principalmente cuatro preguntas las que se respondieron a través del estudio. La primera responde acerca de cómo pueden encontrar puntos cruciales para facilitar el manejo del trastorno. La segunda tuvo como objetivo investigar que estrategias buscan los niños entre 5 y 11 años diagnosticados con TDAH para controlar la sintomatología dentro del aula. La tercera de las estrategias usadas con mayor frecuencia cuales aportan con mejores resultados. Por último, la cuarta pregunta se dirige a indagar acerca de si existen estrategias no mencionadas en la literatura, que utilicen los niños con TDAH.

La primera pregunta de investigación fue: ¿Cómo y hasta qué punto se puede usar este trabajo, para a través de entrevistas semi estructuradas a los representantes de niños con TDAH, encontrar puntos cruciales para facilitar el manejo del trastorno? Por medio de la investigación realizada se encontró que existen varias estrategias para manejar el trastorno del TDAH. Las estrategias utilizadas encontradas fueron clasificadas en físicas, cognitivas, meditativas y farmacológicas dependiendo de las características individuales de las actividades referidas por los representantes. Con esta información organizada a través las clasificaciones antes mencionadas arrojó conclusiones importantes que responden a la pregunta de investigación.

En cuanto a las estrategias físicas se encontró que estas fueron utilizadas por los representantes con mayor frecuencia al igual que la estrategia del uso de fármacos. Estas estrategias fueron la más usadas debido a que las mismas eran recomendadas por profesores y médicos. También se encontró que ambas eran sumamente eficaces ya que

lograban reducir los niveles de actividad en los niños. Por lo tanto, se puede inferir que los representantes de los niños con TDAH, debido a que tuvieron una buena información y se les fue recomendada la actividad física y el uso de medicamentos lograron beneficiarse de estas estrategias. Sin embargo, existen otras estrategias que podrían ser utilizadas y son recomendadas para el manejo del TDAH que no son utilizadas por los niños con este trastorno debido a que sus representantes, familiares, profesores y médicos no gozan del conocimiento de la eficacia de estrategias alternas. Algunas de estas estrategias subutilizadas son las clasificadas como cognitivas y meditativas.

En cuanto a las estrategias cognitivas, se encontró que cinco de los sujetos participantes en este estudio hicieron uso de estas estrategias. Los representantes entrevistados indicaron que no utilizaban las actividades cognitivas para manejar el trastorno debido a que nunca se les proporcionó información ni les fueron recomendadas. Por lo tanto, es importante resaltar cómo debido a la falta de información que manejan los profesores, médicos y los representantes de los niños, se subutilizan estrategias y actividades útiles para el manejo del trastorno.

De igual manera, las actividades clasificadas como meditativas, a pesar de que en estudios se indica que favorecen al manejo del trastorno de TDAH, durante la investigación se encontró que sólo la mitad de los niños realizaban actividades de esta índole. Al igual que como sucede con las actividades cognitivas, los representantes encuestados refirieron no haber tenido información sobre los beneficios de estas estrategias ni tampoco estas les fueron recomendadas.

Por medio de este estudio se pudo encontrar que, de todas las posibles estrategias existentes para ser utilizadas como métodos de manejo del TDAH, el deporte fue el más utilizado, seguido por el uso de medicamentos, en tercer lugar utilizaban estrategias

meditativas y por último las actividades cognitivas.

En cuanto al deporte esta actividad resultó ser la más recomendada por profesores y allegados a los cuidadores de los niños con TDAH y por esta razón era también la más utilizada. Por lo tanto, se puede inferir que es de conocimiento popular o es instintivo que el deporte ayuda a manejar la energía extra que pueden presentar estos niños. Por lo tanto, no se necesita mayor proporcionar o informar a los médicos o padres de familia sobre los beneficios del deporte para el manejo de TDAH. Sin embargo, aún queda por investigar si existe algún deporte en especial que muestre mayor eficacia en el manejo del TDAH. Con esto, los padres de niños con este trastorno, los médicos y los psicoterapeutas puedan involucrar a estos niños en deportes con comprobada mayor eficacia sobre el trastorno.

Respecto a los medicamentos, estos fueron una estrategia de control sobre el TDAH que también fueron utilizados con frecuencia por los niños con este trastorno. Debido a que la mayoría de los padres recibieron la recomendación de medicar a sus hijos, gran mayoría de estos controlaban el TDAH mediante estos. Sin embargo, existieron tres niños que no utilizaban medicamentos, a pesar de ser recomendados por sus médicos, debido al precepto de que pueden ser negativos para ellos. Es importante tomar en cuenta esta información ya que esto aumenta la razón de buscar estrategias alternas, cognitivas o conductuales, para manejar el trastorno dentro de niños que no se encuentren bajo un tratamiento farmacológico. Por ende, es necesario promover e investigar los diferentes métodos de control sobre el TDAH no farmacológicos como lo hizo este estudio.

La literatura indica que las estrategias meditativas son de gran utilidad para el manejo de la sintomatología del TDAH ya que proporcionan autoconocimiento, autoregulación, autocontrol y concentración a los niños con este trastorno (Hernández, Field & Thimas, 2001). Por lo tanto las estrategias meditativas por lo tanto proporcionan

herramientas de utilidad para el control de sintomatología clave de este trastorno como son la impulsividad, inatención y la dificultad para autoperibirse. Debido a esto, y ya que se encontró que sólo la mitad de los sujetos practicaban estas actividades, es de extrema importancia promover el conocimiento relacionado a los beneficios de estos. Por lo tanto, el tratamiento para el TDAH tanto médico como psicoterapéutico debería promover y capacitarse dentro de lo de son las actividades meditativas y recomendarlas a los cuidadores de los niños con este trastorno. Sin embargo, debido a que los padres de los niños con este trastorno que no practicaban actividades meditativas reportaron que no lo hacen por la dificultad que presentan los niños para involucrarse en actividades de esta índole, es necesario también desarrollar metodologías meditativas específicas para niños con este trastorno para que puedan gozar de los beneficios de estas estrategias.

En cuanto a las actividades cognitivas, estas fueron las menos utilizadas como método para controlar la sintomatología del TDAH. Debido a que estas involucran destrezas que representan una dificultad para los niños como son la atención, concentración y la memoria, es probable que muy pocos de estos, tan solo 3, se hayan involucrado en estas actividades. Sin embargo, es importante notar que quienes lo hicieron se involucraron en actividades del tipo artístico como la pintura y la música. Por lo tanto, es probable que los niños con TDAH logren realizar e involucrarse con actividades que requieran de la estimulación sensorial , como la visual y auditiva, y saquen mayor provecho de actividades cognitivas recreativas. No obstante, es importante investigar respecto a esto con mayor profundidad para comprobar dichos supuestos.

Por ende, tomando en cuenta la falta de información respecto al beneficio de estrategias como las cognitivas y meditativas, los niños con TDAH limitan la forma en la que se maneja la sintomatología de su trastorno. Además por medio de esta investigación,

también fue notorio que es necesario desarrollar metodologías específicas para las necesidades de los niños con TDAH para las estrategias meditativas y cognitivas específicamente. La afectación de esto conlleva dificultad en su aprendizaje académico, en sus relaciones sociales y en cuanto a su autoestima. En conclusión, la investigación realizada indica que es necesario promover el conocimiento de todos los tipos de estrategias que pueden ser utilizadas en el manejo de niños con TDAH como fueron las encontradas en este estudio.

Limitaciones del estudio

El estudio cualitativo puede tener como limitaciones la generalización de sus resultados a causa de una ausencia de tabulación concreta. Además de esto la mayoría de participantes fueron hombres lo que dificulta el análisis, ya que la preferencia por las actividades podría variar entre roles de género. Otra limitación que se encuentra es que no todos los participantes deseaban colaborar con la entrevista a causa de sus convicciones religiosas por lo que las entrevistas no pudieron indagar más allá de lo que preguntaban. Otra limitante fue el poco tiempo del que disponían los representantes pues la mayoría trabajaba o tenía actividades que les impedían permanecer mucho tiempo en la entrevista, lo que hizo que sus respuestas fueran tajantes y concretas. Por lo tanto, existen algunas limitantes dentro de este estudio que pueden ser utilizadas como recomendaciones para futuros estudios.

Recomendaciones para futuros estudios

Se recomienda para futuros estudios realizar una entrevista en paralelo a los niños para así encontrar posibles respuestas que los padres estén obviando. De igual forma sería importante realizar las entrevistas personalmente, pues el contacto personal facilita la apertura del participante y se pueden ver comportamientos, manierismos o actitudes que no se pueden observar vía telefónica. Se recomienda también una muestra mixta porque de esa forma se pueden observar comportamiento de ambos sexos y compararlos para observar temas que pueden ser usados en común. Por último, se recomienda proporcionar incentivos acordes a las necesidades de los padres con el fin de que la participación al estudio sea más colaborativa.

Resumen general

Esta es una tesis investigativa que tiene como objetivos el proporcionar información condensada del TDAH a padres y profesores de niños con el trastorno. Además por medio de este estudio se intenta indagar estrategias comportamentales que pueden ser de apoyo para la terapia o en la cotidianidad del niño para mantener los síntomas del TDAH bajos. Para obtener estos datos se realizó una entrevista a 8 representantes de niños diagnosticados con TDAH de la escuela Joel Ostin . La entrevista tuvo una duración de 30 minutos y se lo hizo vía telefónica. Aquí se recopiló información tal como edad, edad de diagnóstico, año lectivo, consumo de medicamento, actividades físicas, mentales, intelectuales y si observa alguna mejora en el comportamiento de su hijo tras la aplicación de estas actividades. Los resultados concluyeron que las actividades que involucran introspección son mejores para manejar el trastorno mientras que aquellas que requieren de energía física se limitan a agotar al individuo y aquellas que son de carácter intelectual son mínimamente usadas aunque tienen un efecto de cansancio mental. A pesar de que las actividades que involucran introspección, como las pertenecientes a las estrategias meditativas, son de las más eficaces, las mismas no son utilizadas debidas a la falta de información existente tanto para los representantes como para los médicos. Por lo tanto, este trabajo es de utilidad para la difusión de información acerca de los métodos más eficaces para disminuir la sintomatología del TDAH y mejorar la calidad de vida y el desarrollo de los niños que la padecen.

REFERENCIAS

- Angel, M. (2006). Laboratorios Juste comercializa Medikinet, un nuevo fármaco eficaz para el tratamiento del TDAH. Recuperado el 28 de abril 2010. Obtenido de: <http://isis.zm.nu/laboratorios-juste-comercializa-medikinet-un-nuevo-farmaco-eficaz-para-el-tratamiento-del-tdah-vt11467.html>
- Anqi Qiu., Crocetti, B.S., Adler, B.A., Mahone, M., Martha, B., Denckla., Miller, M., Y Mostofsky, S. (2009). *Basal Ganglia Volume and Shape in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. American Journal of Psychiatry. 166(1): 74–82. Acceso febrero 7, 2013.
- The American Occupational Therapy Association. Inc. (AOTA) (2013). About occupational therapy. Obtenido el 15 noviembre de 2013 de <http://www.aota.org/Consumers.aspx>.
- Arbieto, T. (2012). *Atencion*. Obtenido el 8 de octubre 2013 de <http://www.psicopedagogia.com/atencion>
- Barkley, R. (Panelista) (2010). *Adhd emotional regulation* . Obtenido el 22 de noviembre 2013 de <http://www.youtube.com/watch?v=7cw8jHUKHiA>
- Blesedell, E., Cohn, E., & Boyt, B. (2008). *Terapia ocupacional* (10 ed.). Obtenido el 3 noviembre 2012 de http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=mnHKR_1O7PgC&oi=fnd&pg=PA3&dq=pasos de terapia ocupacional&ots=hqdY9T3Ocl&sig=eqcoOg7pDMxdkGEj6gt2vipWdfQ
- Caballo, V & Simòns, M. (2008). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Psicología Pirámide
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Addison Wesle
- Castellanos, F.X. y Tannock, R. (2002). *Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes*. Nature Reviews Neuroscience, 3(8), 617-28.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention, (2013). *Facts about adhd* (1600). Obtenido el 25 semptiembre de <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html>

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2010). *Introducción sobre el TDAH*, obtenido el 13 de noviembre de 2010 de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1572
- Cooper, W., Chan, A., Habel, L., Moaholder, A., Sox, C., & Zhan, C. FDA, (2011). *Adhd medications and risk of stroke in young and middle-aged adults* . Obtenido el 12 de julio de 2013 de <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM279877.pdf>
- Durand, M & Barlow, D. (2007). *PSICOPATOLOGÍA un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.
- Edden, R., Crosetti, D., Zhu, H., Gilbert, D., & Mostofsky, S. (2011). *Reduced gaba concentration in attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Jama Psychiatry*,69(7), 750-753. Obtenido 15 de mayo 2013 de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1211983>
- EUTIMIA. (2006). *Atomoxetina*. Obtenido el 1 de mayo de 2010 de <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/psicoestimulantes/atomoxetina.htm>
- Estudio del vall d'hebron. (2010). *La persistencia del TDAH en adultos, relacionada con un gen*. obtenido el 29 de noviembre de 2010 de <http://www.europapress.es/sociedad/salud/noticia-cataluna-estudio-constata-implicacion-gen-persistencia-tdah-adultos-20101124125248.html>
- Fejerman, N. (2010). *Trastorno del desarrollo en niños y adolescentes conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Frazer, A., Gerhardt, G.A. y Daws, L.C. *New views of biogenic amine transporter function: Implications for neuropsychopharmacology*. *International Journal Neuropsychopharmacology* 1999, 2, 305-20.
- Gratch, L. (2009). *El Trastorno por Déficit de Atención (add-adhd) Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en la Infancia, la Adolescencia y la Aduldez*. (2 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana
- Grosswald J, R., Stixrud., Travis F., A. Bateh .(2008). *Use of the Transcendental Meditation technique to reduce symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) by reducing stress and anxiety: An exploratory study*. Obtenido el 28 de octubre de 2011 de <http://cie.asu.edu/volume10/number2/#Methods>

- Hernández, M., Field, T., & Thimas, E. (2001). *Attention deficit hyperactivity disorder benefits from tai chi*. Touch Research Institute University of Miami School of Medicine Acknowledgements, Obtenido el 4 de febrero de 2013 de <http://www.worldtaichiday.org/images/ADHD-MIAMIMEDICINERESEARCH.pdf>
- Kofler, M., Rapport, M., Bolden, J., Sarver, D., & Raiker, J. (2009). *Adhd and working memory: The impact of central executive deficits and exceeding storage/rehearsal capacity on observed inattentive behavior*. J Abnorm Child Psychol, Obtenido el 11 de mayo de 2013 de <http://clclinic.cos.ucf.edu/Documents and Files/Kofler, Rapport, Bolden, Sarver, & Raiker.pdf>
- Krain, A., & Castellanos, F. (2006). *Brain development and adhd*. Science Direct, 26, 433–444. Obtenido el 11 de mayo 2013de: <http://uais.lzu.edu.cn/uploads/soft/20111230/BraindevelopmentandADHD.pdf>
- Klingberg, T., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2010). *Training of working memory in children with adhd*. Journal of Clinical and Experimental neuropsychology, 24(6), 781-791. Obtenido el 11 de mayo 2013 de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/jcen.24.6.781.8395>
- Krisanaprakornkit, T., Ngamjarus, C., Witoonchart, C., & Piyavhatkul, N. (2010). *Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd) review*. The cochrane collaboration. Obtenido 11 de mayo de 2013 de <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD006507.pdf>
- Low, K. (2008). *Testing for ADHD*. Evaluation and Diagnosis. Obtenido el 29 de noviembre 2010 de <http://add.about.com/od/evaluationanddiagnosis/a/whattoexpect.htm>
- Levine, M. (2007). *The Essential Cognitive Backpack*. Educational leadership, Obtenido el 5 de octubre 2011 de <http://aea11gt.pbworks.com/f/essential+cog+backpack.pdf>
- Levine M (2002). *A Mind at a Time*. New York: Simon & Schuster.

Mackay, L & Corkum, P. (2006). *Evaluation of a demystification Workshop for children with ADHD*. Journal of developmental & physical Disabilities 18(3) 319-332. Obtenido el 8 de octubre 2011 de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=25&sid=54ee4f2c-523e-48a4-96d6-95efe3aa3860%40sessionmgr12>

Mostofsky, S., Cooper, K., Denckla, M., Kates, M., & Kauffman, W. (2002). *Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biological Psychiatry, 52(8), 785-794. Obtenido el 13 de mayo 2013 de: <http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/PIIS0006322302014129/fulltext>

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (NCCMH). (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder: The nice guideline on diagnosis and management of adhd in children, young people and adults*. Inglaterra: the royal college of psychiatrists and the British psychological society. (pp. 18- 22). Obtenido 15 de mayo de 2013 de: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/samplechapter/niceadhdsc.pdf>

National Institut on Drug Abuse. (2009). *Drugfacts: Medicamentos estimulantes para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (tdah)*. Obtenido el 8 de junio 2013 de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/medicamentos-estimulantes-para-el-trastorno-de-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-tdah-el-metilf>

Nida.gov. (2009). *Medicamentos estimulantes para el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH): el metilfenidato y las anfetaminas*. Obtenido el 129 de noviembre 2010 de: <http://www.nida.nih.gov/infofacts/ritalin-sp.html>

O'CONNOR, E. (2001). *A sip into dangerous territory*. Obtenido el 5 de junio 2013 de: <http://www.apa.org/monitor/jun01/dangersip.aspx>

Ramos, M. (2008). *instrumentos y escalas clinicas en la evaluacion del TDAH*. Obtenido el 6 de julio 2012 de <http://es.scribd.com/doc/26825517/Power-Tdah>

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid, España: Autor.

- Rosales, R., Paredes, M., Letelier, I., & Sarce, H. (2011). *Utilización de resonancia magnética funcional 3t para evaluar los efectos del metilfenidato sobre la función de atención en pacientes con déficit atencional*. *Revista Chilena de Radiología*, 17(2), 70-76. Obtenido de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v17n2/art04.pdf>
- Rodríguez, P. J. & Cardo, E. (2007). *El Trastorno de Déficit de Atención en Hiperactividad*. *Pediatría Integral*, XI(8), 675. Obtenido el 15 de octubre 2013 de http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ped Int 11-8.pdf.
- Sapir, E. (2004). *El lenguaje*. Mexico: Fondo de cultura economica. Obtenido el 12 agosto 2013 de [http://books.google.com.ec/books?id=GNEaa7lh9S0C&pg=PA263&lpg=PA263&dq=definicion de lenguaje&source=bl&ots=it31HSvs43&sig=J3NPSDBsPHRBOOs8iIVBdn7lNI&hl=es-419&sa=X&ei=wD8EUNeCIYmC8ASjjvGuCA&ved=0CGIQ6AewBA](http://books.google.com.ec/books?id=GNEaa7lh9S0C&pg=PA263&lpg=PA263&dq=definicion+de+lenguaje&source=bl&ots=it31HSvs43&sig=J3NPSDBsPHRBOOs8iIVBdn7lNI&hl=es-419&sa=X&ei=wD8EUNeCIYmC8ASjjvGuCA&ved=0CGIQ6AewBA)
- Soutullo, C., & Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatria del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Medica Panamericana S.A. Obtenido el 12 de agosto de 2013 de [http://books.google.com.ec/books?id=GVRNZL5wDj0C&pg=PA67&lpg=PA67&dq=El MPH bloquea el transportador de dopamina \(DAT\) presináptico . E&source=bl&ots=ARYtl0B0SY&sig=LxuoFxEJVKLJ41ngB2IJCKQ19tA&hl=es-419&sa=X&ei=KsUEUMTACIm9ASyUoNSBw&ved=0CE0Q6AewAg](http://books.google.com.ec/books?id=GVRNZL5wDj0C&pg=PA67&lpg=PA67&dq=El+MPH+bloquea+el+transportador+de+dopamina+(DAT)+presináptico+&source=bl&ots=ARYtl0B0SY&sig=LxuoFxEJVKLJ41ngB2IJCKQ19tA&hl=es-419&sa=X&ei=KsUEUMTACIm9ASyUoNSBw&ved=0CE0Q6AewAg)
- Teens helth. (2009). *medicamento para el tratamiento del TDAH (ADHD)*. Obtenido el 22 de abril de 2010 de http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/ritalin_esp.html
- The royal australasian college of physician (2009). *australian guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Obtenido el 28 de marzo de 2010 de http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/adhd/NHMRC-draft-ADHD-guidelines.pdf
- Volkow, N., Wang, G., Kollins, S., Wigal, T., Newcorn, J., Telang, F., Fowler, J., Zhu, W., Logan, J., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C & Swanson, J. (2009). *Evaluating dopamine reward pathway in adhd clinical implications*. 302(10), 1084-1091. Obtenido el 14 de mayo de 2013 de: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=184547>
- WILLINGHAM, D. (2005). *Mind over matter apopular pediatrician stretches a synapse or two*. *EDUCATION NEXT*, 4(02), 65-71. Obtenido el 20 de mayo de http://educationnext.org/files/ednext20052_65.pdf

Young, S., & Bramham, J. (2009). *Tdah en Adultos una Guía Psicológica para la Práctica*. Mexico: Manual Moderno.

Yochaman, A., Ornoy, A., & Parush, S. (2006). *Co-occurrence of developmental delays among preschool children with attention deficit hyperactivity disorder*. *Development Medicine and Child Neurology*. Obtenido el 12 de noviembre de 2013 de http://www.researchgate.net/publication/7080477_Co-occurrence_of_developmental_delays_among_preschool_children_with_attention-deficit-hyperactivity_disorder

ANEXO A: ENTREVISTA

Se utilizará una entrevista diseñada por el autor que será administrada en persona y se tomarán notas de las respuestas, no se pedirá nombres de los participantes y se utilizará en vez de esto un código. La entrevista no será registrada de ninguna otra forma (grabación, audio, otros).

Código del representante

Código del representado

Fecha

Año lectivo

Año de diagnóstico

Edad

Sexo

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

¿Durante qué tiempo?

¿Hace cuánto lo hizo?

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

¿Cuáles de los siguiente ítems que afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

¿Cuántas veces por semana los realiza?

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

¿Físicas como deportes?

¿Meditación?

¿Usa medicamentos?

¿Qué tipo?

¿Durante qué tiempo?

¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?

ANEXO A: ENTREVISTA SUJETOS TDAH.

Código del representante 001

Código del representado 001

Fecha 27 de enero de 2014

Año lectivo 6 grado

Año de diagnóstico 6 años

Edad 10 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Se detectó el trastorno en el centro de epilepsia, en la guardería le cambiaron la lateralidad, él había sido zurdo, yo empiezo a ver que aquí se dan problemas porque él era tranquilo pero luego de este evento y desarrollo dislexia y digrafía. Aquí le quisieron dar medicamento peor nosotros nos reusamos porque era muy chiquito.

En la escuela le maltrataban por no prestar atención y pensaron que tenía problemas familiares por lo que nos citaban todo el tiempo.

Se le diagnostico depresión, trastorno de pica y tuvo cambio de comportamientos de forma violenta. En el colegio del valle le retrasaron un año.

Tiene baja tolerancia a la frustración y lanza cosas al enojarse.

Este año le dijo a la profesora que lo que él quería es que le enseñen con amor.

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

Ha hecho terapia ocupacional, psico rehabilitación, tiene psicóloga, pedagoga, profesor de matemáticas y neurólogo

¿Durante qué tiempo?

Desde los 6 años

¿Hace cuánto lo hizo?

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

Es un niño callado, no habla mucho, es bastante aislado, distraído, la verdad no es hiperactivo aunque si se distrae fácilmente; no es impulsivo, pero si se muerde la uñas.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

Se muerde las uñas y a veces se mueve constantemente en su asiento

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

Nada seguido yo diría que del 100 % termina un 20% y lo que es videojuegos

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

No tiene amigos porque a el le gusta el arte, la música y no tiene temas en común con niños de su edad, además los niños le tratan mal por el pensar así.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

No hace amigos nada fácil

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

No mucho aunque ahora tiene un amiguito también con TDAH y creo que se identifican por eso se llevan bien.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

Música, arte, futbol, juegos de computadora y legos

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

4 horas de música a la semana.

3 de futbol a la semana

Y los legos cuando puede.

¿Cuántas veces por semana los realiza?

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

La religión, los deportes y la música le calman un montón sobre todo esta ultima

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No, no le gusta

¿Físicas como deportes?

Si como le dije futbol, pero se frustra rápidamente ósea ni bien empieza el partido quiere meter gol y si no lo consigue en un periodo corto de tiempo se enoja y deja.

¿Meditación?

No ha practicado nunca.

¿Usa medicamentos?

Sí, usa Ritalin

¿Qué tipo?

Estimulante

¿Durante qué tiempo?

Desde los 7 años

¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?

Sí le veo más tranquilo, se concentra más y maneja mejor su enojo.

Entrevista completa:

A ver, se le detecto en el centro de epilepsia el trastorno de hiperactividad, pero en la guardería le empezaron a cambiar la lateralidad, ósea él era zurdo en principio y en la guardería le hicieron que se vuelva diestro. Antes de la guardería él era tranquilo y no daba problemas. Luego de un tiempo desarrollo dislexia y digrafía entonces ahora ya tiene problemas para escribir y leer.

Luego con el psiquiatra encontramos que tenía depresión y que se comía las uñas quiso darle medicación, pero nosotros no quisimos porque es muy chiquito para eso, mejor esperamos unos años hasta que sea un poco más grandecito.

A los 7 años le dieron Ritalin y Concerta.

De terapias ha recibido de parte del homeópata recibió terapia ocupacional, psico rehabilitador, psicólogo, pedagoga, neurólogo y profesor de matemáticas. Y estuvo con todos ellos desde los 6 años.

Es un niño callado aislado, distraído, pero no hiperactivo y definitivamente no habla mucho en clase. Además no es impulsivo pero si tiene tics y se mueve un montón además que se come las uñas.

La música le tranquiliza un montón y le ayuda a hacer deberes.

Él no tiene muchos amigos porque a él le gusta el arte, la música y la astrología y esos no son temas que a los otros niños les gusta, entonces no se lleva con compañeros porque además ellos le maltratan.

Los pasa tiempos que él tiene son música, arte, futbol, juegos de computadora y legos.

Y se dedica a la música unas 4 horas a la semana y unas 3 al futbol, el resto varia de con que ganas anda de realizar esa actividad.

El medicamento si le ayudo y subió su promedio. Cierto y algo que también le ayuda es la religión siempre ora.

Código del representante 002

Código del representado 002

Fecha 5 de febrero de 2014

Año lectivo 3 de básica

Año de diagnóstico 5 años de edad

Edad 8 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Siempre fue inquieto y a los 5 años ingreso a la escuela y las profesoras veían que era muy inquieto, había constante quejas de su falta de concentración y aparente impulsividad. Por el hecho de que no podían manejarlo pidieron a los padres que le lleven a un psicólogo para terapia. Fue ahí cuando se le realizó un diagnóstico neurológico y lo diagnosticaron con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El doctor le prescribió Ritalin el cual toma desde entonces.

Académica y socialmente se estabilizó desde el uso del medicamento y la terapia psicológica.

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

Durante qué tiempo?

No, lo que sí tuvo es las terapias que consistían en ejercicios para mantener la focalización y también para mejorar la tolerancia a la frustración.

¿Hace cuánto lo hizo?

Empezó desde los 5 años y se mantiene hasta la actualidad.

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

Él es muy inquieto, no puede mantenerse mucho tiempo en un lugar, se distrae por todo se parece mucho a mi (madre) habla bastante y le cuesta mantenerse en una sola actividad.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

Tic vocales, hace ruidos a menudo; tics motores, se mueve todo el tiempo juega, con las manos y se mete los dedos a la nariz.

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

No es muy común, si es que se siente motivado y siente que puede pasar horas haciendo la actividad pero si falla ya empieza a frustrarse y tiende a abandonar lo que hace, por ejemplo cuando juega futbol quiere meter rápido gol y si no lo hace en los primeros minutos ya se enoja, además si no logra meter gol luego de intentarlo pocas veces ya no quiere jugar y lo abandona.

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

Se relaciona bien, tiene un amigo que es de 7 años y es como su mejor amigo, tiene otro que es su mejor amigo y también tiene TDAH y lo que veo es como que se identifican un montón.

Se lleva con todos es bastante amigable y si le tratan bien él es feliz con ellos pero si no se aleja rápido.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

Muy fácil, como le decía si le tratan bien él se lleva con todos, no se le dificulta acercarse a las personas y empezar a entablar una relación.

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Bastante bien, el amigo de 7 años lo tiene desde hace mucho, como vivimos en un conjunto entonces se lleva con él desde hace tiempo.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

A él le gustan los deportes como el futbol, natación, atletismo y ciclismo y es bueno en todos a ganado algún premio.

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

Si fuera por él se pasaría en eso todo el día, pero en promedio le dedica una hora o dos sobre todo al fútbol.

¿Cuántas veces por semana los realiza?

Juega todos los días o al menos eso intenta, en ciertas épocas los deja porque tiene que hacer otras actividades o cosas por el estilo pero los hace todos los días.

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

Los deportes en los que debe ser bastante activo, en los que más tiene que hacer cosas.

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No le gusta la lectura, pero se le hacen fáciles las matemáticas

¿Físicas como deportes?

Fútbol, ciclismo, natación, atletismo

¿Meditación?

No lo sé nunca ha meditado.

¿Usa medicamentos?

Sí usa el Ritalin desde los 6 años.

¿Qué tipo?

Ritalin

¿Durante qué tiempo?**¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?**

Sí, el medicamento le ayudo mucho en la escuela, se puede mantener más tiempo quieto y concentrado y también a nivel social es más aceptado.

Código del representante 003

Código del representado 003

Fecha 28 de enero de 2014

Año lectivo 3 curso

Año de diagnóstico 9 años

Edad 14 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Se distraía por todo, sabía la materia pero no contestaba las preguntas, hacia los deberes pero no los presentaba y si sacaba mala nota ya no quería hacer nada. Pero eso también pasa ahora.

En el plano social es bien reservado y hay que sacarle las cosas con cuchara. Con los primos habla poco le gusta buscar algo para ser el centro de atención

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

Le pusimos en equitación y vimos que eso le ayudo mucho sobre todo en el carácter.

El piensa que la vida está a su ritmo, no concientiza el tiempo y quiere irse de largo en la actividad especialmente viendo tele.

Durante qué tiempo?

Hace una hora semanal

Hace cuánto lo hizo?

Hace 2 años

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

No habla demasiado, habla poquito; pero eso si se distrae fácilmente, por todo se distrae. Y no es inquieto tampoco.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

No tiene muchos tics motores, pero si tiene uno en particular yo diría que del 100% del tiempo el mueve un 60% los pies y no los deja quietos.

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

Casi no termina lo que empieza excepto los juegos de computadora como el Candy crush.

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

Hace amigos fácilmente, pero no intima. El no tiene problema a llevarse con la gente y consigue amigos fácilmente pero nunca le he escuchado que tenga una intimidad fuerte con alguien.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

Hace fácilmente amistades pero como le decía no llega a intimar.

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Si mantiene amigos, pero como le contaba habla poco y no íntima con casi nadie.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

Equitación, Xbox, Candy crush

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

A todo más o menos una hora

¿Cuántas veces por semana los realiza?

La equitación una vez por semana

El futbol unas 3 por semana unas 2 horas cada vez

El Xbox y el Candy crush solo le dejamos una hora diaria.

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

El futbol, la equitación y con el Candy crush también se le ve como mas concentrado.

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No le gusta leer

¿Físicas como deportes?

Futbol le encanta el futbol y si le dedica tiempo pero por os deberes o el Xbox no hace esas actividades

¿Meditación?

no ha practicado nunca.

¿Usa medicamentos?

Sí, pero no recuerdo cual era el nombre

¿Qué tipo?

No le podría ayudar la verdad.

¿Durante qué tiempo?

tomo un todo un año

¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?

Sí hubo cambio se le veía más concentrado, solo eso porque como el es tranquilo entonces no hubo diferencia en lo impulsivo.

Entrevista

A ver, actualmente se distrae por todo, sabe la materia, pero no contesta las preguntas cuando le toman la prueba, hace los deberes y no presenta, yo no sé porque. Y a más de eso si se saca una mala nota se enoja y ya no quiere hacer. Socialmente hablando no esta tan bien, toca sacarle con cuchara las cosas. Con los primos habla un poco más pero aun así no es que sea de trato fácil. Si mantiene amigos pero como le contaba no habla mucho y no íntima con nadie.

Lo que me he dado cuenta es que le gusta ser el centro de atención y por esa razón busca algo para destacar por sobre los demás.

Las terapias que le hemos puesto son equitación y la verdad eso le ha ayudado al carácter además que sale relajado.

Uno de sus más graves problemas es que piensa que la vida está a su ritmo y no el al de la vida y no concientiza el tiempo por lo que se pasa largo rato viendo tele y no quiere irse porque piensa que solo ha sido un ratito.

Él tiene tics, se mueve mucho sobre todo los pies y casi nunca acaba las tareas. Los pasatiempos que él tiene son el Xbox, futbol y Candy crush. Respecto a medicación ya va tomando todo un año y si vimos que hubo cambio, loa verdad eso le ha ayudado.

Código del representante 004

Código del representado 004

Fecha 10 de febrero de 2014

Año lectivo 5 grado

Año de diagnóstico 3 años

Edad 9 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Académicamente hablando no ha tenido problemas, hace todos los deberes y le encanta hacer los ejercicios de matemáticas. Todo lo que tiene que ver con la escuela sean tareas o lecciones las hace sin problema.

Socialmente hablando si da problema, la razón es porque termina los trabajos antes que sus compañeros lo que hace que se aburra en clase y se ponga inquieta. Ella les molesta a los compañeros y profesores.

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

No, no ha tenido, pero si estamos realizando un plan de trabajo junto a la profesora para ayudarlo a que se concentre en clase y aproveche

¿Durante qué tiempo?

Lo estamos realizando desde este año lectivo

¿Hace cuánto lo hizo?

Lo venimos planeando este año

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

Es bien inquieto y se distrae con facilidad además que habla mucho, ella siempre está en actividad y no se concentra fácilmente, ósea en las cosas de la clase sí, pero aun así si no acaba lo que tiene que hacer en un periodo corto de tiempo se distrae.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

Suele morderse los labios, comerse las uñas, golpetear el pupitre y suele hurgarse la nariz, pero le gusta lavarse a cada rato la nariz no usa pañuelo sino que se lava con agua.

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

Solo las cosas del colegio, no hace mucho quiso aprender a tocar la guitarra y se aburrió a la semana, le gusta mantenerse concentrada en la clase de matemáticas pero no lo considera divertido.

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

El suele ser mandon por lo que otros niños se enojan con el, se lleva bien con los menores pero porque ellos le hacen caso.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

Se le hace bien fácil, se hace amigo de cualquiera y rápido, pero como le decía antes luego cuando se pone mandon los amigos se alejan de el.

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Ahorita tiene una amiga que es menor y se llevan bien, mi hijo juega a que le cuida, creo que se llevan bien porque el hace caso.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

Le gusta la piscina, pintar y correr, se entretiene mucho y lo disfruta.

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

Le dedicamos toda la semana depende el día el hace una actividad, he visto que esto le ayuda a calmarse.

¿Cuántas veces por semana los realiza?

Depende la piscina 2 a 3 veces por semana, el correr también 2 a 3 veces por semana y pintar eso si 2 horas diarias.

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

Creo que los que le mencioné antes, con la pintura veo que se calma mucho, pero no sé cuánto le vaya a durar, la actividad física le cansa pero no le gusta hacer cuando le exigimos.

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No, no le gusta, le aburre ese tipo de actividades.

¿Físicas como deportes?

Si como le dije le gusta nadar así que se pasa en la piscina y correr también le llama la atención.

¿Meditación?

No ha practicado nunca no sé si le ayude la verdad

¿Usa medicamentos?

Si, el doctor le recetó pero dijo que hay que hacer más estudios para ver si sigue con el medicamento

¿Qué tipo?

Gamalate

¿Durante qué tiempo?

Está tomando desde agosto, pero no sabemos si va a continuar

¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?

La verdad no le he visto ningún efecto positivo, ósea yo le veo igual

Código del representante 005

Código del representado 005

Fecha 1 de febrero de 2014

Año lectivo 5 grado

Año de diagnóstico 9 años

Edad 10 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Hablo a los 3 o 4 años, nació en EEUU y pensamos que por el idioma él no hablaba entonces le pusimos en terapia de lenguaje durante todo un año.

A los 6 años aun balbuceaba, ósea ya hablaba pero tenía balbuceos y volvió a terapia de lenguaje y ahí se dieron cuenta que tenía frenillo. Luego cuando aprendió a escribir lo hacía al revés.

En la escuela no quiere hacer las cosas y no tiene la motivación le cuesta obedecer.

Socialmente hablando, hace fácil amigos, es bien amigable aunque yo le he visto que tiene la autoestima baja.

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

Sí, estuvo en terapia de lenguaje a los 4 y luego a los 6 años porque no hablaba primero y luego no podía pronunciar bien las palabras.

¿Durante qué tiempo?

Un año cada vez

¿Hace cuánto lo hizo?

A los 4 y a los 6 años.

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

Habla demasiado, es bien distraído, es inquieto. Él no puede quedarse en un solo lugar mucho tiempo y siempre está conversando.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

Se mueve todo el cuerpo, piernas, golpeteo con los dedos y se mase.

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

Casi nunca, yo diría que del 100% el acaba un 50% y a veces menos que eso.

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

No se lleva bien con los de su edad, se aleja de ellos y prefiere estar con adultos o con niños que son mayores a él, pero no le gusta estar con los de su misma edad.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

Hace fácilmente amistades con los niños mayores a él.

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Si mantiene amigos por bastante tiempo se lleva y disfruta con ellos aunque prefiere a los mayores.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

Ver tele, jugar “plants vs zombies”, nadar.

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

Bastante tiempo a todo lo que es tele y eso, pero a nadar unas dos veces por semana.

¿Cuántas veces por semana los realiza?

Ver tele todos los días igual plants vs zombies y piscina cuando puede.

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

La piscina le ayuda bastante, yo veo que eso le relaja un montón.

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No le gusta leer

¿Físicas como deportes?

Nadar mmm solo esa

¿Meditación?

No ha practicado nunca.

¿Usa medicamentos?

Sí, él tiene hipotiroidismo entonces le mandaron Levotiroxina

¿Qué tipo?

Es para el hipotiroidismo

¿Durante qué tiempo?

Toda la vida

¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?

Es para el hipotiroidismo así que no se si le ayude académicamente.

Código del representante 006

Código del representado 006

Fecha 1 de marzo de 2014

Año lectivo 3 grado

Año de diagnóstico 5 años

Edad 8 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Ingreso a los 2 años a terapia porque era bien inquieto en la guardería, se llevaba con los demás chiquitos no había mayor lio por ese lado.

En la escuela si es bien inquieto y le cuesta mantenerse en un solo lugar.

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

Sí, tuvo terapia para manejar su hiperactividad porque como le decía nos decían que era bien inquieto.

¿Durante qué tiempo?

Desde los dos años que le llevamos.

¿Hace cuánto lo hizo?

Cuando tenía 2 años de edad hasta ahora.

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

Como bien inquieto y se distrae con facilidad no creo que hable demasiado, pero si las dos primeras son bien marcadas.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

Los tic motores, se mueve muchísimo y sabe meterse los dedos a la nariz.

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

Casi nunca, si está motivado acaba todo pero sino no acaba nunca. Yo diría que del 100% el acaba un 60%.

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

Es bien competitivo sobre todo con el hermano, se relaciona normalmente con los de su edad y es amigable.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

Él es muy sociable, entonces se le hace bien fácil hacer amigos.

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Sí mantiene las amistades, cuando él se lleva con alguien sí pasa buen tiempo con él.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

Le gusta los deportes y sobre todo cuando hay velocidad.

Entre los deportes que le gustan el futbol es el principal

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

Todo los días está jugando o haciendo algún tipo de deporte

¿Cuántas veces por semana los realiza?

Casi todos los días anda jugando con los amigos o con el hermano.

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

A parte del futbol, le gusta los videojuegos y yo he visto que con estos se puede concentrar más.

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No le gusta leer

¿Físicas como deportes?

El futbol

¿Meditación?

No ha practicado nunca.

¿Usa medicamentos?

No, no queremos darle porque es muy chiquito

¿Qué tipo?**¿Durante qué tiempo?**

¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?

Código del representante 007

Código del representado 007

Fecha 5 de marzo de 2014

Año lectivo 6 grado

Año de diagnóstico 6 años

Edad 10 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Académicamente ha sido bien bajo, no es bueno para matemáticas ni lenguaje ni sociales. La verdad para lo que sí es bueno es para los deportes. Los profesores siempre me llaman y me dicen que él no pone de parte, que no se queda quieto y pasa molestando en clase. Le han cambiado de puesto varias veces para que no converse con el que está alado, pero él sigue haciéndolo. Incluso le han puesto solo a un lado de la clase pero él se distrae dibujando o jugando con la regla y los esferos.

Socialmente le va bien, se lleva con todos y tiene un grupo de amigos. Son 5 los que van de arriba abajo y se llevan bien siempre están conversando y se reúnen a jugar.

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

No, no ha tenido educación especial pero si tiene una profesora que viene todas las tardes a igualarle en todas las materias.

¿Durante qué tiempo?

Todo este año lectivo, le pusimos en parte por pedido de los profesores que nos decían que iba muy lento y se estaba atrasando.

¿Hace cuánto lo hizo?

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

Se distrae por todo, pero es raro porque en lo que le interesa se absorbe y puede pasar horas en esa actividad. Es bien inquieto mueve los pies, las manos, se menea en la silla, hace

sonidos con los lápices o trata de sacarles la mina; si habla mucho todo el tiempo está hablando y siempre tiene algo nuevo que contar.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

Los tic motores, no para de moverse si no es la pierna es los dedos sino está haciendo gestos con la boca como mordiéndose.

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

mmm si le gusta algo lo acaba en 100% pero sino en un 20% si es que si yo no le presiono él deja ahí y se va a jugar o ver tele.

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

Es buena, como le contaba tiene ese grupo de amigos y él es feliz ahí se pasa jugando y siempre está en contacto con ellos.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

Se le hace fácil, hasta ahora no he visto que tiene problemas llevándose con alguien. Si se le lleva a una reunión si se hace amigo.

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Si las mantiene, por ejemplo tiene un amigo que es el vecino y es su amigo desde que tienen 4 años y todas las tardes se ven para jugar.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

Le gusta los deportes pasa jugando futbol, pero lo que más le gusta es hacer karate con el hermano ahí se pasan los dos todo el tiempo

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

Uiiii todas las noches antes de dormir están jugando a los ninjas o que se yo.

¿Cuántas veces por semana los realiza?

Todos los días, o bueno tal vez unos 4 por semana.

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

El futbol, el karate, le gusta mucho los rompecabezas y si veo que eso le ayuda y también el yoga. Pero lo que he visto que más le ayuda son los rompecabezas, porque con el resto se cansa pero no se ve tranquilo.

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No, no le gusta, dice que le aburre y se enoja.

¿Físicas como deportes?

El futbol, karate

¿Meditación?

Si de hecho yo le llevo a mis clases de yoga a veces y si veo que eso le calma, al menos ya no esta tan inquieto

¿Usa medicamentos?

Si usa Ritalin

¿Qué tipo?

Estimulante

¿Durante qué tiempo?

Va a ser un año desde que empezó a usar.

¿Hubo algún efecto positivo de los medicamentos sobre el comportamiento del niño y su desempeño escolar?

Sí, aunque aún se distrae y es inquieto yo si e visto que es mucho menos desde que está tomando la medicación.

Código del representante 008

Código del representado 008

Fecha 15 de marzo de 2014

Año lectivo 5 grado

Año de diagnóstico 7 años

Edad 10 años

¿Cuénteme brevemente sobre la historia escolar del niño (ej: académico y social)?

Académicamente no le ha ido bien, tiene un montón de problemas y siempre anda con bajas notas, en las clases que más problema tiene son en matemáticas, lenguaje e historia. Pero la que mejor le va es educación física.

Socialmente, no le va tan mal, tiene un grupo de amiguitos que van de arriba abajo, todo el tiempo están juntos, le gusta jugar al aire libre y deportes sobre todo. Tiene un amigo desde los 5 años que es su mejor amigos, a él le suele contar todo y es como que se identifican mutuamente.

¿Su hijo ha tenido algún tipo de educación especial?

Si, estuvo recibiendo terapias para el TDAH, además siempre ha tenido profesor para igualarle en las clases, como le decía que él tiene problemas en matemáticas, lenguaje e historia entonces siempre anda con profesor.

¿Durante qué tiempo?

Trabajan más o menos unas 2 horas diarias luego que el regresa de la escuela.

¿Hace cuánto lo hizo?

Lo hemos hecho desde noviembre más o menos. Nos esperamos tanto porque pensamos que era cuestión de tiempo que mejores sus notas.

¿Cómo describiría el comportamiento su hijo (ej. Muy inquieto, fácil para distraerse, habla demasiado, etc)?

La verdad es muy inquieto, todo el tiempo se mueve y salta y si le decimos que se quede quieto esta con los pies o con las manos jugando. Se distrae por todo, siempre cambia de actividad al poco tiempo, es bien difícil que se concentre en algo hasta acabarlo sino que cambia de atención rápidamente.

La verdad no habla mucho pero si es acelerado ósea cuando algo le gusta no mide el peligro solo se lanza a ver qué es eso o a hacer lo que le llama la atención.

¿Cuáles de los siguiente ítems afecta más al desempeño de su hijo: tics vocales, tics motores, manierismos compulsivos (lavarse las manos constantemente), otros?

Yo creo que todos (jaja) porque siempre está haciendo ruidos y eso molesta a la profesora y compañeros y también está golpeteando con los dedos el pupitre entonces eso hace que siempre le regañen.

¿Qué tan frecuentemente su hijo termina una actividad por completo?

Casi nunca termina, ósea si lo ponemos en porcentaje yo diría que acaba en un 30 % , aunque bueno si es un tema que a él le gusta ahí si se dedica a fondo pero con cosas de la escuela casi no acaba nunca. Yo tengo que decirle todo el tiempo que haga.

Historia social

¿Cómo describiría la relación que tiene su hijo con pares?

A él le gusta más llevarse con menores. Este amiguito que le contaba que tiene desde los 5 años es 1 año menor a él y aunque en la escuela se lleva con sus compañeros se nota que el disfruta más con los menores.

¿Qué tan fácil hace amigos su hijo?

No se le dificulta, se adapta fácilmente no importa donde estemos él se acerca y rápido se pone a jugar o a conversar.

¿Qué tanto mantiene amistades su hijo?

Sí mantiene las amistades, este chiquito que le digo y los amigos de la escuela. Por ese lado yo no le veo problema porque si tiene amiguitos.

Intereses y pasatiempos

¿Cuáles son los principales pasatiempos de su hijo?

A mi hijo le encanta ver tele, pero también jugar futbol y el karate eso le encanta.

¿Cuánto tiempo les dedica estos?

A la tele y al futbol todos los días, pero al karate 3 veces por semana cuando va a la academia, aunque la verdad aunque no vaya si se pone a practicar acá en la casa.

¿Cuántas veces por semana los realiza?

Todos los días de la semana

¿Qué tipo de actividades le ayudan a mantener los síntomas bajos?

El futbol le ayuda a mantenerse cansado pero la verdad luego de venir del karate yo le veo más sereno, ósea como que no se cansa pero si se tranquiliza. También la música le ayuda a concentrarse.

¿Prefiere actividades como lectura? ¿Qué tipo de lectura?

No le gusta. Eso si no le dedica nada de tiempo siempre que le mencionamos incluso ese tema él se enoja.

¿Físicas como deportes?

El futbol, karate

¿Meditación?

Ahí en el karate he visto que le hacen meditar también. Como que es parte del entrenamiento.

¿Usa medicina?

No, la verdad nos recomendó pero preferimos no darle porque es muy chiquito aun.