

UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
ESCUELA DE EDUCACIÓN  
PROGRAMA GRADUADO

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE OCASIONAN  
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD  
EN LOS NIÑOS DE ACUERDO CON  
LA REVISIÓN DE LITERATURA

Carmen Zayas Fontánez

Diciembre 2008

UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
ESCUELA DE EDUCACIÓN  
PROGRAMA GRADUADO

Sirve la presente para certificar que la tesina titulada  
ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE OCASIONAN DÉFICIT DE ATENCIÓN  
CON HIPERACTIVIDAD EN LOS NIÑOS DE ACUERDO CON  
LA REVISIÓN DE LITERATURA

Presentada por:

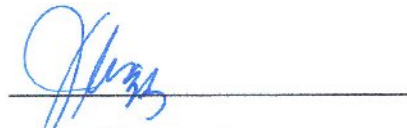
Carmen Zayas Fontánez

Ha sido aceptada como requisito final para la obtención del grado de Maestría en  
Educación con especialidad en Currículo y Enseñanza.



Dra. Janette Orengo Puig  
Consejera de Tesina

11 de diciembre de 2008  
Fecha



Dra. Judith González  
Decana  
Escuela de Educación

12 de diciembre de 2008  
Fecha

## DEDICATORIA

Siempre supe que era afortunada en la vida.

A lo largo de ella he tenido el privilegio de enriquecer mi existencia a través del contacto con seres especiales desde la inspiración ofrecida por unos padres, trabajadores humildes y responsables, que supieron guiar cada paso inicial.

Le doy gracias a mis estudiantes, porque a través de ellos aprendí que esta profesión se justifica si tiene verdaderas herramientas de ayuda y no solo palabras.

Además a todos los niños que tienen la condición del Déficit de Atención con Hiperactividad, en especial a mis sobrinos Ryan Lee, Ray y Grace, quienes fueron el motivo principal para escoger este tema para la investigación documental.

Finalmente la vida me ha obsequiado desde hace 37 años con la compañía de un ser único a quien agradezco infinitamente su respaldo, devoción, respeto y amor.

Por eso les dedico este esfuerzo, a mi hijo Alfredo y a todos los seres especiales que me han hecho quien soy.

Los sueños se hacen realidad si creemos en ellos y luchamos por alcanzarlos.

## AGRADECIMIENTO

Siempre que culmina una disertación hay un equipo de personas maravillosas que generosamente y de forma desprendida contribuyen de una forma u otra con sus aportaciones valiosas para que la misma sea una realidad acabada.

A continuación los quiero mencionar y manifestarles agradecimiento a todos ellos.

A la Dra. Janette Orengo Puig por las sugerencias y correcciones que guiaron al desarrollo y la culminación de esta disertación, por su apoyo y asistencia. Además de ser una brillante profesional, un ser humano especial y afectuoso. Llevo en mi recuerdo su carácter jovial, tranquilidad, hablar pausado y genuina sonrisa.

Además a mi compañera de estudio Nylma Pagán quien desinteresadamente colaboró.

A mi sobrina Yelissa Acevedo por su apoyo y colaboración te debo gran parte de este trabajo, ya que por tus conocimientos computacionales habría sido más difícil.

A todos Gracias.

## RESUMEN

El problema de esta investigación documental consistió en identificar los factores que afectan el aprendizaje de los niños con el TDAH de acuerdo a la revisión de literatura. A estos efectos, y a tono con el propósito y problema de estudio, las preguntas de investigación fueron: ¿Qué factores identifican los estudios, teorizantes, sicólogos educativos que son los que ocasionan que los niños desarrollen Déficit de Atención con Hiperactividad?, ¿Qué factores del entorno contribuyen a aumentar o disminuir el Déficit de Atención con Hiperactividad de acuerdo con la revisión de literatura?, ¿Qué características o factores afectan a los niños con el TDAH adversamente en la sala de clase de acuerdo con la literatura?

La metodología que se llevó a cabo fue una revisión de literatura en libros, investigaciones, revistas sobre los factores que identifican como lo que ocasionan el TDAH. Este estudio permite identificar aquellos factores que afectan a niños con Déficit de Atención con Hiperactividad en la sala de clase de acuerdo la revisión de literatura. Estos resultados pueden ser de utilidad para la capacitación de los docentes que atienden a los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad para que le permitan fortalecer las destrezas para el manejo de control de situaciones de conflictos y disciplinas en el salón de clases de acuerdo a sus comportamientos, fortalezas y áreas a desarrollar. Los resultados se presentan en tablas de distribuciones de frecuencia y porciento de acuerdo a las categorías identificadas de los factores.

Los hallazgos de esta investigación señalan que los factores genéticos y hereditarios son los que ocasionan el TDAH en los niños con más frecuencia de acuerdo a la revisión de literatura encontrada.

## TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
Portada.....	1
Página Aprobatoria.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Tabla de Contenido.....	v
Lista de Tablas.....	vii
Nota aclaratoria.....	viii
Capítulo I: Introducción.....	2
Trasfondo Histórico.....	2
Problema.....	11
Propósito de estudio.....	12
Preguntas de investigación.....	12
Justificación.....	12
Marco teórico.....	15
Definición de términos.....	17
Capítulo II: Revisión de Literatura.....	18
Tratamiento.....	22
Leyes y Deberes.....	26
Capítulo III: Metodología.....	35
Introducción.....	35
Diseño de la investigación.....	35

	Páginas
Muestra de la investigación .....	35
Descripción de la muestra.....	35
Procedimiento.....	36
Recopilación de datos.....	37
Capítulo IV: Hallazgos.....	38
Introducción.....	38
Presentación de hallazgos.....	41
Capítulo V: Conclusión.....	44
Introducción.....	44
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Resumen.....	46
Referencias.....	47

Lista de tablas

Tabla	Título	Página
1.....	Factores que ocasionan el Déficit de Atención con Hiperactividad de acuerdo con teorizantes, estudios en Estados Unidos, estudios en Puerto Rico, psicólogos educativos y educadores.....	41
2.....	Factores del entorno educativo de acuerdo con la revisión de literatura.....	42
3.....	Características asociadas al TDAH que afectan adversamente de acuerdo con la revisión de literatura.....	43



#### NOTA ACLARATORIA

Para propósitos de carácter legal en relación con la Ley de Derechos Civiles de 1964, el uso de los términos maestros, supervisor, estudiantes, niños y cualquier otro que pueda hacer referencia a ambos géneros, incluye tanto al masculino como al femenino.

## Capítulo I Introducción

### *Trasfondo histórico*

La presente investigación tuvo como propósito oscultar factores que ocasionan Déficit de Atención con Hiperactividad de acuerdo a la revisión de literatura. Se ha encontrado evidencias que reflejan que el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) no se origina en el ambiente familiar, sino que es debido a causa biológica. La misma sostiene que se relaciona mas con factores de riesgo neurobiológicos que son factores psicosociales están en continua interacción en la formación y en el desarrollo del ser humano. Además se plantea que los factores mencionados están en continua interacción, la realidad es que no existe una relación clara entre la experiencia que vive el niño en el hogar y su medio ambiente y el TDAH. Por lo tanto, no todos los niños que provienen de hogares disfuncionales o inestables presentan las características del TDAH (Bauermeister y Matos, 1997).

Al hablar de factores que provocan o afectan a los niños en la sala de clase Joselevich et al. (2003) señala que los niños TDAH pueden tener preocupaciones excesivas y constantes respecto a su rendimiento en la escuela, y con los amigos o en los deportes, presentan un temor exagerado a quedar en ridículo. Los niños TDAH tienen dificultad de seguir la conducta que la escuela espera como ideales, como prestar atención por largos períodos de tiempo, quedarse quietos, concentrarse, no distraerse, seguir una tarea durante un período de tiempo fijado por el maestro, entre otras. Al no seguir la modalidad de la escuela, terminan citados en la oficina del director. La identificación de factores que afectan a los niños con TDAH es el objetivo de esta investigación documental. La información obtenida, a través, de la revisión de literatura

ha permitido no tan sólo con esta objetivo, sino que también ha brindado guías para posibles estudios, de los factores que afecta el TDAH en los niños. En la revisión de literatura se describen las conductas, correspondiente a los criterios, diagnósticos del TDAH descritos en el DSM IV (APA, 1994). Rickel y Brown (2007) señalan diversos factores ambientales contribuyen al Trastorno del TDAH, se asocian o pueden exacerbar una predisposición a éste.

El trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad es una condición médica de origen siquiátrico y neurológico que se caracteriza por lapsos de atención inapropiados a la edad y etapa de desarrollo, hiperactividad e impulsividad. Según Barkley, (1990) estos niños sufren de una deficiencia en las conductas regidas por reglas. Routh, D.K. (1980) define la condición como “la incapacidad constante de los niños para satisfacer, de acuerdo con su edad, exigencias circunstanciales de actividad contenida, atención sostenida, resistencia a distracciones e inhibición de respuestas impulsivas”. (p.5). Aunque se piensa que más de una causa produce la condición, se le está dando atención especial a la neuroquímica. Al estudiar el metabolismo de la glucosa en el cerebro en los pacientes hiperactivos, se encontró que éstos tienen niveles más bajos de utilización de glucosa. Los hallazgos apoyan la hipótesis de que esa disminución en la función metabólica está relacionada con o es la causa de la hiperactividad (Barkley, 1990).

Smith (2000) señala que en los últimos años los términos de DDA (Déficit de Atención) y TDAH (Déficit de Atención con Hiperactividad) han llegado a ocupar un lugar prominente en las discusiones sobre los niños con desórdenes neurológicos. Grupos de profesionales y padres clasifican el ADD y el TDAH como condiciones totalmente separadas de los problemas de aprendizaje. Según Smith (2000) señala que

ambas condiciones están íntimamente asociadas, ya que muchos estudiantes con problemas de aprendizaje también sufren de desórdenes de atención que se derivan de disfunciones neurológicas similares, aunque se pudieran originar en diferentes partes del cerebro. No todos los estudiantes con desórdenes de atención tienen problemas de aprendizaje; pero muchos de ellos los tienen.

Investigaciones interculturales de Rohde, Szobot, et al. (2005) demostraron rangos similares en la prevalencia y herencia del TDAH, llevaron a cabo el meta-análisis de información de los patrones de diagnóstico del TDAH en Brasil, así como de patrones en la continuidad familiar, e índices de comorbilidad (el TDAH y los problemas de conducta e impulsividad se presentan al mismo tiempo) que fueron similares a los observados en países desarrollados. Señalan los autores que los factores ambientales como el tamaño del salón de clases y los antecedentes culturales pueden influir en la percepción de los maestros acerca de aquellos alumnos a quienes se les ha identificado con los síntomas asociados con el DDA estas percepciones también pueden influir en el curso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (DDA). Señalan los autores que hay pocos estudios que exploran el DDA en las culturas y en los grupos étnicos (Brown, 2006).

Guzmán (2003) cita a Gottfried (1992) que los educadores ven la creatividad como un concepto directo que podría introducir reformas del sistema educativo. Lowenfeld (1980) define creatividad como aquella fuerza y talentos que tratamos de determinar por medio de las emociones complejas y en parte, poco exactas, tales como intuición, imaginación, riquezas de ideas, inventativa, originalidad, pensamiento productivo, solución de problema. También Lowenfeld (1980) plantea la creatividad es

el recurso más valioso que tienen los educadores para afrontar los conflictos y dificultades del quehacer diario con los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), (2000) divide en tres subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Estos tres subtipos son: (1) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo predominante Falta de Atención, (2) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo predominante hiperactividad, impulsividad y el (3) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se inicia con hiperactividad, tipo combinado. Los síntomas asociados al trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se inician antes de los siete años de edad y debe exhibirse en dos o más ambientes como son la escuela y el hogar de acuerdo a la (Asociación Psiquiátrica Americana en el año (1994) citado por González, (2008).

A continuación se describen los diferentes subtipos del TDAH y sus diferentes criterios diagnósticos. El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo predominante falta de atención, está asociado a la inhabilidad que presenta el niño para responder a las tareas o juegos de forma adecuada al compararlo con su grupo de pares. Requiere la presencia de por lo menos seis de los síntomas de falta de atención. Estos síntomas deben estar presente por un periodo de seis meses o más, afectando en intensidad y frecuencia la conducta adaptativa del niño (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM – IV TR, 2000).

Los niños y jóvenes con características predominantes de falta de atención por lo general: (a) no prestar atención suficiente a los detalles o incurren en errores por descuido

en las tareas escolares, o en otras actividades; (b) a menudo presenta dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego; (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente; (d) a menudo no finaliza las tareas y obligaciones escolares; (e) a menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades; (f) a menudo evita rechaza o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como actividades escolares o del hogar; (g) a menudo pierde objetos necesarios para tareas o actividades; (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes; (i) a menudo es de cuidado en las actividades diarias, (DSM – IV Manual de Estadística y Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad impulsivo, está asociado a la dificultad del niño para controlar sus impulsos. Este subtipo divide los 9 síntomas en dos áreas: seis síntomas de hiperactividad y tres síntomas de impulsividad. Estos síntomas deben estar presentes por un periodo de seis meses o más, afectando en intensidad y frecuencia la conducta adaptativa del niño, (DSM – IV TR Breviario 2002). Los niños y jóvenes con características predominantes de hiperactividad por lo general: (a) a menudo mueven en exceso manos a pies, o se mueve en su asiento; (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado; (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo; (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; (e) a menudo interrumpe conversaciones y juegos; (f) a menudo habla excesivo, (DSM – IV, Manual Oficial de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría 2002). Los niños y jóvenes con características predominantes de impulsividad por lo general; (g) a menudo precipitan respuestas antes de haber sido

completadas las preguntas; (ch) a menudo tienen dificultades para esperar su turno; (i) a menudo interrumpe a se inmiscuye en las actividades de otros, tales como juegos y conversaciones según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV TR, 2000).

Estudios realizados a los que se hace referencia para establecer un principio de los trastornos de bajo nivel de atención fueron una serie de lecturas presentadas por George Still 1902, pediatra inglés. Still describió 20 niños, en su mayoría sobre actividad e inatención que se iniciaron antes de los ocho años. No todos eran agresivos, desafiantes y resistentes a la disciplina, excesivamente emocionales, sin respeto a las reglas y de mayor amenaza para otros niños (González, 2008).

Para el año 1980 se publica en los Estados Unidos de Norte América, el Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM-111, Manual Oficial de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría) en el cual se reconoce oficialmente y define el desorden utilizando una serie de síntomas similares a las características anteriores. La hiperactividad se describía como un síntoma presente con frecuencia, pero no esencial para el diagnóstico y se especifica que la condición tenía que comenzar antes de los siete años; criterio que se ha mantenido hasta la última revisión en el DSM – IV (TR) (2000). De esta manera la naturaleza cognoscitiva y de desarrollo fue enfatizada permitiendo criterios más explícitos para la definición y el diagnóstico de la condición.

Datos de estudio de necesidades obtenido por el Departamento de Salud a través de Pinines (cuestionario que se administra en asistencia médica) y la población de la Reforma de salud. Indicó que el número de estudiantes con la condición de DDA en Puerto Rico va en aumento. Para el año 1999 se identificaron 2,815 casos entre las edades

de 0-9 años y 1,474 entre las edades de 10-19 años. La cifra del año 2,000 fue de 3,465 entre 0-9 años y 2,275 entre 10-19 años. Este aumento significativo de ésta condición nos insta a identificar todas las herramientas para trabajar con esta condición y con todo lo que implica. Los argumentos presentados demuestran lo esencial de evaluar los intereses y necesidades de capacitación que tienen los profesionales de desarrollar estrategias para estudiantes de nivel elemental que presenten este diagnóstico el Déficit de Atención con Hiperactividad resulto el desorden más común en menores de 6 años.

Charleman (2002) hace referencia a Bauermeister en su libro *Manual de orientación a maestros y padres*. Un ambiente escolar con unas limitaciones de espacio, un nivel alto de distracciones en el salón, demandas académicas muy altas o muy bajas, pueden contribuir a agudizar las dificultades de atención a los niños con el TDAH .

Bauermeister (2000) señala el autor que los niños con el TDAH responden mejor a un ambiente estructurado y predecible. Además el ambiente escolar será clave pues ahí será donde una mayor atención, control de impulsos y habilidades motoras son requisitos para el éxito de niño. La evidencia científica no es abundante es cuanto a como los factores escolares y familiares pueden afectar a un niño con el Déficit de Atención con Hiperactividad, debemos recordar que, independientemente de los factores o causas las características del desorden de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad impactaran la habilidad del niño para funcionar en el hogar, en la escuela y situaciones sociales.

Señala Charleman (2002) algunas estrategias de enseñanza para niños con TDAH en la sala de clase:

- 1-Exponer al estudiante únicamente a los materiales, equipo y estímulos que se usaran en la tarea en particular.



2- Ubicar al estudiante en un lugar lejos de puertas y ventanas que puedan distraerlo. Se debe mantener al niño lo más cerca posible del maestro. Asegurarse de que tiene una libreta donde apunte todo lo que tiene que hacer.

3- Tener una libreta donde pueda tener apuntes sobre sus tareas.

Señala la autora a pesar de que existen varias técnicas que los especialistas han identificado como efectivas en la intervención con niños con el diagnóstico de TDAH. Normalmente no se aplican en salón de clases. Según Joselevich (2003) la escuela es de máxima importancia para la calidad de vida de los niños con TDAH ya que sus síntomas son variables y de aparición situacional, por lo cual merece entonces una comprensión específica de parte del entorno. El medio ambiente es un escenario importante. Por ello, señala la autora que las instituciones escolares son el marco de referencia inmediato para los niños. Otro aspecto importante señalado es que la escuela desempeña un importante papel en sus vidas, como reguladora del aprendizaje, de las inversiones sociales y de la adquisición de normas y valores.

Parés (2003) señala que entre los acomodos que el Departamento de Educación le ofrece a un niño que padece de este trastorno están los siguientes, tiempo adicional para tomar un examen, administrar exámenes orales, lectura del material que se cubrirá en la clase. González (2008) cita a Herat et al (1995) sostienen que el desarrollo de la capacidad de eliminar estímulos y distractores y centrarse en la tarea, que aumenta progresivamente con la edad, no se produce adecuadamente en los niños hiperactivos. Pearson et al (1991) argumentan estos autores que los niños con Déficit de Atención presentan serias dificultades para realizar dos actividades simultáneamente. De igual

forma, experimentan problemas en la tensión sostenida que se manifiestan en la incapacidad para permanecer en una misma actividad el tiempo necesario para realizarla correctamente. Por lo tanto, no pueden mantener la tensión en tareas largas y muestran un declive en la ejecución a lo largo del tiempo, especialmente si la tarea pierde su carácter novedoso (González, 2008).

González (2008) cita a Barkley (2003) estudios realizados indican, que añadir un estímulo a una tarea puede aumentar la habilidad del niño con TDAH para prestar atención y completar su trabajo con menos errores. Los resultados apuntan a que se debe intentar aumentar la novedad, estimulación o diversión en las tareas que se les pide que hagan los niños con TDAH, en el hogar y en la escuela. Este estudio valida la premisa de que los niños con el Déficit de Atención con Hiperactividad tienen grandes problemas en las escuelas cuya metodología de aprendizaje es la tradicional.

González (2008) en su libro *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad* menciona a Zentall y sus colaboradores de la Universidad de Purdue, los cuales demostraron en varios estudios que añadir color al material de trabajo que se utiliza en las escuelas con una población de niños y adolescentes con el TDAH reducía los errores que éstos cometían en sus tareas escolares otros problemas académicos asociados al TDAH incluyen, pobre ejecución en exámenes, destrezas y hábitos de estudios inadecuados, libretas desorganizadas y falta de atención a lo que dice el maestro. Los niños con TDAH manifiestan una falta de atención reflejan un rasgo básico en la dificultad para sostener y mantener la tensión. No es que el niño no atienda a los estímulos por consiguiente se cansa rápido de las tareas, se distraen por cualquier estímulo irrelevante. González (2008)

señala recomendaciones que favorecen el proceso de enseñanza aprendizaje de los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad:

- 1- Animar al niño cada vez que le falte entusiasmo y energía.
- 2- Desarrollar técnica que ayuden al niño a concentrarse y aprender, e implantarlas.
- 3- Inspirar y motivar al niño para que participe en actividades de socialización.
- 4- Utilizar más material visual con colores durante la clase, así se ayudara al niño a entender con más facilidad el material que se está enseñando
- 5- Se debe evitar colocar al niño con TDAH en una mesa donde hay otros niños haciendo la misma tarea, esto minimiza la distracción de este

### *Problema*

El problema de esta investigación documental era investigar cuáles son los factores que ocasionan TDAH en los niños de acuerdo a la literatura. Es un problema porque cada día hay más niños diagnosticados con este trastorno y los educadores necesitan conocer sobre los factores que afectan e influyen en el proceso de enseñanza aprendizaje a los niños con esta condición.

### *Propósito de estudio*

El propósito de esta investigación era establecer los factores que identifican en la literatura que son los que ocasionan Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños.

### *Preguntas de Investigación*

1. ¿Qué factores identifican los estudios, teorizantes, sicólogos educativos que son los que ocasionan que los niños desarrollen Déficit de Atención con Hiperactividad?
2. ¿Qué factores del entorno contribuyen a aumentar o disminuir el Déficit de Atención con Hiperactividad de acuerdo con la revisión de literatura?
3. ¿Qué características o factores ocasionan a los niños con el TDAH adversamente en la sala de clase de acuerdo con la literatura?

### *Justificación*

Los problemas académicos asociados al DDH están relacionados a la dificultad que presenta el niño para ajustarse al ambiente y para organizarse mentalmente. Su ejecución en el salón de clases está caracterizada por falta de atención para seguir instrucciones. Esta investigación es importante para que el niño pueda desarrollarse en un ambiente estructurado para que pueda funcionar en la escuela y en situaciones sociales. El Déficit de Atención con Hiperactividad es una de las condiciones de salud mental que tiene una alta prevalencia en Puerto Rico. Por consiguiente, presenta un problema tanto de nivel de salud mental como educativo. Los problemas académicos asociados al TDAH están relacionados a la dificultad que presenta el niño para ajustarse al ambiente y para organizarse mentalmente.

El Déficit de Atención con Hiperactividad (ADH) es la etiqueta que pone el diagnóstico médico oficial a un patrón de síntomas de inatención o de impulsividad según

el Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales DSM-IV, 4ta. Edición, 1994. Se estima que el TDAH se presenta en alrededor de un 3 % a un 7.5% de la población en edad escolar (Barkley, 2006). En general, aproximadamente 5 % de la población en edad escolar en los Estados Unidos de Norte América cumple con el criterio para este trastorno (American Psychiatric Association, 2000) y la Asociación Psiquiátrica Americana, (2000). La prevalencia del Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) varía con frecuencia de acuerdo con el informante, cuidador, maestros y otros. Sin embargo, los estudios de la incidencia del TDAH varían, dependiendo de qué tan estrictos sea el criterio. Investigaciones realizadas en la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota, se incluyeron un diagnóstico clínico y la documentación de apoyo de los archivos médicos y de la escuela, St. Sauver, Barbaresi, et al. 2004 concluyeron que 7.5% de los niños en edad escolar presentan el trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Armstrong (2005) menciona a Church et al (1996) el cual señala las conductas correspondientes a la descripción del TDAH podrían verse como una muestra de energía mal dirigida. Las artes expresivas brindan la oportunidad de canalizar esa energía en una dirección positiva. Los investigadores han indicado que muchos niños con el diagnóstico del TDAH no manifiestan una conducta tan dispersora cuando realizan actividades artísticas, como pintar, hacer representaciones teatrales, bailar o jugar, como cuando efectúan tareas escolares tradicionales. Estas artes expresivas suministran canales por los cuales puedan encauzarse las energías dispersas de los niños.

Brown (2006) menciona que según Pérez (2004) la educación artística en los niños con necesidades especiales tiene un impacto directo sobre el desarrollo de sus

habilidades viso-motoras, su autoestima, comportamiento social y su nivel de atención. Brown (2006) et al señala que los niños con Déficit de Atención son un reto para los maestros y para la escuela, una comunicación fluida entre los padres y el personal de la escuela puede ser muy importante para que los niños obtengan buenos resultados en las áreas académicas.

Lowenfeld (1980) plantea la creatividad como el recurso más valioso que tienen los educadores para afrontar los conflictos y dificultades del quehacer diario. La educación tradicional y la planificación educativa en general, no han fomentado la creatividad ni la producción del pensamiento divergente. Unos de los cambios más significados que la creatividad confiere a la educación es la apertura hacia la innovación y la construcción del pensamiento lateral; el cual según De Bono (1994), puede ser utilizado por cualquier persona para producir ideas creativas, nuevas y atractivas.

El Déficit de Atención con Hiperactividad (ADH) es la etiqueta que pone el diagnóstico médico oficial a un patrón de síntomas de inatención o de impulsividad según el *Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales DSM-IV*, 4ta. Edición, (2000). Se estima que el TDAH se presenta en alrededor de un 3 % a un 7.5% de la población en edad escolar (Barkley, 2006). En general, aproximadamente 5 % de la población en edad escolar en los Estados Unidos de Norte América cumple con el criterio para este trastorno (American Psychiatric Association, 2000) y la Asociación Americana Siquiátrica (2000). La prevalencia del Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) varía con frecuencia de acuerdo con el informante, cuidador, maestros y otros. Sin embargo, los estudios de la incidencia del TDAH varían, dependiendo de qué tan estrictos sea el criterio. Investigaciones realizadas en la Clínica

Mayo en Rochester, Minnesota, se incluyeron un diagnóstico clínico y la documentación de apoyo de los archivos médicos y de la escuela St. Sauver, Barbaresi concluyeron que 7.5% de los niños en edad escolar presentan el trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) citado Rickel y Brown (2008).

### *Marco teórico*

El estudio del desarrollo del pensamiento ha sido tratado desde comienzos de la psicología y de la educación como ramas del conocimiento. No obstante, aún en la actualidad no se ha podido dar explicación con certeza de cómo es que se lleva a cabo el proceso de la adquisición de información. En este proceso de aprendizaje de adquisición de información intervienen otros procesos paralelos como memoria, asociación de ideas, razonamiento y otros. Todos son productos de lo que se conoce como inteligencia, la cuál puede considerarse como representación simbólica en la memoria, manipulación conocida como pensamiento (Mayor, 1993). El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un síndrome conceptual de origen orgánico neurobiológico, que se manifiesta con frecuencia en niños y también en diagnósticos en adultos.

Según Barkley (1997) los niños con el (DDA) saben lo que tienen que hacer: prestar atención, seguir instrucciones, completar trabajos asignados y esperar el turno), pero se les hace difícil hacerlos en los momentos en que estas conductas son requeridas. Señala Brooks (1991) que para entender a nuestros estudiantes con Déficit de Atención con Hiperactividad (DDA), es necesario que nos pongamos en su situación y veamos el mundo a través de sus ojos. No es tarea fácil practicar continuamente la recomendación de colocarse en la situación del niño/a o adolescente con el diagnóstico de DDA. Sin embargo, si se logra hacer en los momentos difíciles de su vida, podremos entender por

lo que está pasando y evitar reacciones que puedan lastimar su autoestima. El déficit de atención con hiperactividad (DDA) es un trastorno generalizado que normalmente afecta todos los aspectos de la vida de un individuo. Es una de las condiciones emocionales y conceptuales más frecuentes con las que se enfrentan los padres, maestros y la sociedad.

Para el 1990 en Estados Unidos de Norte América, el número de niños diagnosticados y tratados con DDA se ha incrementado sustancialmente. Actualmente se estima que del 3 a 5 % de la población escolar se le diagnostica DDA (Barkley, 1998; cita a Hallahan y Kauffman, 2000). El trastorno se presenta de cuatro a nueve veces más en niños que en niñas. Bradley (1937) fue uno de los primeros contribuyentes en el desarrollo de trabajos orientados hacia el uso de la medicación para niños con desordenes de conducta. Los resultados de sus investigaciones probaron la eficiencia del uso de las anfetaminas en la reducción de estas conductas mejorando así la ejecución académica de estos niños. En 1957, el metilfenitado (Ritalin) fue descubierto como un estimulante que disminuye la sintomatología asociada al TDAH. A pesar de las polémicas que surgieron posteriormente sobre el uso de psicofarmacología para niños con el TDAH, la prescripción de medicación estimulante se convirtió en la selección de tratamiento más utilizado en la década del 70. El tratamiento del TDAH mediante el uso de medicamentos es un tema de gran controversia, a pesar de su mostrada eficacia en investigación bien hecha. Son muchos los mitos en torno a los efectos, tanto positivo como negativo.

### *Definición de términos*

A continuación se presentan los términos utilizados en esta investigación documental.

Déficit de Atención – trastorno caracterizado por la dificultad de mantener la atención, impulsividad hiperactividad. Es uno de los problemas más



prevalentes, en siquiatría infantil su incidencia es mayor en varones y en hembras (American Psychiatric Association, 1994).

Inatento – desatento dificultad para concentrarse en una sola cosa (APA, 1994).

Hiperactividad – actividad motora excesiva o inapropiada (APA, 1994).

Impulsividad- acción de incapacidad en controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar.

Trastorno – comportamiento con manifestaciones diferentes según la edad (APA, 1994).

## Capítulo II: Revisión de Literatura

A partir de la década del 90 ha surgido un incremento de la atención pública dirigida a la necesidad de estudiar y desarrollar estrategias de intervención efectivas para el manejo de las conductas asociadas al trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). El aumento de los niños preescolares y escolares identificados con el TDH alcanzan cifras sin precedentes tanto para Puerto Rico como para los Estados Unidos de Norte América (Bauermeister y Matos 1997). La principal característica del trastorno oposicional desafiante del TOD, según el DSM – IVTR (Asociación Americana Psiquiátrica), (2000) es una pauta recurrente de comportamientos negativos, desafiantes, desobedientes y hostiles hacia las figuras de autoridad. Ensayan argumentos para no seguir las instrucciones que reciben o para no responsabilizarse de sus propios actos, molestan deliberadamente a los demás y frecuentemente culpan a otros de sus propios errores o disconductas. Según, Scandar (2000) el 50 % de los niños con ADHD padecen algún otro trastorno. El trastorno de conducta (TC) y el trastorno oposicionista desafiante (TOD junto al con el AD/HD conforman el clásico grupo de los trastornos disruptivos del comportamiento infantil, hecho que ha oscurecido los síntomas que abarcan la esfera cognitiva de los mismos, en especial en el caso del trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en el que se han verificado dificultades vinculadas con el funcionamiento de las funciones ejecutivas.

El trastorno de conducta (TC) y el trastorno oposicionista desafiante (TOD), junto con el AD/HD presentan un grupo de síntomas que se pueden suponer confundir, pero hay que escrutar con mucho cuidado. En efecto, en diversos trastornos disruptivos del comportamiento pueden observarse ciertas conductas similares, como son:

1. No seguir órdenes o instrucciones de las personas con autoridad, por ejemplo padres o docentes;
2. Tener dificultades para respetar las reglas de los juegos;
3. Exhibir un comportamiento opuesto al esperado y recomendado;
4. Interrumpir las actividades de los demás niños, ya se trate de juegos o de trabajos escolares;
5. Provocar o molestar verbalmente a los demás, agredir físicamente a otros niños y / o relacionarse de forma cruel con los animales. Mentir, ocultar y engañar, desplegar estrategias para evitar aceptar la responsabilidad por las cosas hechas. J. Piedrafito (2007).

Según Casanova (2005) los niños con esta condición tienen mayores probabilidades de problemas de conducta que el resto de los niños. Se estima que de un 40 % a un 60 % de los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad demuestran signos de problemas de conducta, surge aquí el término desorden desafiante y oposición el cual se caracteriza por un patrón negativo, conducta desafiante, estado de ánimo alterado, frecuentemente difícil, testarudo y terco. Otra clasificación es el desorden de conducta en el cual el niño presenta dramáticamente violar las normas sociales y legales. Los padres de niños que tienen este desorden los describen como tercos, imponentes y que siempre discuten. Los niños con Déficit de Atención son más propensos a abandonar la escuela antes de terminar la escuela superior.

En el Manual de Procedimientos de Educación Especial según revisado, del Departamento de Educación de Puerto Rico (2004) se define el déficit de Atención como un trastorno neurobiológico que interfiere con la capacidad del estudiante para mantener

atención, concentrarse en una tarea y detener la conducta impulsiva. Según Barkley (1990) la importancia del estudio sobre Déficit de Atención es una condición biológica que afecta primordialmente la capacidad del estudiante para focalizar eficazmente y mantener la atención en un tiempo razonable prolongado en la tarea escolar. Suele manifestarse en la imposibilidad de permanecer sentado largo rato moviéndose continuamente en el asiento, correr con mucha frecuencia, interrumpir a los compañeros.

La neurociencia indica que el Déficit de Atención es un trastorno derivado del funcionamiento ineficiente tanto de la materia de trabajo (que es un proceso de codificación, este tiene que verse como un problema primario de la atención o de la memoria a largo plazo (Denckla, 1996). Según Barkley (1990) las modificaciones del entorno escolar son muy útiles y fuera de toda duda, han demostrado su efectividad en numerosos estudios. Se han encontrados ciertas dificultades asociadas con otros factores que influyen la conducta de los niños con el diagnóstico de TDAH: problemas emocionales relacionados con baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, dificultades ante destrezas pro – sociales, dificultad para sensibilizarse ante consecuencias sociales. Los problemas de conducta asociados al trastorno son: cambios variados e imprescindibles en el estado de ánimo, irritabilidad ante estímulos menores y rabietas (APA) DSM – IV (2000). El desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad se refiere a patrones persistentes, falta de atención con hiperactividad, cuya frecuencia y gravedad es mayor de lo que típicamente se observa en individuos de un nivel comparable.

González (2008) cita a Bauermeister, Bird y Canino (1994) los cuales exponen que el desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad se origina en el cerebro

humano y sus síntomas siempre ha estado presente desde los comienzos de nuestra civilización. Científicos especializados en la conducta aseguran que a principios del siglo XX, comienza la historia moderna del Déficit de Atención con Hiperactividad. El Manual de Procedimiento y de Educación Especial según revisado, del Departamento de Educación de Puerto Rico (2004) enumera algunas consideraciones al organizar el salón de clases tales como: estructurar las clases para limitar las distracciones, poner a la vista las reglas del salón de clases. Según González (2008) Still (1902), realizó un estudio donde demostró que el DDA es un desorden neurológico. Este médico utilizó los jóvenes de ambos sexos con características especiales: altamente hiperactivos, y por lo tanto despreciados por la sociedad.

Lo interesante es que el Dr. Still estudió el historial de estos jóvenes que provenían de hogares socialmente económicos respetables. Él observó que los niños de hogares pobres no tenían estos problemas. También este médico descubrió que los padres de estos niños hiperactivos con estos problemas de conducta tenían un historial médico psiquiátrico de depresión, alcoholismo y problemas de conducta. Los estudios tanto de origen psicológico como psiquiátrico lo llevaron a teorizar que los desordenes neurológicos pasaban de generación en generación. Este fue el comienzo de un nuevo modelo del pensamiento clínico sobre el ADHD y el DDA. El castigo físico era lo más común para este problema neurológico (González, 2008).

Los textos pediátricos del siglo XX, estaba lleno de descripciones de cómo castigar a estos niños y como exhortar a los padres. Still, apoyó la teoría del padre de la psicología americana, William James. Él desorden de la falta del Déficit de Atención con Hiperactividad y lo relacionó con defecto neurológico. También teorizó sobre una posible

inhibición o varios estímulos de la corteza cerebral en la cual el intelecto estaba disociado de la voluntad para presentar atención y autorregular su comportamiento tiene consecuencias negativas para él y para las personas que lo rodean. Estas pueden ser: sentimientos de infelicidad, trabajo escolar inconsistente o por debajo de los esperado, dificultades para seguir las reglas establecidas en el hogar y la escuela, dificultad para relacionarse o ser aceptados por otros (González 2008).

### *Tratamiento*

El tratamiento para el Déficit de Atención con Hiperactividad mediante el uso de medicamentos es un tema de gran controversia a pesar de la demostración de su eficacia e investigaciones aprobadas. Científicos especializados en la conducta han demostrado que cuando las personas con el diagnóstico esta en alto riesgo de afectarse educativamente por los síntomas de dicha condición, los medicamentos podrían ser de gran ayuda. Bauermeister (2000) establece que esta forma de tratamiento debe de ser discutida por un profesional especializado en el tratamiento de la condición y este legalmente autorizado.

Los efectos favorables de los medicamentos estimulantes para niños con TDAH, son los siguientes:

- 1- Aumento en el lapso de atención;
- 2- Reducción en el nivel de impulsividad y actividad motriz gruesa. Esto disminuye la conducta agresiva perturbadora y desobediente de los niños con el TDAH;
- 3- Mejoramiento de las destrezas motrices finas las cuales se van a reflejar en la calidad y la organización del trabajo escrito en los niños;
- 4- Un mayor aumento en la cantidad en los trabajos escolares;

5- Mejoramiento de las relaciones interpersonales con los padres, familiares, maestros y compañeros en la sala de clases.

Bauermeister (2000) indica que los medicamentos estimulantes pueden tener también efectos secundario desfavorables, entre ellos mencionamos; falta de apetito, insomnio, aumento leve en el ritmo cardiaco, dolores de estomago o cabeza, movimientos involuntarios, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo. Afirma Bauermeister (2000), que las investigaciones pasada muestran que el uso de estos medicamento podía impedir el ganar peso y afectar el crecimiento de niños. De acuerdo a las investigaciones recientes muestran que no es el caso, ya que los estudiantes mostraron que la estatura que va a tener el niño con DDA no va afectarse por el tratamiento con tales medicinas. Según Barkley (2000), el efecto secundario más común en estos niños es la pérdida de apetito. Está aclarando el autor anterior que esto lo presenta un 50% de los niños que toman medicamentos estimulantes.

Brown 2006, cita a Barkley (1937) el cual señala que no hay evidencia que sustente que la pérdida de apetito afecta la estatura de estos. Utilizó por primera vez estimulantes para tratar a niños y adolescentes con los trastornos de conducta que de acuerdo a criterios diagnósticos actuales serian incluidos en el diagnostico con ADHD. Bradley utiliza una forma racémica de anfetamina con su forma activa levógira. A partir de la década de los sesenta se han realizado numerosos estudios controlados que demuestran la eficacia de los estimulantes para tratar los síntomas centrales del (DDH). Durante la década de los años setenta se triplico el uso del metilfenidato en Estados Unidos, debido a un mayor reconocimiento del síndrome y una mayor información respecto a la medicación. Durante la década del setenta investigaciones llevadas a cabo se

demonstró que el metilfenidato mejora al aprendizaje, medido a través de test de pares asociados en el laboratorio, se observó que disminuye la impulsividad, y que mejora la atención sostenida en un test de rendimiento continuo. El tratamiento demostró la eficacia del metilfenidato y el dextro anfetamina mejoraron aspectos de la conducta, desatención, hiperactividad y sociabilidad en la sala de clases.

Señala Barkley (1997) cita a Herward (2003) que los niños con DDA presentan un reto para la familia, los educadores y compañeros de clases. Herward afirma que la inhabilidad de estos niños para mantenerse trabajando en sus tareas académicas y debido al comportamiento impulsivo sus habilidades para aprender se ven afectadas. La incidencia del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad prevalece más en adolescentes que no reciben la atención apropiada para este trastorno Barkley (2006).

Quirós, et al. (2005) indican en su libro Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en niños, adolescentes y adultos A.D/H.D. que aunque el DDA puede crear dificultades en muchos aspectos de la vida del niño y el adolescente, la escuela suele presentarle uno de los mayores desafíos para estos niños que presentan esta dificultad. También indicaron que los niños deben cumplir con lo que se debe de hacer en sus tareas escolares estos se le añaden las dificultades que producen los niños con DDA en el desarrollo general de la clase y la conducta de los demás compañeros. El propósito de esta revisión fue presentar estudios en el área de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Señala Brown (2006) que numerosos estudios realizados indican que algunos medicamentos alivian los síntomas del TDAH, el tratamiento médico puede resultar insuficiente en algunos casos, especialmente en aquellos niños y adolescentes cuya



conducta es muy negativa en la escuela, con compañeros de clase y sus familiares. Muchos de estos niños necesitan ayuda sistemática para desarrollar patrones de conducta mas adaptados. Además los medicamentos actuales no son eficaces en todos los niños con TDAH como ya hemos mencionado entre el 20 % y el 30% de los pacientes diagnosticados no tienen una respuesta significativa al tratamiento médico. En esta situación puede ser útil aplicar tratamientos conductuales. Las estrategias conductuales tienen que adaptarse estrictamente a cada contexto y al nivel del desarrollo de cada niño.

Estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental (MTA, 1999) señalan que el uso de los medicamentos estimulantes solo, vigilado cuidadosamente en cada niño, ofrece una ayuda significativamente mayor que la que pudieron desarrollar la mejor batería de apoyo conductual. Los niños que recibieron el tratamiento combinado de medicamento y tratamiento conductual exhaustivo no demostraron una mejoría mayor de sus síntomas del TDAH que los niños tratados sólo con medicamentos cuidadosamente controlados. Las terapias combinadas fueron más útiles en algunos casos relacionados, pero los tratamientos no médicos no mejoraron, en el mejor de los casos, los síntomas del TDAH tanto como el tratamiento médico cuidadosamente controlado (Brown, 2006).

Brown (2006) cita que Ernest, et al. (1999) efectuaron un estudio de neuroimagen en el que se comparaba los cerebros de los niños con TDAH frente a controles normales en estas imágenes se demostró que los niños con TDAH tenían una anomalía en el procesamiento de la dopamina en sus regiones mesencefálicas. Brown (2006) cita a Hinshaw (2002) revisó los estudios sobre las lesiones accidentales en niños diagnosticados con TDAH. Como consecuencia de su conducta impulsiva e hiperactiva, los niños con síndrome TDA tienden a lesionarse más a menudo que la mayoría de los

demás niños de la misma edad. Barkley et al. (1998) concluyeron que estas tasas elevadas de lesiones se dan niños pequeños entre cuatro y seis años, también en niños mayores que cumplían los criterios diagnósticos del TDAH.

### *Leyes y Deberes*

La Ley 93-112, sección 504, establece protección de los derechos civiles de personas con impedimentos, la Ley de Rehabilitación Vocacional de 1973, esta prohíbe a cualquier agencia u organización que recibe fondos federales discrimine contra las personas con impedimentos. La sección 504 protege a las personas con impedimentos, descrita como “aquella con cualquier impedimento físico o mental que limite sustancialmente a la persona de uno o más de las áreas del diario vivir”. La sección 504 provee los acomodos necesarios en la escuela, crea oportunidades para el éxito académico de los estudiantes (Smith, 2002).

La Ley 105-17 de 1997, es la ley para las Personas con Impedimentos de 1997, (IDEA, por sus siglas en Inglés), la cual establece el derecho de los jóvenes y niños con impedimentos a recibir una educación pública, gratuita y apropiada en la alternativa menos restrictivas de acuerdo con un Programa Educativo Individualizado (PEI).

La Ley 105-17 enmienda la Ley de Educación de Personas con Impedimentos 101-476 de 1990 y contempla dos cambios básicos. Preserva y fortalece muchos de los derechos que los estudiantes tenían, pero impone más responsabilidades en los padres y las escuelas. Establece medidas de disciplina más estrictas para aquellos estudiantes que muestren problemas de conducta.

Tanto la Ley IDEA como la Ley 54, contienen provisiones que requieren que los niños con discapacidades se eduquen juntos con los niños sin discapacidades. La Ley

IDEA garantiza seis principios básicos: Educación pública gratuita y significativa, servicios relacionados, libre de costo para los padres o encargados y a tono con las necesidades particulares del estudiante con impedimento.

La Ley 57 aprobada el 7 de junio de 1996, creó la Secretaria Auxiliar de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos, como componente operacional del Departamento de Educación de Puerto Rico, establece inequívocamente que la agencia responsable por la presentación de los servicios educativos y la coordinación de los demás servicios es el Departamento de Educación de Puerto Rico desde los tres años hasta los 21 años, inclusive.

La Ley 51 del 7 de junio de 1996, es la legislación estatal que se crea para asegurar la prohibición de servicios educativos integrales para personas con impedimentos, crea la Secretaria Auxiliar de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos y otorga los poderes y las facultades para coordinar la provisión de servicios, diseñada para satisfacer las necesidades especiales de los estudiantes. Esta ley aclara que este tipo de educación puede incluir educación dentro de la sala de clases, el hogar, en hospitales, instituciones u otros lugares. Además señala que las escuelas deben asegurar que se haga disponible la alternativa continua de ubicación para satisfacer las necesidades en cuanto a la educación especial y servicios relacionados. Para que los niños y niñas con DDA reciban los servicios de educación especial es necesario que su rendimiento académico se vea afectado. La única categoría en la que se hace referencia explícita al DDA, es el de problemas crónicos de salud.

La Ley 101-336 Ley de Americano con Impedimentos, de discrimen, tanto en su lugar de trabajo como en lugares de acomodo y servicios públicos; provee servicios de

transportación y otras facilidades. Les garantiza protección a las personas con impedimento que se encuentren en territorio americano.

Estas leyes deben ser conocidas por los padres, educadores y personal relacionados con los niños, con el propósito de crear igualdad para coordinar la provisión de servicios, diseñada para satisfacer las necesidades especiales de los estudiantes. Esta ley aclara que este tipo de educación puede incluir educación dentro de la sala de clases, el hogar, en hospitales, instituciones u otros lugares. Además, señala que las escuelas deben asegurar que se haga disponible una alternativa continua de ubicación para satisfacer las necesidades de los estudiantes de educación especial y los servicios relacionados a que tiene derecho. Para que los niños con DDA, reciban los servicios de educación especial es necesario que su rendimiento académico se vea afectado. La única categoría en la que se hace referencia explícita al DDA, es el problema crónico de salud.

El déficit de Atención con Hiperactividad es un síndrome biocomportamental del desarrollo y generalmente crónico, de presentación heterogénea, frecuentemente de origen innato y /o genético en el campo de la atención. Barkley 1985, ha definido la hiperactividad como una desviación estadística relevante en la atención, en el control de impulsos y la adquisición de pautas de comportamiento adecuado en las esferas del comportamiento ordenado por reglas. Estos niños se han caracterizado por ser más negativos, desafiantes, poco colaboradores, más demandantes de la ayuda de otros para jugar y trabajar independientemente de sus madres. El trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad es una condición médica de origen psiquiátrica y neurológico que se caracteriza por lapsos de atención inapropiados a la edad y etapa de desarrollo,

hiperactividad e impulsividad. Según Barkley (1990) estos niños sufren de una deficiencia en las conductas regidas por reglas.

Señala Bauermeister (2000) que el trastorno con déficit de atención con hiperactividad (DDA) es una discapacidad en la que los niños muestran consistentemente una o más de las siguientes características durante un tiempo: falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Los niños poco atentos tienen dificultad para concentrarse en cualquier cosa y se aburren de una tarea en unos cuantos minutos. Para el 1990 en Estados Unidos de Norte América, el número de niños diagnosticados y tratados con DDA se ha incrementado sustancialmente. Actualmente se estima que del 3 a 5 % de la población escolar se le diagnostica DDA (Barkley, 1998).

Un adiestramiento formal en la conducta infantil y sus difusiones, que incluya como reconocer posibles cuadros clínicos en los estudiantes, como trabajar con los profesionales de la salud y cómo manejar la conducta infantil en general y de los niños aquejados por las difusiones específicas en particular (García, 2001). Es importante entender que actualmente es una de las condiciones estudiadas, con un aumento considerable en su diagnóstico y cuyas características afectan seriamente a la población de niños y adolescentes en edad escolar. El Déficit de Atención con Hiperactividad (DDA) o desorden de desarrollo con una predisposición neurobiológico fuerte. En Puerto Rico se ha registrado un aumento considerable de este diagnóstico. Por medio de esta investigación, se ha estimado que el mismo afecta las edades de cuatro a 16 años, un porcentaje más alto que la incidencia en otros países incluyendo Estados Unidos de Norte América, donde se calcula que la condición afecta entre el 3 y el 5% de la población general.

González (2008) según estudio epidemiológicos y de utilización de servicios de salud mental dirigido por la Universidad de Puerto Rico, demostró que la prevalencia del Déficit de Atención es de aproximadamente de un 5% de la población escolar. El Instituto de Investigación de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico entidad que dirigió la investigación, encontró que el 24% de los niños que están en tratamiento clínico tienen TDAH. Este indicador determina la severidad de la condición y el impacto que tiene en la sociedad puertorriqueña. La organización de niños y adultos con el TDAH, Capítulo de Puerto Rico, divulgó que en Puerto Rico hay una prevalencia de un 3.7 a un 7.5% entre las edades de cuatro a siete años que presenta la condición. A pesar de la alta prevalencia de niños con TDAH, ha sido poca la investigación encamada a estudiar los posibles tipos de este trastorno. Nueva investigaciones prometen mejorar los diagnósticos y tratamientos, ya quedado el elevado número de niños diagnosticados con el trastorno, la investigación ha asumido un cariz de prioridad nacional. (Centro Universitario de Servicios Psicológicos, CUSEP, 2004 citado por González, 2008).

Brown (2006) cita que Du-Paul et al. (2001) los cuales estudiaron a un grupo de niños de tres a cinco años, unos diagnosticados como TDAH y el resto de un grupo de comparación de niños sin el Síndrome de Déficit de Atención. Se observaron los comportamientos de estos niños en dos situaciones distintas en la primera, los padres debía jugar con sus hijos, en la segunda, los padres debían convencer a sus hijos que recogieran los juguetes del cuarto de juego. Los resultados obtenidos mostraron un nivel de incumplimiento más de dos veces mayor y un nivel de conducta inapropiada más de cinco veces mayor que los niños sin el Síndrome de Déficit de Atención cuando sus padres les decían que terminaran las tareas asignadas. De acuerdo con los resultados

obtenidos de los observadores en este estudio advirtieron que los padres de niños con el TDAH tendían a comportarse de una manera más negativa con sus hijos que los padres de los niños sin el Síndrome de Déficit de Atención. Señalan los observadores que la falta de cooperación del niño podría ser la reacción ante un temperamento problemático del padre o su estilo de paternidad.

Brown (2006) cita a Erikson (1998) el cual señala que es importante que los niños reciban ayuda para desarrollar las habilidades y actitudes que les permiten desarrollar un trabajo productivo. Señala también la importancia de que los niños desarrollen un trabajo ético un sentido de laboriosidad, una capacidad de ganar reconocimiento por producir cosas, una idea del placer de terminar el trabajo con una tensión constante y una diligencia perseverante. Sonuga y Barke et al. (2003) argumenta que algunos niños muestran algún retraso o deterioros significativos del desarrollo de algunas capacidades de memoria de trabajo, la magnificación del desarrollo de alguna capacidad para tolerar el deterioros al estudiar al niño entre tres y cinco años. Las mediciones de la función ejecutiva y la capacidad de tolerar el retardo. Selecciono al azar al 70 % de los niños procedentes de las guarderías de la comunidad y los comparo con el 30 % que habían sido identificados por mostrar trastornos de tipo de Déficit de Atención con Hiperactividad en la escuela, en casa o en ambos lugares. El autor llego a la conclusión de que los hallazgos de las investigaciones relacionadas al TDAH apoyan la idea de que los niños en edad preescolar y escolar comparten características neuropsicologicas similares que apoya la asociación entre los síntomas del TDAH en la edad preescolar y unos efectos ejecutivos más generales.

Brown (2006) señala que Barkley y Biederman (1997) publicaron un artículo en el que se alertaba a los profesionales de que evitasen usar el valor umbral de siete años como requisito como diagnóstico del TDAH. Señala Campbell (2002) que a pesar de la importancia que tiene la vida familiar al moldear la capacidad del niño de enfrentarse a otras personas. Está claro que los niños aprenden más sobre la regla del intercambio social en un grupo de compañeros. Esperar su turno, compartir, controlar la agresividad, mantener la empatía, ayudar a los demás, aprender estrategias de resolución de conflictos y el razonamiento moral son actividades que se desarrollan dentro de un grupo de compañeros de esta manera desarrollara la capacidad de establecer amistades recíprocas y mantener la relaciones con los demás de un grupo de compañeros mayor (Brown, 2006).

Brown 2006, cita a Campbell (2000) en sus investigaciones sobre los niños en la edad preescolar difíciles de controlar, encontró que la calidad de relaciones con sus compañeros era muy variable en los niños con problemas conductuales precoces algunos querían jugar con los demás pero eran demasiado agresivos y pretendían dominarlos a la fuerza cuando jugaban, de manera que sus compañeros los evitan. Otros tenía una dificultad considerable en el hogar podían relacionarse con otros niños según su edad, se divertían y aceptaban el apoyo de sus compañeros. Los niños del tercer grupo se mostraban cautos y no autoritarios con los demás niños aunque su conducta era opuesta a la esperada y era difícil de controlar en el hogar. Se comprobó que los niños que tenían problemas graves con sus compañeros entre los dos y tres años de edad y cuya relaciones empeoraba con el desarrollo tendían a tener evolución significativa peor entre seis y siete años más tarde. Destaca que los problemas precoces con los compañeros pueden



contribuir, con efectos, a la persistencia de las dificultades generales en la escuela y en el hogar (Rickel y Brown, 2008).

Brown 2006, cita a Hinshay (2002) el cual comparó a un gran grupo de niñas con el TDAH con otras niñas de la misma edad y nivel social, y encontró que las niñas que padecen con el TDAH tenían mucho más problemas según varias mediciones, tareas cognitivas, rendimiento académico, contacto con los compañeros y puntuaciones con de los problemas emocionales, aislamiento social y problemas conductuales. Estudios realizados a un grupo de niñas de seis a 18 años de edad con el TDAH y las comparo con niños con el TDAH concluyo que las niñas con el trastorno tenían problemas en el hogar y en la escuela que eran tan graves que tenían los niños con el mismo trastorno, la principal diferencia entre los dos grupos eran cuántos problemas causaban a la demás personas. Se encontró que los problemas conductuales graves, como el trastorno negativista desafiante en la conducta eran dos veces más frecuentes entre los niños con el TDAH. Estas normas de conducta disruptivas, un 50 % fue inferior en la niñas es, probablemente, la razón mas importante las niñas son diagnosticadas con mucha menor frecuencia como pacientes con el trastorno del DAH.

Estudios realizados por el grupo de colaboración MTA Estudios Multimodal del tratamiento de niños con el TDAH (1999) las edades comprendidas entre niños entre los siete y nueve años diagnosticados con el TDAH, se encontró que el 70 % cumplía los criterios diagnostico del DSM – IV al menos para otro trastorno siquiátrico en el niño presente en tos trastornos fueron los siguientes:

1. Trastorno negativista desafiante 40 %

2. Trastorno de la ansiedad 34 %
3. Trastorno de la conducta 14 %
4. Trastorno por tics 11 %
5. Trastorno efectivo- depresión 4 %
6. Manía o hipomanía 2 %

En la muestra del estudio de MTA (Multimodal Treatment Study of Children with TDAH) Estudio Multimodal del Tratamiento de niños con el TDAH, se incluyeron solo niños pequeños, el 80 % los cuales eran varones y la mayoría se encontraban en el primer grado, segundo grado, tercer grado durante la evaluación inicial. Solo se evaluaron niños con el TDAH de tipo combinado y no los que no tenían sistemas significativos de tipo hiperactivo o impulsivo. Estudios realizados en PR en niños mayores se obtuvieron resultados diferentes. En una composición aparte iguales de niños con edades comprendidas entre los nueve y 16 años procedentes de la población general, Bird et al. (1994) descubrieron que el 48 % de los casos padecían de síntomas depresivos, bastante más que el 4% de los niños identificados de manera similar en la muestra del estudio. Estudio Multimodal del Tratamiento de niños con el TDAH que algunos trastornos, como la depresión tienden a aparecer más tarde.

### Capítulo III Metodología

Este capítulo expone un resumen de la metodología que se utilizó para efectuar la investigación documental. El mismo incluye el propósito de esta investigación cual es establecer los factores que identifican en la literatura que son los que ocasionan el Déficit de Atención de Hiperactividad en los niños.

#### *Diseño de la investigación*

El diseño de esta investigación documental fue realizar un análisis del contenido de la revisión de literatura de los factores que ocasionan Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños. Desde el punto de vista científico, se analizan los datos. Esta investigación pretende identificar, describir características y factores que ocasionan el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños con TDAH. Además pretende analizar los factores que afectan adversamente a niños su ejecución en la sala de clases de acuerdo a la revisión de literatura.

#### *Muestra de la Investigación*

Esta investigación pretendió evaluar documentos oficiales, periódicos, textos, bibliografías y estudios realizados por especialistas con el propósito de analizar los factores que ocasionan Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños.

#### *Descripción de la muestra*

En la literatura se ha encontrado ciertos factores asociados que influyen en ocasiones en la conducta del niño con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre ellos están los problemas emocionales y sociales relacionados con baja estima, baja tolerancia a la frustración, dificultad para sensibilizarse ante consecuencias sociales. El procedimiento de esta investigación fue:

1. Recopilar los factores que afectan la disposición que tienen los niños con TDAH en la sala de clase de acuerdo con la revisión de literatura.
2. Identificar aquellos factores que afectan el aprendizaje del niño con el TDAH de acuerdo a los hallazgos de la literatura en una tabla para recopilar datos construida por la investigadora.
3. Realizar un proceso de análisis de los factores identificados que ocasionan Déficit de Atención con Hiperactividad en la revisión de literatura.
4. Concluir cuales son los factores más y menos destacados en la literatura.
5. Hacer recomendaciones para personal escolar, Departamento de Educación y futuros investigadores.

#### *Procedimiento*

Se analizó información recopilada de la literatura. La investigadora construyó tablas para recopilar datos con un enfoque cualitativo y cuantitativo los cuales fueron analizados en tablas de datos de frecuencia y %. Los pasos que siguieron en orden cronológico para realizar el estudio del problema de esta investigación documental fueron los factores que afectan el TDAH en los niños.

1. la investigadora construyó tablas para la recopilación de datos de la investigación documental que se realizó de documentos oficiales, periódicos, textos, bibliografía;
2. la investigadora analizó los factores identificados y los presenta en las diferentes tablas;
3. la tabla de recopilación de datos fue analizada por la investigadora;

4. la investigadora construyó una tabla de frecuencia y % para comunicar los hallazgos del análisis de los resultados de la investigación y otras tablas de datos;
5. la investigadora analizó los datos encontrados para contestar las preguntas de investigación de esta investigación documental.

#### *Recopilación de datos*

La recopilación de datos encontrados se presentan en una tabla de frecuencia y por ciento creada por la investigadora sobre los factores analizados como los que ocasionan el Déficit de Atención con Hiperactividad según los teorizantes, estudios y otros. También se presentan unas tablas que presentan los factores que aumentan y disminuyen TDAH; y las características asociadas.

## Capítulo IV Hallazgos

Esta investigación documental tuvo como propósito oscultar qué factores ocasionan el TDAH a los niños de acuerdo con la revisión de literatura. En el análisis de la revisión de la literatura se entiende que es importante el intento de detectar factores que pudieran contribuir a mejorar el proceso de adaptación de esta población. Por ello esta investigación tuvo como propósito establecer los factores que se identifican en la literatura como los que ocasionan el TDAH en los niños.

Charlerman 2005, cita a Bauermeister (2001) plantea que los factores de origen hereditarios según investigaciones señalan que la evidencia científica sugiere que los factores hereditarios, las complicaciones durante el embarazo y el parto, el desbalance bioquímico, el nivel bajo de actividades metabólicas y las diferencias en tamaño diversas áreas del cerebro son factores de riesgo que predisponen el desarrollo de TDA con o sin Hiperactividad. Factores que afectan adversamente a los niños con el TDAH. Un ambiente escolar con unas limitaciones de espacio, un nivel alto de distracciones en el salón, demandas académicas muy altas o muy bajas, un currículo poco estimulante o técnicas de enseñanzas inadecuadas pueden contribuir a agudizar las dificultades de atención en los niños con el TDAH en la sala de clase. (Bauermeister 2000).

Scandar (2000) señala el rol o función de la herencia parece estar comprobado, ya que este trastorno es cuatro veces más frecuente en las familias donde existe un miembro afectado. Al analizar otras fuentes de apoyo social el Déficit de Atención con Hiperactividad es cuatro veces más frecuente en las familias en las que existe un miembro con el TDAH y si se trata de gemelos idénticos la frecuencia es aun más alta, lo cual sugiere firmemente la hipótesis genética. Estudios genéticos padecen indicar que la

menos un 60% de los niños con TDAH tienen una normalidad en un gen que es responsable en codificar los receptores de dopamina. Gordon (1997), sostiene que es necesario tomar en consideración la influencia de la cultura y el ambiente social de cual es parte el niño. Si se quiere entender plenamente este desorden diagnosticado con acierto y proveer los tratamientos necesarios luego de analizar los factores que afectan a los niños con el TDAH estos abonan las dificultades que se enfrentarían en la escuela y en su ambiente social.

Los resultados de investigaciones previas han encontrado ciertas dificultades asociadas con otros factores que influyen la conducta del niño con TDAH. Se menciona la baja autoestima, baja tolerancia a las frustraciones, dificultades ante destrezas prosociales, dificultades para sensibilizarse ante consecuencias sociales. Los problemas de conducta asociados al trastorno están relacionados a los cambios impredecibles, estados de ánimo, irritabilidad y rabietas constantes. Al tener un diagnóstico y usar las estrategias recomendadas por los expertos para el manejo de las conductas asociadas al TDAH. El niño con el Déficit de Atención con Hiperactividad desarrolla dificultades para el esfuerzo sostenidos en sus tareas (Barkley, 1990,1997).

La identificación de estos factores confirma la influencia mutua de las características del niño y de su ambiente que contribuyen en el desarrollo del TDAH Bauermeister (2000) señala que factores psicosociales tales como práctica de crianza pudieran estar asociados con el TDAH. La identificación de estos factores confirma la influencia mutua de las características del niño y de su medio ambiente que contribuye en el desarrollo del TDAH Bauermeister (2000). Señala Barkley (1998) Bauermeister y colaboradores (2002) quienes señalan que factores psicosociales tales como prácticas de

crianza pudieran estar asociados con el TDAH. Al mismo tiempo, hay que tomar en consideración el comportamiento hereditario del TDAH el cual puede estar presente en los progenitores y afectar la implantación de métodos disciplinarios (Frick y Jackson, 1993). Moreno (2003) en su tesis señala que de acuerdo a Tannock (2002), tanto los tratamientos psicofármacos como los psicoterapéuticos coinciden en identificar factores genéticos y ambientales en las anormalidades cerebrales encontradas en el TDAH

Del análisis realizado se observa que los teorizantes opinan que los factores genéticos y hereditarios son los que ocasionan el TDAH. En los estudios localizados realizados en Puerto Rico y Estados Unidos son los factores de salud. Los sicólogos no identifican el factor genético ni el factor de medios ambientales como el que puede ocasionar el TDAH.



En la Tabla 1 se detallan los factores que ocasionan el TDAH en una tabla de datos de frecuencia y %.

Tabla #1

Factores que ocasionan el Déficit de Atención con Hiperactividad de acuerdo con teorizantes, estudios en Estados Unido, estudios en Puerto Rico, sicólogos educativos y educadores

Factores	Teorizantes		Estudios en E.U.		Estudios en P.R.		Sicólogos educativos		Educadores		Cantidad	
	fe	%	fe	%	fe	%	fe	%	fe	%	fe	%
Genético	3	16	0	0	0	0	0	0	0	0	3	16
Hereditario	3	16	0	0	0	0	1	5	0	0	4	21
Embarazo	2	11	0	0	0	0	1	5	0	0	3	16
Culturales	1	5	0	0	0	0	1	5	0	0	2	10
Salud	1	5	1	5	1	5	1	5	0	0	4	20
Ambientales	1	5	0	0	0	0	1	5	0	0	2	10
Medios ambientales	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Total	12	63	1	5	1	5	5	25	0	0	19	98

Del análisis realizado se observa que los teorizantes opinan que los factores genéticos y hereditarios son los que ocasionan el TDAH. En los estudios localizados realizados en Puerto Rico y Estados Unidos son los factores de salud. Los sicólogos no

identifican el factor genético ni el factor de medios ambientales como el que puede ocasionar el TDAH.

En la tabla 2 se detallan los factores del entorno educativo que aumentan el TDAH y los factores que lo disminuyen de acuerdo con la revisión de literatura.

Tabla #2

Factores del entorno educativo de acuerdo con la revisión de literatura

Factores que aumentan TDAH	Factores que disminuyen TDAH
Las limitaciones de espacio.	Las limitaciones de espacio.
Nivel alto de distracciones.	Sistema de apoyo, comunicación asertiva.
Demandas académicas altas.	Reforzar conducta positiva.
Técnicas de enseñanza inadecuadas.	Elogios específicos claros y frecuentes.
Fracaso Escolar	Salones de clases organizados y relativo, estructurado.
	Modificación del salón de clases para fomentar la atención.
	Instrucciones directas en estrategias de

estudios.

Sistema de manejo de conducta para reducir problemas en áreas que afectan el TDAH

### Tabla #3

Características asociadas al TDAH que afectan adversamente a los niños con TDAH de acuerdo con la revisión de literatura.

Características	Efecto negativo
Conducta del estudiante	Conducta desafiante, negativa, dificultad para respetar reglas de salón de clases y juego.
Lapso de atención	Cortos, máximos de 15 minutos.
Medicación	Disminución de apetito, en la mañana o temprano en la tarde. Insomnio, dificultad para quedarse dormido.
Currículo	Poco estimulante, falta de creatividad, modificar currículo.
Estilos de aprendizaje	Poco atractivo
Ambiente del salón	Limitaciones de espacios, salones

---

	pequeños, poca luz
Estilos de enseñanza	Poco estimulante, estilos de enseñanza inadecuada.

---

Cabe señalar que las características del TDAH afectan adversamente de acuerdo con la revisión de literatura se ilustra la reacciones negativas que se experimentan cuando no se han logrado unos ajustes.

### Capítulo V Conclusión

Los hallazgos se presentaron mediante la aplicación de análisis de frecuencia y %. En este capítulo se presentan los análisis que corresponden a cada una de las preguntas de investigación. Finalmente se incluyen las conclusiones y las recomendaciones.

#### *Conclusiones*

La primera pregunta de la investigación planteó: ¿Qué factores identifican los estudios, teorizantes, psicólogos educativos que son los que ocasionan que los niños desarrollen Déficit de Atención con Hiperactividad? El factor hereditario es el que mas identifica en la revisión de literatura encontrada. Luego siguen los factores de salud, genéticos y embarazo. Al analizar los hallazgos de esta investigación documental se encontró varios factores que son los que ocasionan el TDAH en los niños. En cuanto a factores hereditarios estos tienden a ser más común en niños cuyos padres o parientes presentaron el TDAH. Otro factor que influye en desarrollo de este trastorno son las complicaciones prenatales, presión sanguínea alta, retención de liquido un nivel anormal de proteínas en la orina de la madre. Además se encontró que un nivel menor de actividad en algunas partes del cerebro puede causar el DDA. Un factor importante señalado

principalmente es el genético, el cual está aumentando considerablemente en los niños puertorriqueños. El factor hereditario se puede considerar como uno de los factores más aceptados.

La segunda pregunta planteó: ¿Qué factores del entorno contribuyen a aumentar o disminuir el Déficit de Atención con Hiperactividad? Al analizar los hallazgos de esta investigación se encontró que las limitaciones de espacio, el nivel de distracciones en los salones de clases, las demandas académicas altas, las técnicas de enseñanza inadecuadas y el fracaso escolar, son factores del entorno escolar que contribuyen a aumentar el TDHA. Además se encontró que los factores que disminuyen el TDAH en los niños son un ambiente estructurado, sistema de apoyo, comunicación directa asertiva, reforzar conducta positiva, expresar elogios específicos y frecuentes. Los salones de clases para los niños con el TDAH deben ser amplios y claros, libres de distracciones.

La tercera pregunta planteó: ¿Qué característica o factores ocasionan en los niños el TDAH adversamente en la sala de clase. Al analizar de esta investigación, se encontró que las características de los niños con TDAH manifiestan una conducta desafiante en la sala de clases. Además confrontan problemas de disciplina, interrupciones, gritos, ruidos innecesarios, mala postura en el asiento y discusiones con sus padres. El lapso de atención con niños con TDAH es relativamente corto debido a ello es el cambio de conducta, se le debe recordar las reglas, explicar las consecuencias del comportamiento, se debe evitar reacciones que puedan lastimar su autoestima de acuerdo con los hallazgos obtenidos puedo concluir que esto es así, ya que los niños con TDAH demostraron varios factores en común que afectan a los niños con el TDAH con sus pares.

*Recomendaciones*

Partiendo de los hallazgos la investigadora hace varias recomendaciones:

*A las Universidades*

1. Incluyan cambios en los currículos de formación de profesionales ofreciendo cursos sobre atención especial a estudiantes con TDAH. Estos cambios permitirán que los profesionales se conviertan realmente en fuentes de apoyo para los niños con el TDAH.

*Departamento de Educación*

1. Realice las gestiones de promover en los salones de clases un ambiente de orden y seguridad.
2. Desarrollar un currículo que incorpore actividades dirigidas a desarrollar el autocontrol, motivación, empatía, y armonía en la interacción de niños con TDAH y sus pares.
3. Talleres de capacitación a maestros en manejo efectivo con estudiantes con TDAH.
4. Capacitación a profesionales de apoyo en el diagnóstico e interpretación de evaluaciones de especialistas.

*Futuros Investigadores*

1. Realizar investigaciones similares en otros niveles académicos. Esto permitiría obtener una apreciación más abarcadora de los factores que afectan a los niños con el TDAH, en Puerto Rico la clarificación de estos procesos apenas comienza.

*Resumen*

Los niños con TDAH deben recibir ayuda para desarrollar las habilidades y actitudes que les permita desarrollar un trabajo ético y un sentido de laboriosidad. Esto

redundara a su vez en preparar a los niños con TDAH, en áreas que serán pertinentes tanto en su vida personal como en el mundo del trabajo.

#### Referencias

- ADNI (1992). *Leyes federales y estatales, Asociación de padres pro bienestar de niños con impedimentos de Puerto Rico.*
- American Psychiatric (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Ed.)* Washington DC: Author.
- American Psychiatric (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Ed.)* Washington DC: Author.
- Armstrong, T. (2005). *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, Estrategia en el aula.*(2da ed.). Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Barkley, R. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity, disorder. A handbook for diagnosis and treatment*, New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and Nature of Self Control*, New York: Guildford Press.
- Barkley, R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2da ed.)* NewYork: Guildford Press.
- Barkley, R. (1999). *Niños Hiperactivos Como Comprender y Entender sus Necesidades Especiales* Barcelona: Ediciones Paidós SAICF Ibérica, S.A.
- Barkley, R. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity: A handbook for diagnosis and*

- treatment* (3<sup>rd</sup> Ed.) New York: Guildford Press.
- Bauermeister, J. J. (2000). *Hiperactivo, Impulsivo, Distráido, Impulsivo, Distráido ¿Me conoces?* New York: Guilford Press.
- Bauermeister y colaboradores. (2002). *Clinical Psychoeducational, social and behavior characteristics of combined inattentive types of ADHA in school bases samples of latinan-hispanic children.*
- Bauermeister y Matos. (1997). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Una Revisión Actualizada* Revista de Psicología Contemporánea, 4-76-84.
- Bird, Bauermeister y Canino. (1994). Epidemiology of Disruptive Behavior Disorder. *Child, Adolescents Clin NA* 3-2-177-194.
- Bradley , C. (1937). *Behavior of Children Receiving Benzadrine American Journal of Psychiatry* 94 (II) 577-585
- Brooks, R. (1991). *The self esteem teacher Circle Pine*, Minnesota American Guidance Service.
- Brown, R. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención*, Barcelona España: Travessera de Gràcia.
- Campbell, S. (2002). *Behavior Problems in Preschool Children: Clinical and Developmental Issues.* New York: Guildford Press.
- Canino, G. (1999). *Pinine Cuestionareio de asistencia medica del Departamento de Salud.* San Juan Puerto Rico.
- Casanova, N. (2005). *La Educación Especial del Niño Excepcional.* PuertoRico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Charleman, R. (2002). *Déficit de Atención: Todo lo que quieres y debes saber.*



San Juan, P.R.: Ediciones NAPE.

Charleman, R. (2005). *Déficit de Atención y Problemas de Aprendizaje*.

San Juan, P.R.: Ediciones NAPE.

DMS-IV-TR (2000) *Manual de Estadísticas y Diagnósticos de la Asociación Siquiátrica*,

Washington, DC: Autor.

DMS-IV-TR Brevario. (2002). *Manual Estadístico de Trastornos Mentales de la*

*Asociación Psiquiátrica Americana*. Barcelona, España: Elsevier Doyman, S.L.

De Bono, E. (1994). *La Revolución Positiva*, Barcelona España: Editorial Paidós.

De Quirós, G. (et al.) (2005). *ADHD ¿Qué es, qué hacer?* Buenos Aires: Editorial

Paidós SAICF.

Denckla, M. (1996.) *A Theory and Model of Execute Function In Attention, Memory and*

*Execute Function*, ed. Lyon, Krasnegor Baltimore, Md Brookers. Pp. 263-278

Departamento de Educación. (2004). *Manual de Procedimiento de Educación Especial*.

Santurce Puerto Rico: Departamento de Educación Talleres de Artes Grafica.

Frick y Jackson (1993). *Family Functioning and Chilhood antisocial behavior: Another*

*reinterpretation*. Journal Clinical child psychology, 22-410-419.

García. F. (2001). *Es TDAH y ahora ¿Qué?* San Juan, Puerto Rico: Editorial Hispalis.

González, E. (2008). *Trastorno de Déficit de Atención E Hiperactividad en el Salón de*

*Clases*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas, INC.

Gordon, M. (1997). Levy y Waldman *Attention Deficit Hyperactivity Disorder &*

*Category or a Continium? Genetic Analysis of a Large Scale twin Study*, Journal

*American of Child and Adolescence Psychiatry*; 36 (6)745-753.

Guzmán, C. (2003). *Transformemos Los Conflictos en Energía Creativa*, Bogotá SA

Colombia: Impreso por Quebecor.

Joselevich, E., Bernardo de Quirós, G., Giusti, E., Heydedl, P., Michaine, C., Soprano, et al. (2003). *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Joselevich, E. (2003). Quirós, Moyano y Scandar *AD/HD Que es, que hacer*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lowenfeld, V. (1980). *Desarrollo de la Capacidad Creadora*, Buenos Aires: Editorial Kapelusz.

MTA Cooperative Group. (1999). *A fourteen Month Randomized Clinical Trial of Treatment. Strategies for Attention Deficit Hiperactivity Disorder*. Achives of General/Phychiatric.

Mayor, J.(1993). *Estrategias Metacognitivas Aprender Aprender a Pensar*. Madrid España: Editorial Síntasis.

Mojicas Torres, M.T. (2005). *Detención de Factores que afectan la adaptación Familiar ante el efecto de un (a) hijo con Deficiencia en el Desarrollo*. Universidad Carlos Albizu Recinto de San Juan, Puerto Rico.

Moreno, A., (2003). Propiedades discriminantes de la escala de inteligencia Wechler para niños. Tesis. Universidad de Puerto Rico Recinto de Rio Piedras.

Ortiz, A. (1998). *Programa Psicoeducativo de Adiestramiento para Padres De Niños Preescolares con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Tesis Doctoral Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan Puerto Rico.

Parés, M. (2003). 21 de abril *Educación especial para una minoría*. El Nuevo Día. Pp.4-6.

- Pearson, D. Lane, Swanson (1991) *Auditory attention switching in hyperactivity children journal of Abnormal child Psychology*, 19-479-492.
- Piedrafita, J. (2005). *El Trastorno de De Déficit de Atención, Realidad o Conveniencia*. México: Ediciones SAGA.
- Rickel, A. y Brown. (2007). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adulto*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Rohde, Szobot, Polanczyk, Schmitz, Martin, Tramontina. (2005). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder Biological Psychiatry*, 57-11-1436-1441.
- Routh, DK. (1980). *Developmental and Social Aspects of Hyperactivity*. New York: Academic Press.
- Scandar, R. (2000). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Argentina: Editorial Distal S.R.L.
- Smith, S. (2000). *Sin respuestas simples*. (2da ed.). España: Taller gráficos Peñalara.
- Sonuga, Barke, Dalen et al. (2003). *Do Executive Deficit and Delay. A version make independent contributions to preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms?* Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry 42-II-1335-1342.