

**Universidad Metropolitana
Escuela de Educación
Programa Graduado**

**El uso de las Terapias Alternativas en el manejo de la conducta de niños,
adolescentes y jóvenes diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**

**Glorybell Pérez Flores
Mayo, 2009**

Sumario

Esta investigación documental estuvo dirigida a explorar el tema con relación al uso de las terapias alternativas, en el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Se analizan los resultados de varias investigaciones llevadas a cabo sobre terapias alternativas en las que se comparan grupos, la mayoría de niños y adolescentes, con diversas características de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Para este estudio, la investigadora consideró cuatro preguntas de investigación a contestar: (1) ¿Cuán efectivas son las terapias alternativas investigadas, para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?, (2) De las terapias alternativas investigadas ¿Cuáles son más efectivas para la inatención, hiperactividad, impulsividad y tipo combinado?, (3) De acuerdo a la revisión de literatura documental estudiada ¿Se evidencian efectos secundarios en las terapias alternativas?, y ¿Qué documentos de la literatura estudiada, están dirigidos específicamente a niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad de Puerto Rico y de los Estados Unidos?. El propósito del estudio fue analizar, aclarar, ampliar conceptos y conocimientos en cuanto al trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y de terapias alternativas, como tratamiento efectivo, las cuales nos proporcionaron conclusiones, implicaciones y recomendaciones muy interesantes, para futuras investigaciones documentales en este campo.

Dedicatoria

A Dios por ser mi creador, amparo y fortaleza. Sin tu compañía, no lo hubiese podido lograr, fueron muchos los días y noches de esfuerzo y dedicación, y de los cuales eres mi fiel testigo.

Cuando pensaba que se acababan las fuerzas, me renovabas como el águila. Gracias por estar presente en mi vida, por siempre ser mi guía y sostén, pero en especial, en los momentos de mayor necesidad.

Gracias, Gracias, Muchas Gracias Señor.....

Agradecimientos

En primer lugar, a Dios, por amarme tanto y regalarme vida y salud, para hoy ver el fruto que es producto de mi perseverancia.

A mis padres y hermanos, por su apoyo y comprensión ante el reto que acepté.

A mi hija Yaritza, por ser mi mayor inspiración para realizar este trabajo de investigación. Gracias por tu paciencia. Te amo con todo mi ser!!!

A mi amiga y compañera de Tesis, Brenda Morales, sí, !!!verdadera amiga!!! Gracias, porque me apoyaste y me escuchaste cuando más lo necesitaba. Muchas gracias por esos “muffins” sabrosos!!!

A Wilmarie y Karla, gracias por sus consejos y ayuda.

A todas mis amistades y hermanos de la Fe, los cuales no puedo nombrar porque sería una gran lista “Gracias por sus oraciones y palabras de apoyo”.

A mis profesores, en especial al Dr. Jorge Maldonado, gracias por impactar mi vida, hoy pueden ver el reflejo de lo que formaron, permitiéndome escoger y amar esta profesión.

A la Dra. Licely E. Falcón Del Toro, mi guía, agradezco su ayuda, apoyo y consejos durante este proceso. A todos mis estudiantes con necesidades especiales, que me han robado el corazón y han sido la inspiración para aceptar este reto. Gracias por abrir mis ojos a una realidad distinta, sensible y sobre todo, hermosa.

Tabla de Contenido

Sumario	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos.....	iii
Tabla de Contenido	iv
Lista de Tablas	vii
Capítulo I: Introducción	1
Planteamiento del Problema.....	4
Justificación de la Investigación	4
Objetivo del Estudio.....	5
Preguntas de Investigación.....	5
Limitaciones	6
Delimitaciones.....	6
Definiciones de Términos	7
Capítulo II: Revisión de Literatura.....	12
Introducción	12
Antecedentes	12
Trasfondo Histórico de TDAH.....	17
Educación y TDAH.....	18
Conducta y TDAH	20
Marco Legal	21
Marco Teórico.....	23
Teoría Etiológica.....	24
TDAH en la Actualidad.....	25
Predominante Inatento.....	25
Predominante Hiperactivo-Impulsivo	26

Tipo Combinado.....	26
Tratamiento Tradicional.....	26
Farmacoterapia.....	27
Terapia Alternativas en el Tratamiento del TDAH.....	28
Ácido Graso Vitamina B.....	30
Ácido Graso Omega 3.....	30
Echinácea.....	30
Magnesio.....	31
Zinc.....	31
Litio Orgánico o Quelatado.....	32
Resumen.....	33
Capítulo III: Metodología.....	34
Introducción.....	34
Diseño de la Investigación.....	34
Preguntas de Investigación.....	35
Descripción de la Muestra.....	35
Procedimiento de la Investigación.....	35
Descripción del Instrumento de Investigación.....	36
Análisis de Datos.....	36
Limitación del Estudio.....	37
Resumen.....	37
Capítulo IV: Análisis e Interpretación de los Hallazgos.....	38
Introducción.....	38
Análisis e Interpretación de los Hallazgos.....	39
Discusión de los Hallazgos.....	46
Resumen.....	48

Capítulo V: Conclusiones, Implicaciones y Recomendaciones	49
Introducción	49
Conclusiones	49
Implicaciones	51
Recomendaciones.....	52
Referencias	55
Apéndices	60
Apéndice A: Planilla de Información.....	60
Apéndice B: Child Count 1999-2005.....	64
Apéndice C: Child Count 2007	66
Apéndice D: Formularios del Centro Ambulatorio Ocean Park del Dr. Efrén Ramírez, para determinar o descartar el uso del litio orgánico.....	67
Apéndice E: Autorización	68

Lista de Tablas

Tabla 1: Descripción porcentual en cuanto a la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de la conducta en niños diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	39
Tabla 2: Descripción porcentual en cuanto a la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de la conducta en adolescentes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	40
Tabla 3: Descripción porcentual en cuanto a la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de la conducta en jóvenes hasta los 21 años de edad diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	41
Tabla 4: Descripción porcentual en cuanto a mayor efectividad de las terapias alternativas para la inatención impulsividad-hiperactividad y tipo combinado en niños	42
Tabla 5: Descripción porcentual en cuanto a mayor efectividad de las terapias alternativas para la inatención impulsividad-hiperactividad y tipo combinado en adolescentes	43
Tabla 6: Descripción porcentual en cuanto a mayor efectividad de las terapias alternativas para la inatención impulsividad-hiperactividad y tipo combinado en jóvenes	44
Tabla 7: Descripción porcentual en cuanto a efectos secundarios de las terapias alternativas en niños, adolescentes y jóvenes	45
Tabla 8: Descripción porcentual de literatura estudiada sobre terapias alternativas dirigidas a niños, adolescentes y jóvenes de Puerto Rico y de los Estados Unidos	45

Capítulo I

Introducción

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder” (ADHD), por sus siglas en inglés, es un trastorno del desarrollo con disposiciones neurobiológicas (Charleman, 2002). La American Psychiatric Association (APA) (2000), define el Déficit de Atención (TDAH), como un desorden neurobiológico. Tiene una prevalencia, medida en forma conservadora, del 3 al 5% de la población en edad escolar (Scandar, 2003).

Los niños con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), típicamente exhiben un comportamiento inapropiado para su nivel de desarrollo, incluyendo escasas destrezas de atención, impulsividad e hiperactividad (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry & American Psychiatric Association, 2000). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (2000), nos indica que para diagnosticar el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es necesario observar unas características durante seis meses y que las mismas sean constantes durante ese tiempo. A pesar de muchos años de esfuerzos e investigaciones, todavía no se ha dilucidado con certeza la naturaleza o causa específica para el diagnóstico de este trastorno. Sin embargo, investigadores aseguran, que algunas personas con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), no tienen suficientes cantidades de ciertas sustancias químicas, llamadas neurotransmisores, en su cerebro. Estas sustancias químicas ayudan al cerebro a controlar la conducta (APNI) (1991).

Según Bowman (2003), el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es una condición que requiere atención profesional, pues puede afectar diversas áreas de

desarrollo del niño incluyendo el funcionamiento académico, las relaciones interpersonales y la autoestima. La identificación y el tratamiento temprano son extremadamente importantes (CHADD, 2007).

De acuerdo a Charleman (2002), los especialistas que pueden colaborar para su debido diagnóstico, son los psicólogos, psiquiatras, neurólogos pediátricos y pediatras que estén especializados en la condición. Bauermeister (2000), señala la importancia para el profesional que está haciendo el diagnóstico con relación a que los padres los autoricen a ponerse en contacto con los maestros, para obtener la información del comportamiento y de las destrezas académicas del niño en la escuela. Actualmente los especialistas en el trastorno, defienden en forma unánime, que un tratamiento multimodal es la mejor respuesta disponible a los problemas que presenta el trastorno del déficit de atención (TDAH) (Scandar, 2003). De acuerdo a Cruz (2006), el objetivo básico del modelo multimodal es establecer un buen diagnóstico del alumno e implementar un plan de tratamiento. Atkin & Pelham (1991), resaltan la necesidad del uso de múltiples medidas para evaluar adecuadamente la amplia variedad de síntomas asociados con el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH). No obstante, el tratamiento de mayor elección es el farmacológico (Diez, Figueroa, Seutullo, 2006).

Existe una gama de medicamentos para aminorar esta condición los cuales contienen metilfedinato, como el Concerta y Ritalín, anfetaminas para la hiperactividad, como el adderall y dexedrina, atomoxetine y pemoline (Headley, 2003).

Según Kapalka (2007), algunos padres se resisten a un tratamiento de salud mental a largo plazo, esto es debido a factores determinantes como lo es la cobertura médica, efectos secundarios adversos a la salud y el temor a la adicción. Headley (2003), indica que los medicamentos para tratar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en los niños, no son efectivos a largo plazo. En un estudio reciente, Pelham (2003), encontró que los niños medicados durante más tiempo, no obtuvieron mayores resultados que los niños que no tomaban medicamento. La investigación afirma que fármacos como Ritalín y Concerta, no funcionaron mejor que una psicoterapia después de tres años de tratamiento. La Administración de Drogas y Alimentos (2006), (FDA) por sus siglas en inglés, requirió una rotulación de advertencia más fuerte para los medicamentos estimulantes utilizados para tratar los tipos más comunes del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). De acuerdo a Frost (2008), encontró que el mal uso de la anfetaminas puede causar muerte repentina y efectos cardiovasculares adversos graves.

La Health Research Group (2007), estudió el trastorno del déficit de atención con suplementos alimentarios, demostrando que puede ser igual de eficaz que el tratamiento con Ritalín. Frost (2008), encontró que los niños y adolescentes, en especial los que tienen problemas de aprendizaje, se benefician de suplementos multivitamínicos con antioxidantes, complejo de vitamina B y Omega 3. Zimmerman (2008), indica que otros suplementos a considerar son los aminoácidos esenciales, que apoyan la producción de los neurotransmisores necesarios para una función cerebral óptima y los ácidos grasos esenciales que promueven el desarrollo del cerebro y reducen las conductas agresivas e impulsivas.

Planteamiento del Problema

El Déficit de Atención es un trastorno crónico y uno de los problemas más comunes referidos a clínicas de orientación y tratamiento. Es el diagnóstico más común en niños que presentan problemas de atención no acordes con su etapa de desarrollo, problemas de control de impulsos y sobre actividad. Se ha convertido en uno de los desórdenes psicológicos más prevalentes en niños (Chalerman, 2002). Según Bowman (2003), los desórdenes psicológicos han obligado a que se creen enfoques de tratamientos tradicionales, utilizados para trabajar esta condición, como la farmacoterapia, tratamientos estructurales, psicoterapéuticos y conductuales que establecen limitaciones, y hay preocupaciones serias sobre algunos enfoques de tratamientos tradicionales. La investigadora indica que debido a estas limitaciones, padres y encargados de niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad, diagnosticados con el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se están dirigiendo a enfoques de tratamientos alternativos, sin poseer el verdadero conocimiento de su eficacia, y de sus beneficios ante los diferentes tratamientos tradicionales existentes.

Justificación de la investigación

La presente investigación documental va dirigida a explorar el conocimiento sobre el uso de las terapias alternativas en el manejo de la conducta de niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El tema se desarrolla con un análisis de algunas de las principales teorías, conceptos y modelos que han intentado explicar este fenómeno. Se analizan los resultados de varias investigaciones llevadas a cabo en cuanto a terapias alternativas, en las que se comparan grupos de niños, adolescentes y jóvenes, con

diversas características del trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los estudiantes diagnosticados con este trastorno, en su mayoría presentan serios problemas en su entorno, debido a constante distracción, impulsividad, hiperactividad y desorganización que exhiben en su conducta. El tratamiento tradicional existente para esta condición, indica serias y preocupantes alegaciones documentadas por investigaciones, con relación a las terapias tradicionales, específicamente por su alto costo, ineficacia y los efectos secundarios adversos a la salud. Por tal motivo las vitaminas de complejo B, los ácidos grasos omega 3, equinácea, zinc y litio orgánico o quelatado se presentan como terapias alternativas eficaces, para el manejo de la conducta que exhiben los niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad diagnosticados con el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Objetivo del Estudio

El objetivo de este estudio documental es ofrecer conocimiento útil a los padres o encargados, educadores, profesionales de la salud mental y de la conducta, así como a organizaciones e instituciones, en relación al uso de las terapias alternativas en el manejo de la conducta de niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuán efectivas son las terapias alternativas investigadas en el manejo de la conducta en los niños, adolescentes y jóvenes, diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad?

2. De las terapias alternativas investigadas: ¿Cuáles son más efectivas para la inatención, hiperactividad-impulsividad y tipo combinado?
3. De acuerdo a la revisión de literatura documental estudiada, ¿Se evidencian efectos secundarios en las terapias alternativas?
4. ¿Qué documentos de la literatura estudiada, están dirigidos específicamente a niños adolescentes y jóvenes de Puerto Rico y de los Estados Unidos?

Limitaciones

Esta investigación está limitada a la evidencia documental recopilada en las fuentes de información electrónicas, documentos de acceso público, artículos de revistas profesionales e investigaciones realizadas por universitarios o universidades. La data recopilada en su mayoría se refiere a estudios realizados en los Estados Unidos y se limitó a estudios de Puerto Rico, por lo que no permite generalizar los hallazgos obtenidos a la realidad de los niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad de Puerto Rico.

Delimitaciones

Este estudio se delimita a la información obtenida en las fuentes de búsqueda para analizar los estudios de investigación, ya que es posible que algunos de los estudios sobre el tema central, déficit de atención y terapias alternativas no se encuentren disponibles en las fuentes de información investigadas.

Definiciones de Términos

1. Adolescentes- parte de la vida de una persona que comprende desde que acaba la niñez hasta la edad adulta (Diccionario Santillana, 1975).
2. Ambiente Menos Restringido- ubicación que propicia que la persona con impedimentos se eduque entre personas sin impedimentos. Cuando las condiciones o necesidades de la persona no lo permitan, aún con la utilización de ayudas y servicios suplementarios, tendrá derecho a una ubicación apropiada de acuerdo al continuo de servicios y a la reglamentación vigente (Ley 51, 1996).
3. Comportamiento- es el estado de equilibrio de una persona y su entorno sociocultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.
4. Conducta- forma como se ordenan y dirigen los elementos para la ejecución de determinados actos. Incluye los hechos más complejos, dependientes de la función psíquica (Diccionario Medico Zamora, 2005).
5. Déficit de Atención- es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (DSM-IV-TR, 2002).
6. Departamento de Educación- agencia gubernamental que se hace cargo de administrar el sistema educativo (López, 2005).
7. Discapacidad- enfoca el efecto de la deficiencia en la funcionalidad aplicada a la persona en su conducta, comunicación, locomoción, destrezas, cuidado y actitudes,

aprovechamiento escolar, situaciones de ambiente y de servicios (Organización Mundial de la Salud, 1980).

8. Educación Especial- enseñanza pública y gratuita especialmente diseñada para responder a las necesidades particulares de la persona con impedimento (Ley 51, 1996).

9. Etiología- estudio de las costumbres del hombre considerado en su medio (Diccionario Fundamental de Educación, 2006).

10. Farmacoterapia- tratamiento a base de medicamentos para tratar una condición de salud física o mental (Charleman, 2005).

11. Inhabilidades- falta de habilidades, talentos, o instrucciones, aptitudes y capacidades. Efecto o impedimento para ejercer u obtener un empleo u oficio (Gran Diccionario Everest de la Lengua Española, 1995).

12. Jóvenes- que tiene poca edad, hombre joven (Diccionario Escolar de la lengua Española).

13. Niños- primer periodo de la vida humana, desde el nacimiento hasta la adolescencia (Gran Diccionario Everest de la Lengua Española, 1995).

14. Orgánico-relativo a cualquier órgano de todos los órganos del cuerpo. Refiriéndose a compuestos químicos que contienen carbón y están presentes en todo organismo viviente (Diccionario Médico Zamora, 2005).

15. Predominante Hiperactivo-Impulsivo- es la inversa del subtipo inatento, pues las características de hiperactividad e impulsividad son las que predominan. Los síntomas

que predominan deben haber estado presente durante los últimos seis meses (Charleman, 2002).

16. Predominante Inatento- Generalmente se les describe con lapsos de atención cortos y de distraerse fácilmente. Incluye conductas de inhabilidad para seguir instrucciones y olvidar detalles de rutina diaria (Bowman, 2003).

17. Programa Educativo Individualizado (IEP), por sus siglas en inglés- es un documento escrito para cada persona con impedimentos, especialmente diseñado para responder a sus necesidades educativas particulares, basado en las evaluaciones realizadas por un equipo multidisciplinario y con la participación de los padres de dicha persona y cuando sea apropiado, por la propia persona (Ley 51, 1996).

18. Secretaría Asociada de Educación Especial- posee bajo la Ley 51, la autonomía necesaria para establecer estructuras y procesos administrativos que le permitan agilizar la prestación de los servicios requeridos para personas con impedimentos hasta los 21 años de edad (Manual de Procedimientos de Educación Especial, 2000).

19. Subvenciones- ayudas económicas que proporciona el Estado a determinadas entidades (Diccionario Esencial de las Ciencias, 2001).

20. Terapias- parte de la medicina que tiene por objeto el tratamiento de las enfermedades (Diccionario de la lengua española VOX, 2000).

21. Terapias Tradicionales – tratamiento dividido en dos categorías. La primera categoría, farmacoterapia, estimulantes, antidepresivos, estabilizadores de humor y medicamentos para la hiperactividad. La segunda categoría, tratamiento sicoterapéutico

de la conducta, modificación de conducta, adiestramientos a padres, intervenciones del maestro y la escuela, sicoterapia y socialización (Bowman, 2003).

22. Terapias Alternativas- se designa de forma amplia los métodos y prácticas usados en lugar, o como complemento, de los tratamientos médicos convencionales para curar o atenuar enfermedades (Diccionario enciclopédico de educación especial, 1985).

23. Tipo Combinado- exhibe los criterios de inatención como los de hiperactividad-impulsividad. Los síntomas deben estar presentes desde antes de los siete años y algunas alteraciones provocadas por éstos se presentan en dos o más ambientes (American Psychiatric Association, 2000).

24. Trastorno Mental- síndrome psicológico o de la conducta, clínicamente significativo, que va acompañado de una discapacidad funcional y que puede afectar a la relación social (Diccionario Esencial de las Ciencias, 2001).

25. Tratamiento Multimodal- terapia que permite mejorar el funcionamiento del módulo neural afectado y de acuerdo a la diferencia biológica específica en la ejecución general de la persona, en los aspectos emocionales, comportamentales y cognitivos (Scandar, 2003).

26. Vitaminas- nombre de diversas sustancias orgánicas, que los animales no pueden sintetizar, y que forman parte de la mayoría de los alimentos y son indispensables para el crecimiento y desarrollo normal de las principales funciones de los seres vivos (Diccionario Esencial Santillana de la Lengua Española, 1991).

Capítulo II

Revisión de la Literatura

Introducción

Esta investigación documental incluye revisión histórica sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad. Además una revisión de conceptualizaciones clínicas, teorías y leyes relacionadas a esta condición en la actualidad.

El interés de la investigadora es revisar críticamente algunas de las terapias alternativas utilizadas con niños, adolescentes y jóvenes para el manejo de la conducta. Por otra parte, se exploran artículos investigativos que evidencian insuficiencias en el tratamiento tradicional y nos sugieren beneficios en el manejo de conducta al utilizar las terapias alternativas. Este análisis está enfocado en estudios y discusiones de literatura sobre el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y tratamientos alternativos utilizados para ayudar a aminorar esta condición.

La literatura nos describe una gama de terapias alternativas viables para el manejo de la conducta, entre las que se observaron, las vitaminas de complejo B, ácidos grasos omega 3, echinácea, magnesio, zinc y el litio orgánico o quelatado, ya que el tratamiento debe ser ajustado a las necesidades particulares de cada niño, adolescente y joven de cada familia.

Antecedentes

De acuerdo a López (2005), educar en términos pedagógicos, puede definirse como el proceso formal e informal por el cual se perfeccionan las potencialidades del

alumno. El Departamento de Educación de Puerto Rico (2000), tiene como misión la educación, la cual promueve la autoestima y la identidad personal en el estudiante, reconociendo sus capacidades, limitaciones, intereses y motivaciones, así como la responsabilidad que tiene de desarrollar al máximo sus potencialidades para que asuma su rol ciudadano: participativo, crítico y creativo, con pleno ejercicio de sus deberes y derechos. Por consiguiente, la escuela ocupa un lugar fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad puertorriqueña.

López (2005), indica que la Ley Orgánica del 1990 cubre cuatro puntos a considerar: una educación de calidad para toda la población escolar, la descentralización del sistema educativo, la participación activa de la comunidad en la escuela, la defensa de la herencia cultural hispánica y el español como el idioma de los puertorriqueños. Estos postulados establecidos en la Ley Orgánica motivan a la investigadora a unir esfuerzos para mejorar la calidad de la enseñanza que ofrece nuestro sistema educativo. No obstante, existen necesidades particulares e individuales que han propiciado una educación especial diseñada para atender las potencialidades de los niños, jóvenes y adultos con necesidades especiales. Por tal motivo, surge la Educación Especial.

Según Deutsch (2003), los comienzos de la Educación Especial se remontan a la segunda mitad del siglo XIX. De acuerdo a Parodi (2002), existen cuatro etapas de los antecedentes históricos de la Educación Especial: (1) etapa de rechazo o exterminio, donde se revela la actitud primitiva y hostil hacia las personas con discapacidades, (2) etapa de ridiculización, donde las personas con discapacidades eran motivo de burlas, (3) época de la asistencia caritativa, donde se inspiró obras e instituciones de ayuda material y asistencia espiritual tanto a enfermos físicos, como a individuos desdichados

por nacimiento, trastorno emocional o marginación social, (4) época de intervención educativa y cuidado profesional, donde la atención de administradores escolares, legisladores y gobernantes se ha centrado en la población excepcional, siguiendo procedimientos fisiológicos, terapéuticos y educativos de rehabilitación.

Maldonado (2006), indica que para lograr su formación y desarrollo, la Educación Especial surge como campo multidisciplinario dentro de la educación general. La historia revela la creación de leyes estatales y federales para proteger los derechos que tienen las personas con diferentes necesidades especiales. Según Parodi (2003), la educación especial tomó interés público para el 1975 con la aprobación de la ley federal 94-142, “Acta para la Educación de los Niños con Impedimentos”. Para el año 1990 se aprobó la Ley 101-336, “Ley de Americanos con Impedimentos”, (ADA, por sus siglas en inglés), que establece el proteger entre otras cosas a los ciudadanos americanos con impedimentos de discriminación. Indudablemente, estas leyes para personas con impedimentos establecen un precedente para la Educación Especial en Puerto Rico.

La Ley Estatal 21 de 1977, conocida como “Ley del Programa de Educación Especial”, inició la prestación de servicios educativos y relacionados a las personas con impedimentos y omitió fijar responsabilidades a otras agencias sobre los servicios profesionales especializados que hay que brindar a esta población para que sus oportunidades de desarrollo sean similares a las de las personas sin impedimentos en Puerto Rico. La Ley 21 eventualmente fue derogada por la Ley 51 del 7 de junio de 1996, “Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos”. Esta Ley asegura la prestación de servicios educativos integrales a las personas con impedimentos; crea la Secretaría Auxiliar de Servicios Educativos Integrales para

Personas con Impedimentos y otorgó los poderes y facultades para coordinar la prestación de servicios de las agencias; para establecer las responsabilidades de las agencias; reautorizar el Comité Consultivo, redefinir su composición, funciones y deberes y para asignar fondos. Dentro de la Ley 51, se establece la enseñanza pública, gratuita y apropiada especialmente diseñada para responder a las necesidades particulares de la persona con impedimentos, en el ambiente menos restrictivo.

En Puerto Rico la Educación Especial trasciende significativamente ante una demanda de clase radicada para el año 1980, Sentencia por Estipulación del Caso Rosa Lydia Vélez versus Awilda Aponte Roque y otros. Ante la evidencia presentada por el incumplimiento de servicios a personas con discapacidades como establece la Ley, el Tribunal de Primera Instancia, dictaminó responsabilidades al Departamento de Educación de Puerto Rico respecto a la prestación de servicios educativos y relacionados. En la actualidad el Departamento de Educación continúa laborando para satisfacer las necesidades de la población con discapacidades, esto ante los señalamientos que propició dicha demanda de clase.

IDEIA (2004), establece trece categorías que contemplan las discapacidades, y que son reconocidas por el Departamento de Educación de Puerto Rico, bajo las cuales el niño podría ser elegible a servicios ofrecidos por la Secretaría Asociada de Educación Especial. Estas categorías, se reconocen en un documento que determina elegibilidad de niños, adolescentes y jóvenes, hasta los 21 años de edad, diagnosticados con una necesidad especial y que los hace partícipes a recibir servicios educativos y/o relacionados.

En Puerto Rico se ha registrado un aumento considerable de niños, adolescentes y jóvenes que reciben los Servicios de Educación Especial en la actualidad (Parodi, 2002). El Departamento de Educación de los Estados Unidos (2005) (véase Apéndice B), indica que entre los años 1999 al 2005, en Puerto Rico fueron servidos en educación especial aproximadamente 51,225 estudiantes. Dentro de la categoría de otros impedimentos de salud, se indica un aproximado de 1,177 estudiantes servidos. Actualmente las estadísticas del Departamento de Educación (Child Count, 2007, véase Apéndice C) indican que existe un aproximado de 90,036 estudiantes servidos en Puerto Rico, de los cuales 5,742 pertenecen a la categoría Otros Problemas de Salud. Asimismo, se refleja un 3% de niños servidos, entre las edades de 3 a 5 años, y un 6% entre las edades de 6 a 22 años, siendo la cuarta categoría, en impedimento de mayor registro en Puerto Rico.

La Ley Pública 105-17 “Ley de Educación de Personas con Impedimentos” (IDEA, 1997), actualmente enmendada por “The Individuals with Disabilities Education Improvement Act” (IDEIA, 2004), define “Otro Impedimento de la Salud”, como: [tener fuerza, vitalidad o atención limitada, incluyendo una atención elevada a los estímulos del ambiente, que resulta en atención limitada con respecto al ambiente educacional, que es debido a problemas de salud crónicos o agudos tales como asma, desorden deficitario de la atención e hiperactividad, diabetes, epilepsia, una condición de afección cardiaca, hemofilia, saturnismo, leucemia, nefritis, fiebre reumática y anemia de célula falciforme, que afecte adversamente el rendimiento académico del niño][34 Código de Regulaciones Federales Sección 300.7(c)(9)].

Trasfondo Histórico del TDAH

De acuerdo a Charleman (2002), la historia de desarrollo del trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se debe a que con anterioridad a los cuarenta años los niños que tenían dificultad para aprender o para concentrarse se consideraban o bien retrasados mentales, perturbados emocionalmente o marginados culturales.

Entre los años cincuenta al setenta, los términos de hiperactividad, lapso de atención corto e impulsividad se referían a niños con dificultades académicas, basados en problemas neurológicos, y eran diagnosticados con disfunción cerebral mínima. Ya para los años ochenta, hubo un nuevo nombre, trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y es el término que se mantiene en la actualidad, destacando los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en el niño. Este trastorno, se determina bajo problemas crónicos de salud, por lo que no sabemos a ciencia cierta cuantos han sido diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), dentro de esta categoría en el Departamento de Educación de Puerto Rico (véase Child Count, 2007, Apéndice C).

De acuerdo a la Ley 108-446 de 1975 enmendada por “Individuals with Disabilities Education Act” (IDEA, 1997), por sus siglas en inglés, se reconoce el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), como otra discapacidad de salud, por consiguiente no es una categoría separada dentro de esta ley. Charleman (2002), indica que la responsabilidad del estado y de las escuelas quedó de manifiesto a raíz de una decisión del Tribunal Federal, que concluyó que las personas diagnosticadas con el déficit de

atención e hiperactividad (TDAH), están cobijadas bajo esta ley, por tener un impedimento.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR 2000), es utilizado por profesionales especializados para relacionar la información ofrecida por los padres y maestros. El diagnóstico del trastorno del déficit de atención (TDAH), especifica que deben existir seis o más síntomas de inatención; seis o más síntomas de hiperactividad - impulsividad, o una combinación de ambos (Scandar, 2003). Charleman (2002), indica que debido a la existencia de estos subtipos, resulta confuso para muchos diagnosticar esta condición, debido a que es habitual que se omita por años efectuar su diagnóstico. Es un desorden que persiste en la adolescencia y la adultez (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990). Barkley (1990), observó que los adolescentes con hiperactividad tienen dificultades académicas significativas que los adolescentes no diagnosticados con esta condición. De acuerdo a CHADD (2007), a pesar de que los individuos diagnosticados con el trastorno pueden ser muy exitosos en la vida, si el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), no se identifica y se trata apropiadamente, el mismo puede incurrir en consecuencias serias, incluyendo el fracaso escolar, la depresión, problemas en las relaciones, trastorno de conducta, abuso de sustancias y fracaso en el empleo.

Educación y TDAH

De acuerdo al Acta de Educación de Personas con Impedimentos (IDEA, 1990), al igual su actual enmienda, Ley 108-446 “The Individuals with Disabilities Education Improvement Act” (IDEIA, 2004), por sus siglas en inglés, se regula legalmente la

educación para las personas con impedimentos, que vigila por el cumplimiento de las necesidades individuales de los estudiantes con discapacidades. Según Deutsch en IDEA (1997), el mismo indica ocho disposiciones para el debido cumplimiento de la Educación Especial: (1) una educación pública, gratuita y apropiada de calidad, (2) el derecho de los padres a conocer el resultado de las evaluaciones y a participar de la toma de decisiones acerca de la modalidad educativa más adecuada para sus hijos, (3) ofrecer una educación individualizada y servicio para todos los niños con discapacidad, (4) existencia de servicios educativos de apoyo, (5) evaluaciones individualizadas, (6) programas de enseñanza individualizados (PEI), (7) entornos menos restrictivos posibles (LRE), y (8) subvenciones del gobierno y la administración local para sufragar los elevados costos, éstos con el fin de lograr una vida plena e independiente en sociedad.

El 8 de enero del 2002, el ex-presidente de los Estados Unidos, George W. Bush, aprobó la ley educativa de 2001, “Que ningún niño se quede atrás” (NCLB, por sus siglas en inglés). Esta ley tiene como objetivo principal, mejorar el aprovechamiento académico de los alumnos y cambiar la cultura de las escuelas de América, entiéndase Estados Unidos, Puerto Rico e Islas Vírgenes (APNI, 2004). Esta Ley se fundamenta en cuatro principios básicos: (1) mayor énfasis en la responsabilidad institucional, (2) aumento en la flexibilidad y en el control de las agencias estatales, (3) mayor poder desicional a los padres, y (4) énfasis en los métodos de educación aprobados como efectivos.

Conducta y TDAH

De acuerdo a Parodi (2003), el modelo conductista se ocupa de producir directamente los cambios deseados en la conducta sin preocuparse por averiguar las posibles causas de los desórdenes ni el origen de pensamientos negativos. Según (Reyes, Ricardo, Palacios, Serra, Galindo, Molina & De la Peña, 2008), el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), suele presentarse en comorbilidad con diferentes trastornos y siendo la presentación más infrecuente del TDAH puro.

El U.S. Surgeon General (Cirujano General de Estados Unidos, 2001), indica que 1 de 10 niños y adolescentes sufren de alguna enfermedad mental, la cual impide su desarrollo y su aprendizaje y 1 de cada 5 de estos casos recibe el tratamiento necesario. Cuando el comportamiento de un estudiante va más allá de las normas, la labor de un maestro es identificar el problema y ayudar al estudiante a recibir la asistencia apropiada.

El estudiante con impedimentos, al igual que cualquier otro estudiante servido por el sistema escolar, puede exhibir en ocasiones conductas que puedan catalogarse como indisciplina, a la luz de los parámetros establecidos en el reglamento de Estudiantes del Departamento de Educación (Manual de Procedimientos de Educación Especial, 2000).

Las disposiciones de la Ley IDEIA (2004), van dirigidas a prevenir en lo posible las dificultades de los estudiantes con impedimentos relacionadas con la conducta. La consideración de las necesidades del niño o joven en esta área al momento de preparar su Programa Educativo Individualizado (PEI), puede aminorar la manifestación de conductas inapropiadas que afecten su progreso en la escuela. Sin embargo, es necesaria

la intervención de un equipo multidisciplinario que atienda las diferentes necesidades en particular.

Marco Legal

A través de la historia se ha legislado para que niños, adolescentes y jóvenes reciban los servicios de Educación Especial. Las leyes estatales y federales para personas con impedimentos han propiciado una educación pública, gratuita, y apropiada y en el ambiente menos restrictivo posible. Una de estas leyes es el “Acta Educativa para las Personas con Impedimentos” de 1975. Esta ley marcó un precedente en la Educación Especial en Estados Unidos, por consiguiente en Puerto Rico.

La Ley 108-446 el Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades “Individual with Disabilities Education Act” (IDEIA, 2004) es una ley federal promulgada en 1990 y reautorizada en 1997 y en el 2004. Está diseñada para proteger los derechos de los estudiantes con discapacidades al asegurar que todos reciban una educación pública, gratuita y apropiada (FAPE, por sus siglas en inglés), independientemente de su capacidad. Además, la Ley IDEIA, no sólo se esfuerza por permitirle acceso igualitario a los estudiantes que tienen discapacidades, sino que también ofrece servicios relacionados y garantías procesales en sus procedimientos administrativos. Esta ley federal que garantiza los servicios de educación especial para niños con discapacidades en los Estados Unidos, también autoriza los servicios de intervención temprana que los estados proporcionan a nuestros infantes y pre escolares con discapacidades.

Una Ley de gran impacto en Puerto Rico lo fue la Ley 21 del 22 de julio de 1977, conocida como la “Ley del Programa de Educación Especial” que estableció por vez primera el ofrecimiento de los servicios de educación especial mediante un programa, establecido desde la Secretaría Auxiliar de Servicios académicos, tratando todas las materias académicas en igualdad de condiciones. Asimismo, fue derogada por la Ley 51 del 7 de junio de 1996 “Ley de Servicios Integrales para Personas con Impedimentos”, que tiene el fin común de que todo niño o niña, desde que nace hasta que cumple los 21 años de edad, tiene derecho a recibir servicios de educación especial si tiene una o más inhabilidades que le afecten en su desempeño educativo (Manual de Procedimientos de Educación Especial, 2000). Asimismo integra todos los cambios establecidos por las leyes federales dentro de la perspectiva de una Secretaría Auxiliar de Educación Especial, que es responsable por la provisión de servicios integrales con otras dependencias gubernamentales (Turnbull & Turnbull, 1998).

La Ley Pública 105-332, conocida como la Ley Carl D. Perkins tiene el propósito de desarrollar las destrezas académicas, vocacionales y técnicas, incluyendo a los estudiantes con impedimentos y la cual garantiza la igualdad de acceso a servicios en el ambiente menos restrictivo. Por otra parte, la Ley Pública 93-112 de 1973, conocida como “Ley de Rehabilitación Vocacional”, la cual autoriza fondos federales para facilitar los servicios a personas con impedimentos severos. Esta ley incluye la sección 504 conocida como la “Sección de los Derechos Civiles del Ciudadano con Impedimentos” y disponen la aplicación de programas educativos, oportunidades de empleo y vivienda (Manual de Procedimientos de Educación Especial, 2000).

La ley 100 - 407 de 1988, conocida como “Ley de Asistencia Tecnológica de 1988”, “Tech Act” o el “Technology Related Assistance Individuals with Disabilities”, por sus siglas en inglés, establece los servicios de Asistencia Tecnológica a las personas con discapacidades. Para el 2004 esta ley fue enmendada por la 108-364, definiendo asistencia tecnológica como: “todo tipo de equipo o servicio que puede ser usado para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con impedimentos”.

Marco Teórico

No existe una causa específica para explicar el trastorno de déficit de atención (TDAH). Según Charleman (2005), la teoría de los factores hereditarios o genéticos, es la más ampliamente aceptada ya que se ha encontrado que el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tiende a ser más común en niños cuyos padres o parientes cercanos tienen (TDAH), al compararlos con la población en general. Asimismo, otras teorías para explicar este trastorno son las siguientes: (1) complicaciones de la madre durante su embarazo o alumbramiento, (2) deficiencias neuroquímicas, (3) metabolismo y la circulación sanguínea, (4) áreas del cerebro, y (5) influencia de factores psicosociales.

Rosan (2008), indica que hasta hace pocos años, se consideraba que el síndrome caracterizado por una notoria deficiencia de la atención en general, acompañada de una mayor o menor impulsividad, y muchas veces de un incontrolable exceso de movimiento o hiperactividad, denominado trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), era exclusivo de los niños y adolescentes.

Teoría Etiológica

Bowman (2003), indica que la historia de la hiperactividad transcurre pareja a la de este siglo, desde que en 1902, George Still la definiera en el Royal College of Physicians, en Londres. Hasta los años sesenta prevaleció el modelo de la “disfunción cerebral mínima” otorgando un papel predominante a los factores neurológicos como responsables de todas las alteraciones observadas. En la década de los sesenta se produce una reacción ambientalista, especialmente en Estados Unidos, poco seguida en Europa, especialmente en la Gran Bretaña, atacando las hipótesis biológicas y centrándose en las conductas manifiestas, su evaluación, su análisis funcional y su tratamiento conductual. En la década de los setenta, los trabajos de Virginia Douglas revolucionan la conceptualización del trastorno, se abandona la sobre actividad motora como síntoma clave, y en general los aspectos conductuales, y se entra de lleno en la parte más cognitiva. De acuerdo a Severa (2000), “en la actualidad, los criterios clínicos no han sufrido grandes cambios, pero lo que sí ha variado drásticamente ha sido su conceptualización”. La década de los ochenta es el auge de los criterios clínicos y los sistemas de evaluación, son continuos y a veces dramáticos cambios en las sucesivas revisiones de los manuales psiquiátricos. La década de los noventa ha supuesto una síntesis de todas las anteriores, con esfuerzos para comprobar experimentalmente las distintas hipótesis explicativas que han permanecido a lo largo de este tiempo, los distintos tratamientos y los distintos procedimientos de evaluación. El modelo motivacional y de autorregulación de Russell Barkley se impone como marco teórico y de tratamiento de referencia, no sin que muchas polémicas continúen abiertas entre los especialistas.

TDAH en la actualidad

En el 2004, Kuo y Taylor estudiaron el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y encontraron que es la alteración neuroconductual más común de la niñez. Se manifiesta por un nivel inusualmente elevado y crónico de falta de atención, impulsividad e hiperactividad o de ambos.

Actualmente, afecta a más de 2 millones de niños en edad escolar. Estadísticas recientes revelan que la incidencia entre los 6 y 11 años asciende al 7%. El niño no tratado sufre alteraciones en áreas cruciales de su vida, como las relaciones con sus pares y familiares y el desempeño escolar y laboral. Muchas personas utilizan el término déficit de atención e hiperactividad (TDAH), como un término genérico para todos los tipos. El término déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ha ganado popularidad ante el público general, el medio y profesionales (Berne, 2002). Se divide en tres características predominantes, inatención, hiperactividad e impulsividad. Estos tres subtipos de desorden se describen en la cuarta edición del “Diagnostic Statistical of Mental Disorders” (DSM-IV-TR, 2000) en el “American Psychiatric Association” (APA) (1994). Los criterios para los tres subtipos son: predominante inatento, predominante hiperactivo-impulsivo y el tipo combinado.

Predominante inatento

El predominante inatento se distingue por tener un tiempo de atención corto, dificultad en completar tareas y actividades, estados de ensueño, se distrae fácilmente y mucha actividad pero pocos resultados.

Predominate hiperactivo-impulsivo

El niño, adolescente o joven diagnosticado con este subtipo, se caracteriza por las siguientes particularidades: inquietud, no descansa adecuadamente, habla excesivamente y excita con facilidad, corre, salta y escala excesivamente. Además presenta dificultad para mantenerse sentado, constante problemas de comportamiento inadecuado, baja tolerancia a la frustración, actúa antes de pensar y suele ser muy desorganizado.

Tipo Combinado

Subtipo más prevalente. La conducta de estos niños manifiesta síntomas de las tres características, falta de atención, impulsividad e hiperactividad (Charleman, 2002).

Tratamiento Tradicional

Aunque existen varios tratamientos efectivos, no tienen el mismo grado de efectividad para todos los niños con déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Entre los métodos más eficaces hasta ahora se encuentra el uso prudente de medicamentos y el manejo de la conducta, a los que se hace referencia en las publicaciones científicas como el tratamiento multimodal. El tratamiento multimodal para niños y adolescentes con (TDAH), consiste en la educación de los padres y del niño con relación al diagnóstico y tratamiento, técnicas de manejo de la conducta, medicamentos, programación y apoyo escolar.

De acuerdo a (CHADD, 2007), antes de que se usen algunas de estas intervenciones, se sugiere a las familias y a las personas que consulten con su médico.

Farmacoterapia

La farmacoterapia comienza con el descubrimiento de Bradley (1937), introduciendo estimulantes como el metilfedinato, pelomine y dextroamphetamine. Actualmente una combinación de esos mencionados estimulantes e intervenciones psicoterapéuticas continúa siendo la mayor modalidad del tratamiento del déficit de atención (Bowman, 2003).

Según Charleman (2002), el descendiente del metilfedinato más conocido es el Ritalín, de corta duración, en algunos casos con preparación de liberación sostenida que puede durar hasta 10 horas. Éste resulta inconveniente ya que debe administrarse varias veces al día y puede olvidarse tomar la próxima dosis requerida. Por otro lado, la anfetamina, se presenta en comprimidos de acción inmediata y también cápsulas de liberación prolongada como el Dexedrine. Otro fármaco utilizado es el Pemoline, el cual está muy limitado y no recomendado debido a que se detectaron casos de elevación de enzimas hepáticas y fallo hepático. Un medicamento derivado de esta familia es el Cyllet. De acuerdo con Bowman (2003), la historia y tratamiento del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es corto en comparación a otros desórdenes psicológicos con medicaciones estimulantes, para un posible tratamiento efectivo. Uno de los tratamientos tradicionales más antiguos es el comportamental y cognitivo. Sin embargo, en muchos casos no ha sido una alternativa suficientemente efectiva, ya que la misma necesita el apoyo del medicamento.

De acuerdo a la investigadora la farmacoterapia es uno de los tratamientos tradicionales más utilizados actualmente para tratar el déficit de atención e hiperactividad

(TDAH). Evidentemente este tratamiento en la mayoría de las ocasiones es insuficiente, debido a que el efecto del mismo es por un tiempo determinado, ya que los síntomas vuelven a presentarse. Además debemos considerar los efectos secundarios adversos que nos presentan los medicamentos, más aún cuando son apoyados por un tratamiento multimodal que nos motiva a buscar otras alternativas significativas para el buen desarrollo del ser humano diagnosticado con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

De acuerdo a Bowman (2003), un estudio fue llevado a cabo por científicos en la Universidad de Buffalo en los Estados Unidos, quienes mantuvieron un registro del tratamiento de 600 niños desde la década de los años 90 en ese país. Los hallazgos de este estudio fueron sorprendentes, ya que los científicos creen que los beneficios de estos medicamentos fueron “exagerados” en el pasado, ya que el uso a largo plazo de estos fármacos podría atrofiar el crecimiento de los niños. En un estudio, realizado por Consumer Reports (2005), se encontró que no hay estimulante más eficaz que otro para el tratamiento del déficit de atención e hiperactividad (TDAH). De acuerdo a Charleman (2002), es usual que los niños con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), sean sometidos a tratamientos erróneos, costosos e ineficaces, cuando en realidad la terapéutica correcta y exitosa es, en la mayoría de los casos accesible.

Terapias Alternativas en el Tratamiento del TDAH

A través de los tiempos, la medicina natural, ha evolucionado de manera positiva y se perfilan más avances ante una serie de investigaciones que se llevaron a cabo, sobre las terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes

hasta los 21 años de edad, diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH). La investigadora mediante la revisión de la literatura ha encontrado evidencia científica que promueve el uso de la medicina natural para el tratamiento del TDAH, mostrando su uso positivo como una terapia alternativa y costo efectivo al presente para el tratamiento del trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Las terapias alternativas se colocan como una opción efectiva para tratar el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en la actualidad. De acuerdo a Headly (2003), las **terapias alternativas** no pretenden ni oponerse o desplazar a la medicina oficial. Por el contrario permiten complementar y enriquecer la terapéutica oficial, incorporando métodos de comprobada eficacia y de gran utilidad social, en una importante área de la salud que todavía la medicina oficial no cubre. Es en este ámbito entonces donde las llamadas **medicinas alternativas** pueden realizar un aporte significativo al bienestar de las personas. Según Bowman (2003), existe una gran gama de tratamiento natural para el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El tratamiento alternativo es cualquier otro tratamiento aparte de medicamentos recetados o tratamientos conductuales, psicosociales que proclaman tratar los síntomas del TDAH con un resultado similar o más efectivo (Headly, 2003). La revisión de literatura nos sugiere utilizar una variedad de productos naturales como terapia alternativa, entre los que se encuentran el ácido graso vitamina B, el ácido graso omega 3, la echinácea, el magnesio, el zinc y el litio orgánico o quelatado.

Ácido Graso Vitamina B

Las vitaminas B-2, B-6 y B-12, pertenecen a la familia de los ácidos grasos. Es un hidrosoluble indispensable para el metabolismo. Su déficit provoca trastornos gastrointestinales y neurológicos (Diccionario de Medicina Facultad de la Universidad de Navarra Madrid). De acuerdo a Colter (2006), algunas investigaciones indican que la suplementación de piridoxina por sí sola o en combinación con altas dosis de vitaminas B, puede ayudar al trastorno por déficit de atención con hiperactividad específicamente para la inatención. No se evidenciaron efectos secundarios.

Ácido Graso Omega 3

Los ácidos grasos Omega 3, son una fuente rica en ácidos grasos esenciales, del ácido eicosapentanóico (AEP), y del ácido docosahexanóico (ADH). Headly (2003), indicó que en un estudio realizado se investigó el estado de ácido graso, la valoración conductual y la salud en conjunto de adolescentes masculinos y de sexo femenino con y sin déficit de atención e hiperactividad. Se les brindó omega 3 solamente al grupo con déficit de atención. Los resultados reflejaron que el déficit de omega 3 hizo que los adolescentes que no ingirieron durante la investigación omega 3, envejecieran, esto entre las edades de 10 a 16 años. No obstante el estudio reveló que se considera efectivo para controlar la inatención.

Equinácea

Avilés (2007), la equinácea o también denominada, flor púrpura de la pradera, es una planta que crece espontáneamente en las praderas y que se puede también cultivar. A finales del siglo diecinueve en Estados Unidos ya utilizaban esta planta para prevenir los

resfriados. Y es que la equinácea refuerza las defensas del organismo por lo que se utiliza para tratar condiciones como el asma, las alergias y el déficit de atención e hiperactividad.

Magnesio

En el 2005, el Centro de Neurología Riken Mit en Massachussets indicó, estudios que demuestran que la mitad de todos los americanos no consumen suficiente magnesio. El déficit del magnesio se ha atado a las alergias, al asma, al desorden de déficit de atención, a la ansiedad, a la enfermedad cardíaca, a los calambres del músculo y a otras condiciones. Kaiser (2005), encontró que las ayudas del magnesio regulan un receptor dominante del cerebro importante para aprender y la memoria. Su trabajo proporciona la evidencia que un déficit del magnesio puede conducir a la memoria disminuida y a la capacidad del que aprende, mientras que una abundancia de magnesio puede mejorar la función cognoscitiva.

Zinc

Este mineral ha mostrado cierta promesa para el tratamiento del déficit de atención. Donato (2003), indica que en un estudio, controlado con placebo, donde participaron aproximadamente 400 participantes, el uso de zinc utilizando una dosis de 40 miligramos diarios produjo beneficios estadísticamente significativos en comparación con el placebo. Esta dosis de zinc es más alta de las necesidades nutricionales, pero no tan alta como para ser insegura. Sin embargo, los beneficios observados fueron bastante modestos, cerca de un 28% de los participantes a quienes se les dio zinc mostraron mejoría, pero lo mismo pasó con un 20% en el grupo placebo. No obstante, otro estudio

mucho menor evaluó si 15 miligramos de zinc al día podrían mejorar el efecto del Ritalín. Nuevamente, se observaron beneficios modestos.

Litio orgánico o quelatado

Según datos de la Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico, un capítulo de la Asociación Psiquiátrica Americana, se calcula que 600,000 puertorriqueños sufren problemas de salud mental. A esto se suma que aproximadamente un 12% de la población padece de abuso o dependencia de alcohol y un 4% de dependencia a drogas ilegales convirtiendo la adicción a alcohol y a otras drogas en el problema número uno de salud pública de la isla. Ramírez (2005), indica que de los tratamientos principales para tratar el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se encuentra un producto natural llamado litio orgánico, distinto del carbonato de litio usado en la psiquiatría tradicional. La teoría de Ramírez es aún más novel ya que ha descubierto a lo largo de sus 45 años de investigaciones con pacientes con diferentes condiciones, que el litio orgánico tiene un efecto inmediato en aliviar el síntoma que complica el déficit de atención. Se añade que el litio orgánico no es una droga por lo que sus efectos secundarios son nulos.

De acuerdo a Ramírez (2008), en la actualidad existe la “Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park”, en donde se trabaja con niños, jóvenes y adultos diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), utilizando diferentes modalidades de intervenciones terapéuticas en beneficio de esta población. La evaluación inicial requiere recuperar del Internet una serie de documentos con información demográfica, indicadores conductuales, planilla de historial de condiciones de salud, inventario de disfunciones psicosociales y relato de entrevista inicial (véase

Apéndice D). Estos documentos son necesarios para determinar o descartar el uso del litio orgánico. En la actualidad se está recopilando toda la evidencia de los efectos terapéuticos del litio orgánico o quelatado, el mismo está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y la Organización de Naciones Unidas (ONU).

Resumen

El interés principal de este capítulo fue analizar los diferentes estudios con relación al déficit de atención e hiperactividad, terapias tradicionales y alternativas como tratamiento efectivo para el manejo de la conducta. El propósito de la investigación, fue aportar mayor información a este campo del conocimiento. La Revisión de Literatura nos concluye que la información fiable es cada vez más necesaria en una sociedad técnica compleja.

De acuerdo a Mc Millan & Schumacher, (2005), la investigación describe o mide fenómenos de manera sistemática, resulta una fuente de conocimiento mejor que las experiencias y opiniones particulares, que la tradición o la mera intuición. Por tal motivo la investigadora tiene el interés de que se conozcan los resultados referentes al tema para beneficios de los niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad, diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Capítulo III

Metodología

La metodología utilizada en este trabajo de investigación es de enfoque cualitativo. Esta investigación documental es de método descriptivo, el cual interpreta lo que es, de acuerdo a la información disponible. Esta investigación documental está basada en estudios cualitativos y cuantitativos sobre el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), terapias tradicionales y alternativas.

El propósito de esta investigación documental fue explorar terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad, diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Diseño de Investigación

Esta investigación es de tipo cualitativo, en la cual se utilizó la modalidad descriptiva y donde se exploraron documentos sobre el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), terapias tradicionales y terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad. Para evidenciar esta investigación documental, la investigadora utilizó una planilla de información (véase Apéndice A), para evidenciar los documentos estudiados.

De acuerdo a Mc Millan & Schumacher (2005), las modalidades cualitativas son importantes porque cada una tiene una historia prominente en alguna disciplina y ha generado revistas, libros y metodologías distintivas que caracterizan su aproximación. Por otro lado, la investigación descriptiva se refiere simplemente a un fenómeno existente utilizando números para caracterizar individuos o un grupo.

Preguntas de Investigación

Las preguntas utilizadas para esta investigación documental son:

1. ¿Cuán efectivas son las terapias alternativas investigadas, en el manejo de la conducta en los niños, adolescentes y jóvenes, diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad?
2. De las terapias alternativas investigadas, ¿Cuáles son más efectivas para la inatención, hiperactividad-impulsividad y tipo combinado?
3. De acuerdo a la revisión de literatura documental estudiada, ¿Se evidencian efectos secundarios en las terapias alternativas?
4. ¿Qué documentos de la literatura estudiada, están dirigidos específicamente a niños, adolescentes y jóvenes de Puerto Rico y de los Estados Unidos?

Descripción de la Muestra

La muestra utilizada en esta investigación documental fue de estudios realizados e información recopilada de la Biblioteca de la Universidad Metropolitana, específicamente de la Sala Puertorriqueña Olga Nolla y del Centro de Recursos de Información.

Procedimiento de la Investigación

Para este estudio documental se consideró estudiar el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y terapias alternativas que ayuden a aminorar este trastorno. La investigadora inició el mismo con el estudio de revisión de literatura sobre el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), terapias tradicionales y terapias alternativas, utilizando fuentes bibliográficas, hemerográficas e información electrónica recuperada de

Google, Yahoo, Altavista, Ebsco, Proquest, Wilson web, entre otros. La investigadora estudió, la literatura recopilada y organizó toda la data en una planilla de información, la cual facilitó los hallazgos que contestaron las preguntas de investigación.

Descripción del Instrumento de Investigación

El instrumento de investigación que fue diseñado para recopilar la información en la revisión de literatura llevada a cabo en esta investigación documental, fue una planilla de información (véase Apéndice A), la cual fue dividida por la investigadora de la siguiente manera: (1) código para referencia de la investigadora, (2) nombre del artículo, (3) autor(es), (4) año del artículo, (5) efectividad para la hiperactividad-impulsividad, (6) efectividad para la inatención, (7) efectividad para tipo combinado, (8) artículo dirigido a niños, (9) artículo dirigido a adolescentes, (10) artículo dirigido a jóvenes, (11) efectos secundarios, y (12) fuente de información.

Análisis de datos

Los resultados de esta investigación documental fueron presentados de manera descriptiva, utilizando tablas de descripción porcentual. El resultado obtenido, facilitó contestar las preguntas de investigación.

Los hallazgos fueron representados en frecuencia y por ciento, que determinan una investigación documental de tipo descriptivo sobre las terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad, diagnosticados con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Limitación del Estudio

Esta investigación documental de tipo descriptivo, está limitada al tema de las terapias alternativas y déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a la revisión de literatura recopilada y obtenida de las diferentes fuentes de información disponibles.

Resumen

En este Capítulo III, la investigadora evidenció la metodología utilizada para esta investigación documental. Entre los temas desarrollados se encuentra el diseño de la investigación, preguntas de investigación, descripción de la muestra y del instrumento, el procedimiento de la investigación, análisis de resultado y limitaciones encontradas en la investigación.

Por tal motivo se requirió de una planilla de información, para evidenciar la información recopilada. Además se describió el procedimiento realizado por la investigadora, ante la recopilación de la literatura. Se encontraron limitaciones, ya que se recopiló información de acuerdo a la disponibilidad del tema en las fuentes de información solicitadas.

Capítulo IV

Análisis e Interpretación de Hallazgos

Introducción

La presente Investigación Documental tiene como fin presentar los hallazgos y resultados obtenidos con relación a terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad, diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Para obtener los datos necesarios y pertinentes a la investigación, se utilizó una planilla de información como instrumento esencial y diseñada por la investigadora, en la cual se recopilaron los datos pertinentes al tema estudiado.

Se analizaron cada una de las tablas, las cuales nos facilitaron la discusión de los hallazgos para responder a las preguntas de investigación que motivaron este estudio cualitativo. La frecuencia (f), utilizada en las tablas, significó la cantidad de artículos recopilados para cada detalle. Por otro lado, el por ciento (%), distribuyó las cantidades recopiladas de estudios sobre el tema central, déficit de atención y terapias alternativas.

Análisis e Interpretación de datos

Tabla 1

Descripción porcentual en cuanto a la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de la conducta en niños diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Efectividad de terapias alternativas	(f)	(%)
Ácido Graso Vitamina B	1	14%
Ácido Graso Omega 3	1	14%
Echinácea	1	14%
Magnesio	1	14%
Zinc	1	14%
Litio Orgánico	2	30%
Total	7	100%

N = 7

La Tabla 1 muestra que de 11 artículos recuperados sobre la eficacia de las terapias alternativas para el manejo de la conducta, 7 artículos están dirigidos a niños, lo cual la distribución porcentual indica un 14% de efectividad para el ácido graso, un 14% de efectividad para el ácido graso omega 3, un 14% de efectividad para la equinácea, un 14% de efectividad para el magnesio, un 14% de efectividad para el zinc y un 30% de efectividad para el litio orgánico o quelatado.

Tabla 2

Descripción porcentual en cuanto a la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de la conducta en adolescentes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Efectividad de terapias alternativas	(f)	(%)
Ácido Graso Omega 3	2	22%
Equinácea	0	0%
Magnesio	2	22%
Zinc	1	12%
Litio Orgánico	2	22%
Total	9	100%

N = 9

La Tabla 2 muestra que de 11 artículos recuperados sobre la eficacia de las terapias alternativas para el manejo de la conducta, 9 artículos están dirigidos a adolescentes, lo cual la distribución porcentual indica un 22% de efectividad para el ácido graso vitamina B, un 22% de efectividad para el ácido graso omega 3, un 0% de efectividad para la equinácea, un 22% de efectividad para el magnesio, un 12% de efectividad para el zinc y un 22% de efectividad para el litio orgánico o quelatado.

Tabla 3

Descripción porcentual en cuanto a la efectividad de las terapias alternativas en el manejo de la conducta en jóvenes hasta los 21 años de edad diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Efectividad de terapias alternativas	(f)	(%)
Ácido Graso Vitamina B	1	17%
Ácido Graso Omega 3	1	17%
Equinácea	0	0%
Magnesio	2	33%
Zinc	0	0%
Litio Orgánico	2	33%
Total	6	100%

N = 6

La Tabla 3 muestra que de 11 artículos recuperados sobre la eficacia de las terapias alternativas para el manejo de la conducta, 6 artículos están dirigidos a jóvenes, lo cual la distribución porcentual indica un 17% de efectividad para el ácido graso vitamina B, un 17% de efectividad para el ácido graso omega 3, un 0% de efectividad para la equinácea, un 33% de efectividad para el magnesio, un 0% de efectividad para el zinc y un 33% de efectividad para el litio orgánico o quelatado.

Tabla 4

Descripción porcentual en cuanto a mayor efectividad de las terapias alternativas para la inatención impulsividad-hiperactividad y tipo combinado en niños

Efectividad de ADHD en niños	(f)	(%)
Inatención	2	16%
Impulsividad	3	28%
Hiperactividad	3	28%
Tipo Combinado	3	28%
Total	11	100%

N = 11

La Tabla 4 muestra cuan efectivas son las terapias alternativas con relación a los subtipos del trastorno del déficit de atención e hiperactividad en niños. De la literatura estudiada se hallaron los siguientes resultados en cuanto a las terapias alternativas: un 16% de efectividad para la inatención, un 28% de efectividad para la impulsividad, un 28% de efectividad para la hiperactividad y un 28% de efectividad para el tipo combinado.

Tabla 5

Descripción porcentual en cuanto a mayor efectividad de las terapias alternativas para la inatención impulsividad-hiperactividad y tipo combinado en adolescentes

Efectividad de ADHD en adolescentes	(f)	(%)
Inatención	2	22%
Impulsividad	1	11%
Hiperactividad	1	11%
Tipo Combinado	5	56%
Total	9	100%

N = 9

La Tabla 5 muestra cuan efectivas son las terapias alternativas con relación a los subtipos del trastorno del déficit de atención e hiperactividad en adolescentes. De la literatura estudiada se hallaron los siguientes resultados en cuanto a las terapias alternativas: un 22% de efectividad para la inatención, un 11% de efectividad para la impulsividad, un 11% de efectividad para la hiperactividad y un 56% de efectividad para el tipo combinado.

Tabla 6

Descripción porcentual en cuanto a mayor efectividad de las terapias alternativas para la inatención impulsividad-hiperactividad y tipo combinado en jóvenes

Efectividad de ADHD en jóvenes	(f)	(%)
Inatención	2	33%
Impulsividad	1	17%
Hiperactividad	1	17%
Tipo Combinado	2	33%
Total	6	100%

N = 6

La Tabla 6 muestra cuan efectivas son las terapias alternativas con relación a los subtipos del trastorno del déficit de atención e hiperactividad en jóvenes. De la literatura estudiada se hallaron los siguientes resultados en cuanto a las terapias alternativas: un 33% de efectividad para la inatención, un 17% de efectividad para la impulsividad, un 17% de efectividad para la hiperactividad y un 33% de efectividad para el tipo combinado.

Tabla 7

Descripción porcentual en cuanto a efectos secundarios de las terapias alternativas en niños, adolescentes y jóvenes

Efectos Secundarios	(f)	(%)
Terapias Alternativas	11	0%
Total	11	100%

N = 11

La Tabla 7 muestra que de 11 artículos investigados, el uso de las terapias alternativas obtuvo un 0% en efectos secundarios.

Tabla 8

Descripción porcentual de literatura estudiada sobre terapias alternativas dirigidas a niños, adolescentes y jóvenes de Puerto Rico y de Estados Unidos

Estudios	(f)	(%)
Estudios en Puerto Rico	2	20%
Estados Unidos	9	80%
Total	11	100%

N = 11

La tabla 8 nos muestra que de once artículos estudiados, sólo 2 son estudios nacionales y 9 son estudios realizados por estudiantes universitarios, educadores, científicos, escritores y naturalistas de origen americano.

Discusión de los Hallazgos

Pregunta de Investigación 1

¿Cuán efectivas son las terapias alternativas investigadas, en el manejo de la conducta en los niños, adolescentes y jóvenes, diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

La Tabla 1 describe 11 estudios dirigidos a terapias alternativas y su efectividad para niños diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se seleccionaron las investigaciones dirigidas a la población con déficit de atención e hiperactividad y terapias alternativas para el manejo de la conducta, las cuales fueron conducidas principalmente por científicos y naturalistas. De los 11 artículos relacionados a las terapias alternativas y déficit de atención e hiperactividad es importante mencionar que algunos de ellos están dirigidos a adolescentes y jóvenes, como niños a adolescentes. Es necesario observar la escasez de estudios confiables sobre las terapias alternativas y su eficacia para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Pregunta de Investigación 2

De las terapias alternativas investigadas, ¿Cuáles son más efectivas para la inatención, hiperactividad, impulsividad y tipo combinado?

Para contestar esta pregunta se utilizaron los resultados obtenidos de 11 estudios del tema principal y contenida en la planilla de información. La Tabla 4 muestra la distribución porcentual en cuanto a la efectividad de las terapias alternativas en los subtipos del déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en los niños. En los 11

artículos estudiados, reflejaron efectividad de las terapias alternativas sobre los subtipos del déficit de atención e hiperactividad en niños. La Tabla 5 va dirigida a adolescentes, la misma indica que de los 11 artículos investigados, 9 indicaron efectividad en los subtipos cuando se hablaba de adolescentes. La Tabla 6 muestra los hallazgos de efectividad de las terapias alternativas. Sin embargo en esta ocasión está dirigida a jóvenes hasta los 21 años de edad. De los 11 artículos estudiados, sólo 6 mostraron efectividad en las terapias alternativas cuando se relacionaba a jóvenes. Es necesario mencionar pese a la efectividad de las terapias alternativas, que no existe mucha información confiable sobre este tema.

Pregunta de Investigación 3

De acuerdo a la revisión de literatura documental estudiada, ¿Se evidencian efectos secundarios en las terapias alternativas?

La revisión de literatura documental estudiada, no evidenció efectos secundarios en las terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años de edad, diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad.

Pregunta de Investigación 4

¿Qué documentos de la literatura estudiada, están dirigidos específicamente a niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), de Puerto Rico y de los Estados Unidos?

Por medio de la planilla de información, se evidencia que se obtuvo un 20% en estudios nacionales y un 80% en los estudios estadounidenses. Podemos observar la necesidad de que se realicen más estudios en Puerto Rico sobre este tema.

Resumen

Este Capítulo IV evidencia los hallazgos de esta investigación documental por medio de tablas de datos, las cuales fueron analizadas utilizando descripciones de frecuencia (f) y por ciento (%).

Por medio de los hallazgos se pueden identificar las respuestas a las preguntas de investigación. Según la documentación recopilada la mayoría de los estudios realizados sobre el tema central, déficit de atención y terapias alternativas son dirigidos por científicos y naturalistas.

Capítulo V

Conclusiones, Implicaciones y Recomendaciones

Introducción

Este capítulo presenta los resultados de la investigación documental en cuanto a terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El propósito de este estudio es la necesidad de ampliar conocimientos sobre el déficit de atención y terapias alternativas viables que no poseen efectos secundarios.

La investigadora espera que esta investigación documental, sea de interés para padres, instituciones, profesionales de la educación y la salud y que el mismo promueva más investigaciones sobre el tema. Asimismo brindar información confiable a todo estudiante que ha sido diagnosticado con el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

El instrumento de investigación que se utilizó para este estudio documental tipo descriptivo, fue una planilla de información, diseñada por la investigadora. Este instrumento nos brindó resultados valiosos para la redacción de conclusiones, implicaciones y recomendaciones en beneficio de los niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años, diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Conclusiones

El interés científico y público hacia el déficit de atención e hiperactividad, ha incrementado grandemente en esta última década. Quedan muchas interrogantes por contestar con relación al diagnóstico y tratamiento del déficit de atención e hiperactividad

(TDAH). Aunque existen tratamientos efectivos, cabe mencionar que no todos tienen el mismo grado de efectividad para todos los niños diagnosticados con el trastorno.

Luego de discutir los datos obtenidos en esta investigación documental, la investigadora concluye que la mayoría de los padres o encargados y educadores, no poseen el conocimiento para detectar adecuadamente las características del déficit de atención e hiperactividad. Muchos padres temen brindar terapias alternativas a sus hijos debido al desconocimiento del tema, que tiene la sociedad, y la percepción errónea de que un tratamiento natural no es lo suficientemente efectivo, esto por no estar comprobado científicamente. Por otro lado, se evidenció que existe una gran cantidad de estrategias para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con este trastorno.

Se evidencia literatura de autores, instituciones privadas y hospitalarias, que defienden el tratamiento tradicional, esto sin concienciar los efectos secundarios a corto y largo plazo en un paciente. Se evidenció que existen fármacos comunmente utilizados y que no están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Asimismo las terapias alternativas resultaron ser más económicas que las terapias tradicionales.

Con relación a las terapias alternativas, existe una amplia gama para tratar el déficit de atención e hiperactividad y de las cuales se comprobó efectividad, sin embargo son muy pocos los estudios realizados sobre el tema en el mundo, especialmente en Puerto Rico. De las terapias alternativas estudiadas, el litio orgánico o quelatado resultó evidentemente efectivo para el tratamiento del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ya el mismo es seguro y fue aprobado por la FDA (Administración de Drogas y

Alimentos) y la ONU (Organización de Naciones Unidas). La literatura estudiada no evidenció efectos secundarios en las terapias alternativas, sin embargo se debe considerar que el exceso podría poner en riesgo la salud e inclusive la vida.

El resto de la muestra estudiada, revela que deben complementarse con otros tratamientos, esto para lograr una mayor efectividad para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 21 años, diagnosticados con el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Implicaciones

Cuando reflexionamos en los servicios brindados por las diferentes agencias de gobierno, a los niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es necesario fomentar la creación de nuevas investigaciones que a su vez tengan curiosidad de nuevas posibilidades. Es necesario cuestionarnos si las investigaciones actuales están dirigidas a satisfacer las necesidades de la población con necesidades especiales.

Es necesario considerar que las terapias alternativas tienen eficacia positiva en la Educación Especial, reduciendo los costos al sistema de educación pública, aseguradoras y al presupuesto de cada familia. Asimismo tomar en consideración, la terapia alternativa y servicios relacionados complementarios, en casos severos.

Recomendaciones

Luego de verificar los resultados de la investigación documental por medio de la planilla de información, la investigadora brinda las siguientes recomendaciones:

Departamento de Educación

- Promover la investigación sobre la efectividad de las terapias alternativas para el tratamiento en intervención temprana.
- Promover la investigación sobre la efectividad de las terapias alternativas en los jóvenes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad y comorbilidad asociada.
- Comparar los costos de los servicios relacionados versus las terapias alternativas que le son ofrecidas a los estudiantes registrados en Educación Especial.
- Ofrecer adiestramientos a padres, maestros y profesionales de la salud y la conducta, sobre los beneficios de las terapias alternativas.

Universidades

- Educar, ofreciendo charlas, adiestramientos y estudios a la comunidad que le rodea e informarles las alternativas en la medicina natural científicamente comprobada.
- Adiestramientos en el manejo de la conducta a toda población que trabaje y asista a la población diagnosticada con este trastorno.

Recomendaciones para Investigaciones Futuras

- Efectuar investigaciones sobre los efectos de las terapias alternativas en estudiantes puertorriqueños con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Investigar toda terapia alternativa existente para el tratamiento del déficit de atención e hiperactividad y que sea comprobada científicamente.
- Redactar documentos informativos en el área de la salud y la educación relacionado a las terapias alternativas como tratamiento eficaz para el tratamiento del déficit de atención e hiperactividad.

Para las Instituciones de la Salud y la Conducta

- Promover el uso del litio orgánico para el tratamiento de los pacientes en salud mental cuyo origen de su condición es el trastorno del déficit de atención e hiperactividad.
- Divulgar los efectos secundarios de los medicamentos tradicionales para tratar el déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Aceptar el uso de las terapias alternativas para el tratamiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Padres o encargados

- Pertenecer a alguna organización o asociación relacionada al déficit de atención e hiperactividad como apoyo personal, y para ayudar a su hijo(a) a lograr las metas alcanzables.

- Obtener más conocimiento de las leyes estatales y federales para personas con discapacidades, las cuales indican los derechos y responsabilidades.
- Aumentar en su hijo las fortalezas y trabajar las necesidades para lograr la independencia deseada en sociedad.
- Adiestrarse y familiarizarse con estrategias adecuadas para el manejo de este trastorno y de la conducta, utilizando terapias alternativas para fomentar una autoestima saludable.

Resumen

En este capítulo se desarrollaron las conclusiones, implicaciones y recomendaciones a diferentes, instituciones, agencias, universidades, profesionales de la salud, de la conducta, padres y encargados. Se incluyen recomendaciones para futuras investigaciones, ya que son necesarias para sostener la efectividad y comprobación científica de las terapias alternativas para el manejo de la conducta en niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Referencias

- A.D.A. (1990). *American with Disabilities Act*.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington, D.C. Author
- A.P.A. (2002). *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association*, (2a. ed.), México, D.F.: El Manual Moderno.
- Aranda, R. (2002). *Educación Especial*. Pearson, Prentice Hall, Madrid, España.
- Asociación, A.P.A. (2000). *Guía de redacción estilo A.P.A.* Recuperado el 26 de agosto de 2008, de www.apastyle.org
- Asociación de Padres pro Bienestar de Niños con Impedimentos de Puerto Rico. (APNI) (1992). *Leyes federales y estatales*. Datos de APNI.
- Atkins, M. & Pelham, W. (1991). *School-based assessment* of pp1263
- Avilés C. & Martínez P. (2006). *Desorden de Déficit de Atención (ADHD)*. Publicaciones Puertorriqueñas.
- Barkley, R. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria III. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Bowman, J. (2003). *Non-Traditional Modes of Treatment for Attention Deficit/Hiperactivity Disorder: A Critical Review*. Dissertation presented to the Graduate Faculty of the California School of Professional Psychology Alliant International University. San Diego.
- Centro Nacional de Recursos para el TDAH (2008). *Tratamientos complementarios y alternativos*. Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de www.centronacionalderecursosdah.com
- CHADD (2007). *Derechos educacionales de los niños con déficit de atención*. Hoja de dato #4. Recuperado el 14 de septiembre de 2008, de www.help4adhd.org
- Charleman, R. (2002). *Déficit de Atención: Todo lo que quieres y debes saber*. Manual de orientación a maestros y padres. Serie Carolyanne.

- Charleman, R. (2005). *Déficit de Atención y Problemas de Aprendizaje*. Editorial NAPE, Caguas, Puerto Rico.
- Consumer Reports (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Recuperado el 3 de febrero de 2009, de www.consumerreports.org
- Departamento de Educación (2007). *Child Count*. Report of children with disabilities receiving Special Education, Puerto Rico.
- Departamento de Educación (2000). *Manual de Procedimientos de Educación Especial*. Talleres de Artes Gráficas del Departamento de Educación, Puerto Rico.
- Deutsch, D. S. (2000). *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. 4th edition, Parson Pretince Hall Paebody Collage.
- Diccionario Everest de la Lengua Española* (1995). Tomo II I- Z. Editorial Evergráficas, S.L. España. Tercera edición (pp. 1129,1539)
- Diccionario Médico Zamora* (2005). Zamora Editores pp 195,815 Bogotá Colombia
- Diccionario de Medicina de la Facultad de la Unversidad de Navarra*. Madrid España, Editorial, espasa calpe pp1263.
- Diccionario Esencial Santillana de la Lengua Española* (1991). Santillana. Madrid España. pp 1301
- Diccionario Fundamental de Educación* (2006). Publicaciones puertorriqueñas editores. Mayaguez, PR pp 106
- Diez, A., Figueroa, A. & Soutullo, C. (2006). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfedinato*.
- F.D.A. (2006). *Deficit de Atencion e Hiperactividad*. Galenus Revista para los médicos de Puerto Rico Año 1 núm 5.
- Frost, R. (2008). *Tratamientos Naturales para el ADD y ADHD*. Recuperado el 13 de noviembre de 2008, de www.na-pr.com
- Health Research Group (2007). *Estudio empirico de ADHD*. Recuperado el 23 de agosto de 2009, de www.hrg.com
- Headly, S. (2003). *A Practical Guide for ADD & ADHD*. Vaxa International, Tampa, Florida.

- Henrio, J. (2005). The effects of essential fatty acid supplementation by Efamol in hyperactivity children. *Child Psychology* 1987; 15:75-90.
- Jacobs, L., Donald, A. & Razavieh, A. (1989). *Introducción a la Investigación Pedagógica*. McGraw-Hill Interamericana de México.
- Justicia, S. (2008). *Ayuda el litio para el déficit de atención*. Recuperado el 27 de agosto de 2008, www.primerahora.com
- Kapalka, M. (2007). La colaboración entre pediatras y psicólogos en el diagnóstico y tratamiento de niños con TDAH.
- Papeles del Psicólogo*. Vol.28 (2) pp.84-88. Recuperado el 22 de octubre de 2008, de www.cop.es/papeles
- Ley Núm. 94-142 (1975). *Education for all handicapped*. Oficina del Procurador del Impedido
- Ley Núm. 101-476 (1990). *Individuals with Disabilities Education Act*. Oficina del Procurador del Impedido
- Ley 21 (1975). *Ley del Programa de Educación Especial*. Asociación Pro Niños Impedidos
- Ley 107-110 (2002). *No Child Left Behind*. Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de www.lexjuris.com
- Ley I.D.E.A. 105-17 (1997). *Individual with Disabilities Education Act [I.D.E.A.]*
- Ley I.D.E.I.A. (2004). *Individual with Disabilities Education Improvement Act*. Departamento de Educación de Puerto Rico, Secretaría Asociada de Educación Especial
- Ley Estatal 51 (1996). *Ley de Servicios Integrales para Personas con Impedimentos*. Puerto Rico
- López, A. (2005). *Introducción a la Educación*. Publicaciones Puertorriqueñas de Puerto Rico.
- Maldonado, J. (2006). *Fundamentos, Procesos, Currículo y Prácticas Efectivas para la educación de niños, jóvenes y adultos con necesidades especiales*. Editorial Santillana.

- McMillan, J. & Schumacher, S. (2005). *Investigacion Educativa*. (5th ed) Pearson Addison Wesley.
- Nolan, Volpe, Gadow & Sprafkin (1999). *Journal of Emotional An Behavioral Disoders*. 7(1)11 21
- Olson, J. & Platt, J. (2004). *Teaching Children and Adolecents with Special Needs*. (4th Edition).
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Déficit de atención*. Recuperado el 8 de noviembre de 2008, de www.who.int
- Papalia, D., Wendkos, S. & Felman, R. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Octava edición Mc Graw Hill Interamerica.
- Parodi, L. (2003). *Educación Especial y sus Servicios: Principios, Métodos y Aplicaciones*. (2da edición). San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Ponce, O. (1998). *Redacción de Informes de Investigación*. Puerto Rico Editores Publicaciones Puertorriqueñas.
- Proyecto de Renovación Curricular. *Fundamentos Teóricos y Metodológicos*. Departamento de Educación de Puerto Rico 2003. pp 9, 21
- Rabiner, D. (2002). *Maximing the benefits of Simulants Medication Treatment for Children with ADDH*. Recuperado el 12 de agosto de 2008, de www.adda.org
- Ramírez, E. (2009). *Litio nutriente esencial*. Recuperado el 29 de enero de 2009, de www.litionutrienteesencial.com
- Real Academia de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. (2001). *Diccionario esencial de las Ciencias*. Espasa Madrid España. (pp 885, 937)
- Sampieri, R. (2003). *Investigación Descriptiva, cualitativa*. Referencia metodológica de la investigación Tercera Edicion, MC Graw Hill, Mexico pp 117-119.
- Santrock, J. (2002). *Psicología de la Educación*. Mc Graw Hill Interamericana Editores
- Scandar, R. (2004). *El niño que no dejaba de portarse mal*. Editorial Mc Graw Hill Companies
- Smith, T., Polloway, E., Patton, J. & Dowdy, C. (2004). *Teaching Students with special needs in inclusive settings* (4th ed.) Pearson Allyn & Bacon.

Revista El Padre Excepcional (2003). *Treating ADD/ADHD Naturally*. 33AO 224f 2003.
The Wilson Company.

Turnbull, R. & Turnbull R., Shank, M. & Leal, D. (1999). *Exceptional lives: Special Education in todays schools*. Prentince-Hall fourth edition.

U.S. Department of Education (2005). *Office of Special Education and Rehabilitative Sevices, Office of Special Education*. Recuperado el 8 de noviembre de 2008, de www.tendenciaspr.com

U.S. Department of Education (2006). *Teaching Children with Attention Deficit Hiperactivity Disorder*. Washington

U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Surgeon general and déficit attention disorder*. Recuperado el 9 de noviembre de 2008, de www.surgeongeneral.gov

Apéndice A

Planilla de Información

Planilla de Información

Núm. de artículo	Nombre del artículo	Autor del artículo	Fecha del artículo	Se evidencia Inatención	Se evidencia Hiperactividad Impulsividad
001	Ayuda el litio para el Déficit de Atención	Sara M. Justicia Doll	27/agosto/08	X	X
002	Deficiencia de Ácido Graso como un factor para el trastorno de déficit de atención en adolescentes.	Ashley Colter	2006		X
003	Non-Traditional Modes of Treatment for Attention Deficit/ Hiperactivity Disorder: A critical review	Janice C. Bowman	2003	X	X
004	Posible tratamiento Natural de TDAH Evidencia de un estudio Nacional	Kuo Fe y Faber Taylor A.	2004	X	X
005	El magnesio puede invertir la pérdida de la memoria de la medio edad	Centro de Neurología Riken	2007	X	
006	Litio Nutriente Esencial	Dr. Efrén Ramírez	2009	X	X
007	Alternatives Treatments for ADD/ADHD	Dr. Stanley Headly	2003	X	X
008	Tratamientos complementarios y alternativos	Centro Nacional de recursos para el TDAH	2008	X	X
009	Sanaciones alternas, tratamientos alternativos para enfermedades mentales	Ileana Delgado	2005	X	X
010	Treating ADD/ADHD Naturally	The Wilson Web	2008	X	X
011	<i>Echinacea</i> : Herbal Medicine: Expanded Commission E Monographs	Blumenthal M, Goldberg A, Brinckman J,	2007	X	X

Núm. Art.	Nombre del artículo	Tipo Combinado	Artículos dirigidos a niños	Artículos dirigidos a adolescentes	Artículos dirigidos a jóvenes	Efectos secundarios	Fuentes de información
001	Ayuda el litio para el Déficit de Atención	X	X	X	X	Se encontró que el litio orgánico es natural y no posee efectos secundarios	Recuperado el 27 de agosto de 2008, de www.primerahora.com
002	Deficiencia de Ácido Graso como un factor para el trastorno de déficit de atención en adolescentes.	X		X		No posee efectos secundarios	Recuperado el 24 de abril de 2008, de www.proquestuni.com/tesis
003	Non-Traditional Modes of Treatment for Attention Deficit/ Hiperactivity Disorder: A critical review	X	X	X		No tiene efectos secundarios Efectivo para todos los subtipos	Recuperado el 4 de mayo de 2008, de www.proquestuni.com/tesis
004	Posible tratamiento Natural de TDAH: Evidencia de un estudio Nacional	X	X	X	X	No tienen efectos secundarios	American Journal Public Health 94(9) 1580-1586
005	El magnesio puede invertir la pérdida de la memoria de la medio edad			X	X	No tienen efectos secundarios Efectivo para la inatención	Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de www.medicinatural.com
006	Litio Nutriente Esencial	X		X	X	No se evidencia efectos secundarios	Recuperado el 29 de enero de 2009, de www.litionutrienteesencial.com
007	Alternatives Treatments for ADD/ADHD	X	X	X	X	No se evidencia efectos secundarios	Headly, S. 2003 A practical guide for ADD&ADHD alternatives treatments pp29-34

Continúa

Cont. Planilla de Información

Núm. Art.	Nombre del artículo	Tipo Combinado	Artículos dirigidos a niños	Artículos dirigidos a adolescentes	Artículos dirigidos a jóvenes	Efectos secundarios	Fuentes de información
008	Tratamientos complementario y alternativos	X	X	X	X	No se evidencia efectos secundarios	Centro Nacional de recursos para el TDAH
009	Sanaciones alternas, tratamientos alternativos para enfermedades mentales	X	X	X		No se evidencia efectos secundarios	Recuperado el 6 de septiembre de 2008 de www.tratamien
010	Treating ADD/ADHD Naturally	X		X		No se evidencia efectos secundarios	El Padre Excepcional 33 AO 2 24 F 2003
011	<i>Echinacea</i> : Herbal Medicine: Expanded Commission E Monographs	X				No se evidencia efectos secundarios	Newton, MA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:88–102.

Apéndice B
Child Count 1999-2005

Child Count 1999-2005

Puerto Rico

NIÑOS CON IMPEDIMENTO RECIBIENDO EDUCACIÓN ESPECIAL

de 3 a 5 años de edad

1999-2005

Tipo de Impedimento	Años escolares						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Retardación Mental	/	244	224	196	217	162	77
Problemas auditivos	/	128	101	107	105	109	60
Problemas de habla o lenguaje	/	5,933	5,606	6,336	6,885	6,492	3,940
Impedimento Visual	/	53	56	42	55	49	23
Disturbios emocionales	/	13	18	42	25	24	8
Impedimento ortopédico	/	183	126	137	105	86	37
Otros impedimentos de salud	/	400	335	301	339	265	137
Problemas específicos de aprendizaje	/	272	427	335	531	441	126
Sordo-mudo	/	3	3	7	5	6	2
Incapacidades múltiples	/	362	251	254	199	195	101
Autismo	/	147	178	190	228	238	116
Daño cerebral traumático	/	8	15	20	5	10	8
Retraso en el desarrollo	/	/	38	192	107	108	42
Total	6,274	7,746	7,378	8,159	8,806	8,185	4,677

Fuente de los datos: U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education
tabla preparada por
tendenciaspr.com

Apéndice C
Child Count 2007

REPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES RECEIVING SPECIAL EDUCATION
PART B, INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, AS AMENDED

OMB NO: 1820-0043

FORM EXPIRES: 8/31/2009

12/1/2007

STATE: **PR - PUERTO RICO**

SECTION A. DATA COLLECTION DATE

COUNT DATE:	12	1	2007
	MONTH	DAY	YEAR

ORIGINAL SUBMISSION
CURRENT DATE: January 31, 2008

REPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES RECEIVING SPECIAL EDUCATION
 PART B, INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, AS AMENDED

SECTION B. DISCRETE AGE BY DISABILITY FOR CHILDREN AGES 3-5 RECEIVING SPECIAL EDUCATION

DISABILITY	AGE AS OF DATA COLLECTION DATE				3-5 (PERCENT) ¹
	3	4	5	3-5	
MENTAL RETARDATION	19	46	84	149	2%
HEARING IMPAIRMENTS	10	21	32	63	1%
SPEECH OR LANGUAGE IMPAIRMENTS	1370	3006	3908	8284	96%
VISUAL IMPAIRMENTS	5	13	25	43	0%
EMOTIONAL DISTURBANCE	3	7	22	32	0%
ORTHOPEDIC IMPAIRMENTS	7	17	19	43	0%
* OTHER HEALTH IMPAIRMENTS	48	82	165	295	3%
SPECIFIC LEARNING DISABILITIES	42	58	223	323	3%
DEAF-BLINDNESS	2	2	2	6	0%
MULTIPLE DISABILITIES	25	50	61	136	1%
AUTISM	32	90	134	256	3%
TRAUMATIC BRAIN INJURY	2	1	1	4	0%
DEVELOPMENTAL DELAY ²	2	4	4	10	0%
TOTAL: (Sum of all of the above)	1567	3397	4680	9644	100%

¹ STATES SHOULD NOT PROVIDE PERCENTAGES IN THIS SECTION, AS THEY WILL BE CALCULATED AFTER THE COUNTS ARE SUBMITTED.

² States must have defined and established eligibility criteria for developmental delay in order to use this category for reporting.

TABLE 1

REPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES RECEIVING SPECIAL EDUCATION
 PART B, INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, AS AMENDED

OMB NO.: 1820-0043

FORM EXPIRES: 8/31/2009

39417

STATE: PR - PUERTO RICO

SECTION D. DISCRETE AGE BY DISABILITY OF CHILDREN AGE 6-21 RECEIVING SPECIAL EDUCATION

DISABILITY	AGE AS OF DATA COLLECTION DATE					
	6	7	8	9	10	11
MENTAL RETARDATION	146	323	450	556	711	772
HEARING IMPAIRMENTS	40	46	53	58	58	75
SPEECH OR LANGUAGE IMPAIRMENTS	3660	3399	2471	1913	1364	1006
VISUAL IMPAIRMENTS	33	36	43	51	45	47
EMOTIONAL DISTURBANCE	44	78	74	120	128	118
ORTHOPEDIC IMPAIRMENTS	37	53	43	39	44	38
* OTHER HEALTH IMPAIRMENTS	307	484	610	663	687	664
SPECIFIC LEARNING DISABILITIES	830	2387	3708	4787	5445	5950
DEAF-BLINDNESS	5	1	2	0	3	3
MULTIPLE DISABILITIES	80	108	76	92	59	99
AUTISM	171	186	166	155	138	99
TRAUMATIC BRAIN INJURY	7	4	2	1	3	5
DEVELOPMENTAL DELAY ¹	7	2	1	0		
TOTAL: (Sum of all the above)	5367	7107	7699	8435	8685	8876

¹ States must have defined and established eligibility criteria for developmental delay in order to use this category for reporting.

ED FORM:869-5

ORIGINAL SUBMISSION
 CURRENT DATE: January 31, 2008

TABLE 1

REPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES RECEIVING SPECIAL EDUCATION
 PART B, INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, AS AMENDED

39417

STATE: PR - PUERTO RICO

SECTION D (CONTINUED)

DISABILITY	AGE AS OF DATA COLLECTION DATE					
	12	13	14	15	16	17
MENTAL RETARDATION	872	922	928	1008	916	898
HEARING IMPAIRMENTS	51	56	60	57	42	57
SPEECH OR LANGUAGE IMPAIRMENTS	689	456	315	197	147	107
VISUAL IMPAIRMENTS	51	39	39	48	51	39
EMOTIONAL DISTURBANCE	100	117	105	93	89	59
ORTHOPEdic IMPAIRMENTS	44	33	25	36	25	31
* OTHER HEALTH IMPAIRMENTS	591	485	401	302	234	196
SPECIFIC LEARNING DISABILITIES	5883	5634	5278	4563	3833	2965
DEAF-BLINDNESS	3	5	6	13	6	3
MULTIPLE DISABILITIES	85	85	74	52	42	72
AUTISM	60	78	54	38	42	29
TRAUMATIC BRAIN INJURY	1	5	2	3	5	4
DEVELOPMENTAL DELAY						
TOTAL: (Sum of all the above)	8430	7915	7287	6410	5432	4460

ED FORM: 869-5

ORIGINAL SUBMISSION
 CURRENT DATE: January 31, 2008

REPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES RECEIVING SPECIAL EDUCATION
 PART B, INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, AS AMENDED

39417

STATE: PR - PUERTO RICO

SECTION D (CONTINUED)

DISABILITY	AGE AS OF COLLECTION DATE							
	18	19	20	21	6-21 (Actual Data)	22+ (Optional)	6-22+ (Optional)	6-21 (PERCENT) ¹
MENTAL RETARDATION	625	368	243	128	9866	33	9899	11%
HEARING IMPAIRMENTS	38	23	10	3	727	0	727	1%
SPEECH OR LANGUAGE IMPAIRMENT	51	13	6	6	15800	1	15801	18%
VISUAL IMPAIRMENT	15	5	0	0	542	0	542	1%
EMOTIONAL DISTURBANCE	22	16	6	2	1171	1	1172	1%
ORTHOPEDIC IMPAIRMENTS	16	6	5	0	475	0	475	1%
OTHER HEALTH IMPAIRMENTS	80	28	8	2	5742	0	5742	6%
SPECIFIC LEARNING DISABILITIES	1396	434	105	13	53211	3	53214	35%
DEAF-BLINDNESS	5	2	2	0	59	0	59	0%
MULTIPLE DISABILITIES	58	47	40	31	1100	6	1106	1%
AUTISM	28	24	10	8	1286	7	1293	1%
TRAUMATIC BRAIN INJURY	2	1	1	1	47	0	47	0%
DEVELOPMENTAL DELAY ²					10		10	0%
TOTAL (Sum of all the above)	2336	967	436	194	90036	51	90087	100%

¹ STATES SHOULD NOT PROVIDE PERCENTAGES IN THIS SECTION, AS THEY WILL BE CALCULATED AFTER THE COUNTS ARE SUBMITTED.

² States must have defined and established eligibility criteria for developmental delay in order to use this category for reporting.

ED FORM: 869-5

ORIGINAL SUBMISSION
 CURRENT DATE: January 31, 2008

REPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES RECEIVING SPECIAL EDUCATION
 PART B, INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, AS AMENDED

SECTION E. RACE/ETHNICITY BY DISABILITY OF CHILDREN AGES 6-21 RECEIVING SPECIAL EDUCATION

DISABILITY	RACE/ETHNICITY					TOTAL
	AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	ASIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER	BLACK (NOT HISPANIC)	HISPANIC	WHITE (NOT HISPANIC)	
MENTAL RETARDATION	14	4	13	9818	17	9866
HEARING IMPAIRMENTS	2	3	0	721	1	727
SPEECH OR LANGUAGE IMPAIRMENTS	19	9	15	15745	12	15800
VISUAL IMPAIRMENTS	1	0	2	535	4	542
EMOTIONAL DISTURBANCE	0	0	2	1167	2	1171
ORTHOPEdic IMPAIRMENTS	1	0	0	474	0	475
OTHER HEALTH IMPAIRMENTS	0	3	3	5733	3	5742
SPECIFIC LEARNING DISABILITIES	35	21	60	53054	41	53211
DEAF-BLINDNESS	1	0	0	58	0	59
MULTIPLE DISABILITIES	0	1	1	1097	1	1100
AUTISM	5	3	2	1274	2	1286
TRAUMATIC BRAIN INJURY	0	0	0	47	0	47
DEVELOPMENTAL DELAY ¹	0	0	0	10	0	10
TOTAL (Sum of all the above)	78	44	98	89733	83	90036
TOTAL (PERCENT) ²	0%	0%	10%	100%	0%	100%

¹ States must have defined and established eligibility criteria for developmental delay in order to use this category for reporting.

² STATES SHOULD NOT PROVIDE PERCENTAGES IN THIS SECTION, AS THEY WILL BE CALCULATED AFTER THE COUNTS ARE SUBMITTED.

REPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES RECEIVING SPECIAL EDUCATION
PART B, INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, AS AMENDED

OMB NO: 1820-0043

FORM EXPIRES: 8/31/2009

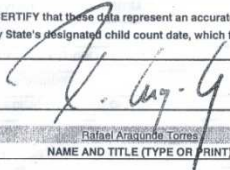
38417

REPORT DUE NO LATER THAN FEBRUARY 1

STATE: PR - PUERTO RICO

SECTION F. - CERTIFICATION

I CERTIFY that these data represent an accurate and unduplicated count of children with disabilities receiving special education and related services according to an Individualized Education Program on my State's designated child count date, which falls between October 1 and December 1 of 2006.

		
AUTHORIZING OFFICIAL		
Rafael Aragona Torres NAME AND TITLE (TYPE OR PRINT)	SIGNATURE	2/1/2008 DATE OF SIGNATURE

ED FORM: 869-5

ORIGINAL SUBMISSION
CURRENT DATE: January 31, 2008

Apéndice D

**Formularios para recibir los servicios de la Comunidad Terapeutica del Dr. Efen
Ramírez**

FOTO 2x2



**comunidad
terapéutica**
ambulatoria
de ocean park

Información Demográfica

Nombre: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre) (Inicial) (Edad)

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Lugar: _____
Hora: _____
Día Mes Año

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Dirección del Trabajo: _____ Teléfono: _____

Afiliación Religiosa: _____ Referido por: _____

Dirección Residencial y/o Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Fax.: _____

E-mail: _____ Portal Cibernético: _____

En caso de emergencia notificar a: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Para menores de edad-padre o encargado: _____

Dirección: _____ Tel/Celular: _____

Plan médico (Privado (SSS (Medicare (IMC (MCS (Cosvi
(Humana

(Cruz Azul (UTI (Cigna (Palic (First Medical (Otros

Especifique: _____

Número de Contrato: _____ Grupo: _____

Núm de autorización inicial: _____ Seguimiento: _____

Fecha de expiración: _____

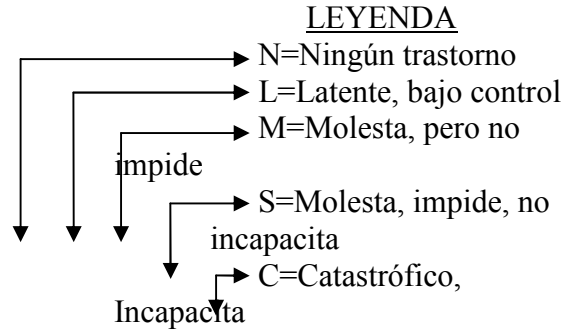
Ha recibido tratamiento en el año vigente: Si ___ No ___ Diagnóstico: _____

Fecha último tratamiento: _____

Nombre del terapeuta: _____ Tratamiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____
INDICADORES CONDUCTUALES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
 (Criterios de Diagnóstico)



LAS 20 Barreras al Éxito	N	L	M	S	C	TIPOLOGÍA
	01 PESIMISMO MELANCÓLICO- Temor al fracaso a base de experiencias previas (Miedos y Fobias)					
02 DESORGANIZACIÓN- Dificultad en la planificación (Regueretea)						Esquizoide
03 PROCRASTINACIÓN- Dificultad en la iniciativa (Dejar para después)						Procrastinador
04 DISPERSIÓN- Involucrarse en muchas cosas a la vez (No termina lo que empieza)						Polivalente
05 ZAFADERA- Expresarse impulsivamente: falta de tacto (Contestón)						Imprudente
06 CONDUCTA ARRIESGADA- En búsqueda de estímulo y excitación (Le atrae el peligro)						Arriesgado
07 ABURRIMIENTO- Intolerancia al no tener nada que hacer (Hay que entretenerlo)						Aburrido
08 DESPISTE- Dificultad en la atención (Atención, concentración y memoria corta)						Inatento
09 INVENTIVA- Usar la creatividad para salir del paso (Tiende a fantasear)						Manipulador
10 REBELDÍA- Dificultad con normas y autoridad (Terquedad, Voluntarioso, Tiránico)						Oposicional
11 IRRITABILIDAD- Intolerancia a la frustración (Rabietas y Violencia)						Irascible
12 IMPULSIVIDAD- Actuar sin considerar las consecuencias (Actúa sin pensar, violencia)						Impulsivo
13 PREOCUPACIÓN- Excesiva e innecesaria (Ansiedad anticipatoria)						Ansioso/Depresivo
14 INSEGURIDAD- Identidad inestable (Dependencia, apego)						Indeciso
15 BIPOLARIDAD AFECTIVA- Estados de ánimo fluctuantes (Inestabilidad Emocional)						Bipolar
16 INQUIETUD- Interno (desasosiego) o Externo (hiperactividad) (Tener que hacer algo todo el tiempo)						Hiperactivo
17 ADICCIÓN - Patrones de conducta compulsivos y repetitivos (Tics, Manías, Rituales)						Obsesivo
18 BAJA AUTOESTIMA- Tendencia al autocastigo y a infravalorarse (Piensa mal de sí mismo)						Autodestructivo
19 POBRE AUTOOBSERVACIÓN- Necesidad que le llamen la atención para darse cuenta de sus fallas (Negación)						Desconectado
20 HISTORIAL FAMILIAR- Confirmación del factor genético familiar (Otros TDA en la familia)						Familiar
Totales						

Comentarios:

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Inventario de Disfunciones Psicosociales

Víctima

Victimario

	N	L	M	S	C	Notas:	N	L	M	S	C	Notas:
1. Abuso escolar (Bullying)												
2. Adicción												
3. Alimentación chatarra												
4. Burla/Chacota												
5. Chabacanería												
6. Codependencia												
7. Consumismo												
8. Corrupción												
9. Crueldad con animales												
10. Delincuencia												
11. Demagogia												
12. Deportes de contacto violento												
13. Desavenencias de parejas												
14. Divorcio												
15. Evasión Contributiva												
16. Fanatismo Religioso												
17. Farmacodependencia												
18. Favoritismo familiar												
19. Fraude/timo												
20. Guerra												
21. Homicidio												
22. Homofobia												
23. Hostigamiento sexual entre adultos												
24. Mantengo												
25. Maltrato a niños												
26. Misoginia												
27. Partidismo												
28. Pedofilia												
29. Prejuicio racial												
30. Propaganda comercial engañosa												
31. Prostitución												
32. Suicidio												
33. Tráfico de drogas y armas												
34. Tráfico humano												
35. Transmisión de enfermedad sexual												
36. Vandalismo												
37. Violación												
38. Ventajería												

COMENTARIOS ADICIONALES:

Nombre: _____ Fecha: _____

RELATO-ENTREVISTA INICIAL

Narrativo detallado sobre la condición presente.

1. ¿Cuál es su condición presente? (En sus propias palabras)

2. ¿Desde cuándo la tiene?

3. ¿Qué tratamiento ha tenido?

4. ¿Cuántas recaídas ha tenido?

5. ¿Que le motiva a buscar tratamiento ahora?

6. ¿Qué expectativas tiene del tratamiento que ofrecemos?

7. ¿Conoce cómo es el tratamiento?

8. ¿Cómo se enteró?

Apéndice E
Autorización

**SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G. MÉNDEZ
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CENTRO DE RECURSOS DE INFORMACIÓN**

**Formulario de autorización para ingresar trabajos de investigación en la
Base de Datos Electrónica del Centro de Recursos de Información.**

Yo, _____

autor de _____

Autorizo a que el documento descrito forme parte de la Base de Datos Electrónica del Centro de Recursos de Información de la Universidad Metropolitana. Por tal razón se incluye:

__ 1 ejemplar de su investigación en formato electrónico (CD, USB)

El Centro de Recursos de Información de la Universidad Metropolitana del Sistema Universitario Ana Méndez, mantendrá esta investigación en el Portal de Biblioteca, en la sección de Tesis y Disertaciones. Esta investigación podrá ser revisada por toda la comunidad y el estudiante o profesor se reserva los derechos de autoría.

Firma del estudiante

Recibida por

Número de Identificación del
Estudiante

Fecha