



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN  
DIVISION DE HUMANIDADES**

**LA INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON DÉFICIT DE  
ATENCIÓN, UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

**PRESENTA**

**WENDY MÁRQUEZ DUEÑAS**

**ASESOR: EDUARDO R. ZARAGOZA RODRIGUEZ  
JUNIO 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS:

**A**

**D I O S**

Me río: Perdón por las tardes interminables en las que me dediqué a este proyecto; por regañar a uno cuando el otro tenía la culpa y no los escuché, perdón por que no han tenido todo lo que yo hubiera querido; perdón por los traumas que he ocasionado en sus vidas, perdón por reírme tanto, también por cantar horrible pero fuerte... Sé que la vida al lado mío no es fácil, pero ¡ustedes son lo mejor que hay en la mía!!!

Gracias por todo lo que hemos vivido, aprendido y desaprendido juntos.

¡¡¡LOS AMO!!!  
Su aprendiz de Mamá

Mis cómplices, compañeros, aliados, amigos, solidarios, inspiración, motor, combustible, equipo....  
Gracias por haberme enseñado que la palabra educa, ¡pero el ejemplo arrasa! .

INCONDICIONALES  
MIS PAPITOS

A mis maestros y asesor de tesis por sus enseñanzas y amistad.  
A mis alumnos, compañeros de trabajo....  
A mi familia Márquez - Dueñas y toda la familia política que tengo el privilegio de tener.  
A mis amigos que me han acompañado todo el tiempo...

Si agradeciera uno a uno a todas las personas que han contribuido a que yo esté aquí ¡escribiría otra tesis!

Pero te dedico mi esfuerzo y ¡GRACIAS! Personalmente a cada uno:

Hiciste un milagro por mi vida con tu oración...  
Tus buenos deseos que enviaste, ¡me llegaron!...  
De ti aprendí una importante lección en mi vida...  
Gracias por decirme terca. (yo lo tomé como persistente...)  
Me encantó el trabajo que he disfrutado muchísimo...  
Recuerdo de las carcajadas, ¡¡¡aún me saben bien!!!  
En momentos difíciles, me dolieron, pero recuerdo lo que aprendí...  
Por el apoyo...  
Por el cariño....  
Por la palabra sincera...  
Por la paciencia y ayudarme cuando ya no pude hacer las cosas igual que antes...

**¡Dios te Bendiga y te cuide siempre!**

# INDICE

## La intervención en niños con déficit de atención, una propuesta pedagógica.

Introducción.....	1
<b>Capitulo 1    Sustento Teórico del Déficit de Atención</b>	
<b>Concepto de Trastorno por Déficit de Atención con</b>	
<b>Hiperactividad.....</b>	
Síntomas.....	10
Trastornos de los cuales puede estar acompañado.....	18
Causas .....	19
<b>Capitulo 2    Historia y fundamento de los programas de intervención</b>	
<b>temprana</b>	
<b>Precusores de los programas de intervención</b>	
<b>contemporáneos.....</b>	26
<b>Fundamento de la intervención inicial .....</b>	33
<b>Efecto de los programas de intervención en el niño y la</b>	
<b>familia.....</b>	37
<b>Adquisición de habilidades de enseñanza y aprendizaje... </b>	41
<b>Los niños con TDAH pueden tener éxito.....</b>	47
<b>Capituló 3    Identificación y Diagnóstico</b>	
<b>Tipos de Profesionales que hacen el Diagnóstico .....</b>	48
<b>Pasos para la elaboración de un Diagnóstico .....</b>	54
<b>Fases para el diagnóstico.....</b>	55
<b>Modelo Conceptual del TDAH.....</b>	58
<b>Claves para detectar Déficit Atencional.....</b>	64
<b>Capituló 4    Tipos de Tratamiento</b>	
<b>Tratamiento Psicológico.....</b>	74
<b>Tratamiento Neurológico y Psiquiátrico .....</b>	76
<b>Tratamiento Psicopedagógico.....</b>	78
<b>El uso de Drogas Estimulantes .....</b>	79
<b>La función Pedagógica.....</b>	84

<b>Capitulo 5</b>	<b>Propuesta de Programa de Intervención</b>	
	Visión General y Conducción del Programa .....	85
	Medicamento.....	86
	Fundamento Teórico	
	Modelo del proceso de Información.....	88
	Terapia cognitivo conductual.....	93
	Evaluación y terapia Multimodal.....	94
	Modelo de Estrategias Preferenciales.....	95
	Niveles del Programa .....	95
	Objetivos del Programa .....	95
	Valoración.....	96
	Objetivos particulares en el aspecto educativo .....	99
	Evaluación y Modificación.....	102
	Componente Educativo .....	103
	Las Opciones Educativas .....	111
	De qué se trata una terapia.....	117
	¿Cómo aprenden los niños?, Modelo del proceso de Información.....	118
	Lo que realmente funciona a los alumnos con TDAH.....	123
	Estudiantes con TDAH en la secundaria.....	128
	Derechos de los niños con TDAH.....	130
	Componentes de la Participación de la Familia .....	131
<b>Capitulo 6</b>	<b>Propuesta de Operatividad para el Programa de Intervención</b>	
	Ejecución del Programa .....	138
	Horarios.....	138
	Personal.....	138
	Neurológico y Psiquiátrico.....	139
	Psicológico.....	141
	Psicólogos y Padres.....	143
	Psicopedagógico y escolar.....	147
	Medio .....	148
	Programa de Enseñanza, Estrategias para maestros .....	148
	Sinopsis de la problemática escolar del niño con TDAH.....	149
	Modelo de estrategias preferenciales.....	152
	Necesidades básicas que el maestro debe satisfacer.....	152
	Estrategias para el aprovechamiento escolar.....	156
	Ingreso, Evaluación Inicial, Intermedia y Final .....	162
	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>170</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>173</b>

## INTRODUCCION

Este trabajo de tesis nace de la inquietud de ver un padecimiento como algo positivo, lo que se puede llamar “sublimar” el padecimiento y claro que me parece posible porque: imaginan a un obrero, una maestra de kinder (o de cualquier nivel), un diseñador, un creativo, un arquitecto... en fin, cualquier profesión bien encaminada puede provocar algo a lo que yo llamo “pasión” que equivale mas o menos a engancharse intrínsecamente en alguna actividad y que el mundo desaparezca cuando estas en ella, se te olvida comer, duermes soñando con ello y ese brillo en los ojos... tan peculiar... esa luz que he descubierto en la mirada de gente de la que he tenido la fortuna de recibir capacitación en la docencia y que a pesar de llevar días y días muy pesados hablan del tema con un gozo que enamora, conozco sacerdotes, diseñadores gráficos, publicistas, matemáticos... en fin, cualquiera que se encuentre enamorado de lo que hace, fácilmente presenta esa pasión

El tema de esta tesis es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (TDAH), que se ha tornado un padecimiento muy popular en nuestro tiempo, sin embargo, desde mi punto de vista su diagnóstico se ha dado en forma irresponsable y muy a la ligera, siendo por este motivo que me pareció importante determinar el sustento teórico de dicho déficit, así como sus síntomas y trastornos de los que puede venir acompañado, de esta manera se busca formar conciencia en un diagnóstico y tratamiento de forma interdisciplinaria.

Desde mi punto de vista la intervención temprana es determinante para que un apersona se desarrolle de manera adecuada así que aquí se plantean la historia y fundamento del a intervención temprana y cómo es que ha demostrado ser una herramienta de gran valor para el tratamiento.

Así mismo se abarcan los temas de identificación, diagnóstico y tratamiento; para finalizar con una propuesta de intervención interdisciplinaria en la que, debido a mi carrera me centro en el aspecto pedagógico para facilitar el aprendizaje y favorecer la educación de las personas con estas características.

Cada caso es una persona y pertenece a un individuo que debe ser tratado como tal, tomando en cuenta su historia de vida, antecedentes familiares, físicos, biológicos, sociales, etc.

Sobre la conducta disocial, habrá un efecto positivo tanto en la agresividad verbal como en la física y en las conductas disociales con un apropiado tratamiento interdisciplinario que involucre una gama de los especialistas necesarios para cada caso.

Es básico, pues, trabajar en primera instancia con el profesor sobre estos aspectos:

El TDAH (Trastorno de déficit de atención con hiperactividad) se considera una discapacidad para el aprendizaje de causas biológicas, muy sensible a las variables ambientales.

No obstante, la naturaleza de sus síntomas hará que, aún controlando el ambiente de forma adecuada, persistan en cierta medida sus manifestaciones.

Debido a que son muy diversos y crónicos los problemas conductuales asociados al TDAH, se requiere la implementación de una gran variedad de tratamientos. Es necesaria la intervención de profesionales de distintas disciplinas como: neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros. Cada uno aporta su experiencia para abordar problemas específicos.

Actualmente los tratamientos más efectivos están enfocados a reducir los síntomas. Hay evidencia de que la terapia multimodal (diversas formas de tratamiento, como el farmacológico –



medicamentos- más el psicoterapéutico), por períodos largos reduce el riesgo de un pronóstico negativo en la adolescencia y en la adultez.

El tratamiento también toma en cuenta a la familia, por lo que es importante que se encuentren bien informados acerca del TDAH y cuenten con la confianza para despejar las dudas acerca del padecimiento.

Los maestros también deben involucrarse en el tratamiento, porque la meta de la terapia es afrontar más que curar y se requiere de intervenciones periódicas para guiarte a través de los distintos períodos cortos de atención, la impulsividad o falta de autocontrol y la desobediencia.

Hasta el momento, las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: farmacoterapia (medicamentos), modificación conductual, tratamiento cognitivo- conductual, orientación a padres y psicoeducación.

Las investigaciones médicas en la actualidad muestran que un niño y adolescente que recibe tratamiento, terapia y medicamento adecuados y oportunos, tiene menor riesgo de caer en adicciones. Las adicciones de alcohol y drogas son más comunes en personas con TDAH que nunca fueron tratadas, ya que éstas crecen frustradas, enojadas y con serios problemas de fracaso y rechazo. Estas condiciones pueden llevar fácilmente a una persona al consumo de alcohol y drogas.

## **EL PAPEL DE LOS PADRES EN EL MANEJO:**

Puesto que una de las características del trastorno consiste en la dificultad para organizar la actividad, requerirá de un entorno ambiental ordenado, con reglas claras, sin pautas contradictorias entre los adultos a su cargo, en el hogar y en la escuela. En el mencionado ordenamiento, resultan fundamentales los límites fijados, que deben ser dosificados, y adecuados para cada situación.

También deberá contemplarse la forma en que se establezcan dichos límites: procurando razonar con el niño; y no de un modo impulsivo, ni prepotente. Deberá considerarse que las grandes penitencias, además de ser difícil de cumplirlas, es preferible no pretender imponerlas, si no pueden cumplirse.

Tanto en la casa, como en la escuela, deberá ayudarse al niño para mantener el orden con sus cosas, enseñándole que es la mejor forma para no extraviarlas, lo que ocurre con frecuencia, en estos niños con una excesiva falta de atención. También se procurará ayudarlo en el orden de sus tareas cotidianas, para distribuir el tiempo de cada actividad de modo adecuado.

El uso de agendas o planillas visibles con horarios, pueden ser eficaces, destinando un tiempo claramente delimitado, con hora de inicio y fin de la tarea. Es común que los padres de estos niños se quejen de la tendencia a prolongar indefinidamente, el tiempo dedicado a la realización de deberes domiciliarios. Debe recordarse, que ello se debe a una carencia interna, que les imposibilita la organización y planificación adecuada.

Es importante considerar el orden en el ambiente, de modo de proveerle un ámbito lo más libre posible de factores que le dispersen, distrayéndolo de sus tareas domiciliarias; por ejemplo, evitando la presencia cercana de un televisor encendido, o de un hermano jugando con videojuegos.

Resulta útil cuantificar el tiempo total destinado a la tarea, dividido en dos o tres segmentos, con mini recreos entre ellos: la organización del tiempo también se aprende. Es conveniente ser poco exigente al inicio, considerando preferible un trabajo de 15 minutos, a 60 minutos dispersos.

## **EL PAPEL DE LOS DOCENTES EN EL MANEJO:**

Lo expresado para el ámbito doméstico, debe realizarse igualmente en el académico. El docente deberá considerar que (pese a que los padres pueden estar agotados por los aspectos negativos de sus hijos), se trata de niños inteligentes, curiosos, creativos, espontáneos, y generalmente de buen humor.

Debe procurarse apuntalar su autoestima (que suele ser baja) mediante un justo balance de defectos y virtudes. Es importante que el docente estimule sus logros, para que avance en la maduración de su conducta. Debe tenerse en cuenta que es habitual la tendencia a subrayar sus defectos, para no dejar pasar inadvertidamente sus aciertos.

Debe procurarse una acción coordinada del docente con los agentes de salud, y su familia, trabajando en equipo. De otro modo, el niño queda privado de las acciones más eficaces. Es función del docente, monitorear los efectos de las acciones técnicas y terapéuticas decididas; y las dificultades para su cumplimiento.

Del mismo modo que a nivel hogareño, en la escuela, debe destacarse la ayuda en el ordenamiento de la actividad, a través de planillas de actividades, uso de relojes y agendas; y utilización de forros de diferente color para los cuadernos de las distintas materias. Puesto que la hiperactividad consiste en una actividad desorganizada, las medidas de ordenamiento

que se sugieren, (al menos en modo paliativo), suelen consistir en segmentación de espacios y tiempos, destinados para cada actividad.

Del mismo modo que en la tarea domiciliaria, puede dosificarse en la escuela, una actividad más breve, pero sin distracciones. Ello puede aplicarse, permitiendo al niño salidas pautadas del salón de clase, para realizar alguna actividad puntual, como traer algún material, llevar una lista, enviar un mensaje, etc. De esta manera, el niño encuentra como válvulas de escape, que le permiten el ordenamiento de su actividad.

Del mismo modo, se puede instrumentar la existencia de dos lugares propios, y diferentes, dentro del salón de clase, en los que el chico ubique los materiales para el desempeño de materias o actividades diferentes.

El lugar dentro del salón de clase conviene que sea próximo al docente y rodeado por niños especialmente aplicados, que pueda imitar, como modelos en niveles de atención.

Se ha demostrado de gran eficacia la utilización de medios multi sensoriales, que estimulan la captación de lo que se transmite, atrapando la atención en déficit, a través de la percepción visual de imágenes, de dibujos o figuras, y de gráficos, en forma simultánea con la transmisión que se percibe en forma auditiva. Este recurso será también de utilidad para el resto de los niños que integran el grupo, y que no padecen trastornos de la atención.

## **CAPITULO 1:**

### ***SUSTENTO TEÓRICO DÉFICIT DE ATENCIÓN***

#### **Concepto De Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención**

En realidad cuando se habla de niño hiperactivo nos referimos a lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual Diagnóstico Estadístico (DSM IV), ha denominado con un nombre más largo y mucho más específico: el DESORDEN POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. A menudo estas siglas son abreviadas en español como T.D.A.H., lo cual significa Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Estas son las siglas que usaremos a lo largo de la redacción de este trabajo para referirnos a dicho padecimiento.

Para muchas personas, esto es lo que significa tener el Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención [Attention Deficit Hyperactivity Disorder] o ADHD en inglés: Quizás no pueden sentarse quietos, planificar de antemano, terminar tareas o estar plenamente conscientes de lo que está ocurriendo a su alrededor. Para sus familias, compañeros de clase o colegas pueden parecer existir en un remolino de actividad desorganizada o desenfrenada. De repente -- en algunos días y en algunas situaciones -- pueden parecer estar bien, llevando a los demás a pensar que la persona con TDAH en realidad puede controlar estos comportamientos. Como resultado de esto, el trastorno puede arruinar las relaciones de la persona con los demás, así como perturbar su vida diaria, consumir energía y disminuir su amor propio.

El trastorno de déficit de atención (TDA) con o sin hiperactividad, es un conjunto de fenómenos neuropsicológicos, cuyos principales síntomas son; periodos cortos de atención (insuficientes para realizar actividades académicas de forma efectiva) y la hiperactividad (hipercinesia), que es la actividad psicomotora exagerada.

1Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR, 2000) describe dos trastornos diferentes:

1) T D A : TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

2) T D A H : TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Según este manual, los niños con **TDA** son pasivos, miedosos y muy aprensivos, parece que se la pasan soñando y no ponen atención a lo que pasa al rededor. Son callados y no escuchan.

Los niños con **TDAH** tienen problemas con sus compañeros porque son impulsivos y agresivos. Siempre se están moviendo y son desorganizados, entre otras características que llegan a describir su hiperactividad.

*TDAH*, fué antes llamado Hipercinesia, Disfunción cerebral mínima, Daño cerebral mínimo, Déficit de la atención, control motor y de la percepción. Recientemente se han descrito dos subtipos de TDA; con ansiedad o con agresividad. Es uno de los trastornos mentales más comunes entre niños. Afecta entre el 3 y el 5 por ciento de todos los niños, quizás tanto como 2 millones de niños estadounidenses. Los varones se ven afectados dos o tres veces más que las niñas. Como promedio, al menos un niño de cada aula en los Estados Unidos necesitan ayuda para el trastorno. El TDAH a menudo sigue a través de la adolescencia y de la edad adulta y puede causar una vida de sueños frustrados y dolor emocional<sup>1</sup>.

Pero hay ayuda y esperanza. En la última década, los científicos han aprendido mucho acerca de la trama del trastorno y ahora pueden identificar y tratar a niños, adolescentes y adultos que lo tienen. Existen ya una variedad de medicamentos, terapias para cambiar el comportamiento, y opciones

---

<sup>1</sup> P. J. FRICK, Y COL, Proyecto TDAH, Dimensiones del problema. Hospital J. N. Navarro, México. 1991.

educacionales para ayudar a personas con TDAH a concentrar su atención, a aumentar su autoestima, y a funcionar de maneras nuevas.

Los estudios realizados en diversas comunidades, han dado una prevalencia de TDA de entre el 1.7 y el 16% dependiendo de la población estudiada y de los métodos de diagnóstico usados. Estos resultados, sugieren que en niños de diversos grupos de poblaciones (geográfica, socioeconómica y racial) la proporción de afectados por este padecimiento es importante. Otro factor que ha aumentado la prevalencia reportada en niños que padecen esta condición, es la ampliación de los criterios para diagnosticar TDA. La frecuencia del TDA en la consulta médica varía según el grupo estudiado; desde un 10% de todos los problemas de conducta que afectan a los niños que acuden a una unidad de pediatría, a un 50% en las unidades paidopsiquiátricas.<sup>2</sup>

Se estima que de un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años padecen Déficit de Atención con Hiperactividad. Esto significa que es más probable que los profesores tengan de uno a tres niños hiperactivos en una misma clase.

Este trastorno es indudablemente más frecuente en los varones que en las niñas en una proporción de 10 a 1. Por cada 10 niños hiperactivos encontramos a una niña, dada su menor incidencia entre mujeres, el Déficit de Atención con Hiperactividad ha sido estudiado preferentemente en varones, limitándose los estudios con niñas para investigar la frecuencia del trastorno. No se conocen, por ejemplo estudios que traten de dilucidar cómo se enfrenta una niña y un niño a los problemas que les causa el déficit de atención, su impulsividad y su hiperactividad motriz. Este es un punto que interviene dentro de este trabajo ya que desde este enfoque de donde se propone que parta el tratamiento pedagógico, ya que estas diferencias deben ser muy tomadas en cuenta por padres de familia, profesores y especialistas en su tratamiento ya que todos los niños hiperactivos se llegan a enfrentar con un mayor número de fracasos que los niños sin este trastorno: cometen más errores, les cuesta más seguir la clase, organizarse, controlar sus

---

<sup>2</sup> Cantwell D.P. Attention deficit disorder, a review of the past 10 years. J. Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; pp. 95, 978-987.

rabietas, etc. Esta frustración constante es vivida por cada niño de manera diferente, algunas veces muestran problemas de conducta, desobediencia, enfrentamiento a la autoridad, ansiedad, comportamientos de tipo obsesivo.

Al tomar en cuenta que el rendimiento escolar es la primera prueba de valía personal que experimenta el niño y de que la aceptación de los compañeros de clase suele depender de que el niño tenga una buena o mala autoimagen social, comprenderemos las repercusiones que esta sintomatología va teniendo en el desarrollo de su personalidad. Debido a todo esto no es extraño ver cómo a medida que avanzan los años, los niños no tratados adecuadamente no sólo acentúan su sintomatología inicial, sino que , además, observan inadaptación escolar, problemas de conducta, autoimagen negativa, una imagen de si mismos (autoconcepto) errónea y en algunos casos hasta síntomas depresivos.

### **Síntomas del Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención**

El TDAH no es como un brazo quebrado o dolor de garganta. A diferencia de estos dos trastornos, el TDAH no tiene señales físicas claras que pueden ser observadas en una radiografía o prueba de laboratorio. El TDAH sólo puede ser identificado al buscar ciertos comportamientos característicos y estos comportamientos pueden variar según la persona. Los científicos aún no han identificado una causa única detrás de todos los esquemas de comportamiento diferentes -- y puede ser que no encuentren una jamás. Sin embargo, algún día los científicos podrán descubrir que el TDAH es un término global para varios trastornos apenas diferentes entre sí.

Por el momento, el TDAH es un diagnóstico que se le aplica a niños y adultos que constantemente demuestran ciertos comportamientos característicos por un período de tiempo. Los comportamientos más comunes caen en tres categorías: falta de atención, hiperactividad, e impulsividad.

**Falta de atención.** Las personas que son desatentas tienen dificultad concentrándose en una sola cosa y se pueden aburrir con una tarea luego de sólo

unos pocos minutos. Pueden prestar atención en forma automática y sin esfuerzo si se trata de actividades y cosas que les gustan. Pero el concentrar atención deliberada y consciente en organizar o completar una tarea o aprender algo nuevo les es difícil.

La falta de atención de los niños hiperactivos tiene unas manifestaciones comportamentales y otras de tipo cognitivo. En el siguiente cuadro se recogen las manifestaciones del comportamiento de desatención más frecuentes.

<b>FALTA DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ No termina las tareas que empieza</li><li>➤ Comete muchos errores</li><li>➤ No se centra en los juegos</li><li>➤ Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente</li><li>➤ Tiene dificultades para organizarse</li><li>➤ Evita las tareas que requieren mucho esfuerzo</li><li>➤ Pierde cosas que necesita</li><li>➤ Se distrae fácilmente con cualquier cosa</li><li>➤ Suele ser descuidado en las actividades.</li></ul>

El origen de estas desatenciones podría radicar en la existencia de un déficit cognitivo o la falta de motivación para realizar las tareas. Aunque el niño hiperactivo se dan ambas cosas, investigaciones controladas han demostrado que incluso en las tareas altamente motivantes, los niños hiperactivos cometen más fallos por una atención inadecuada que los niños no hiperactivos. Prueba de ello es que los niños hiperactivos tienen más problemas de conducta cuando la información es repetida que cuando la información es novedosa. Es decir, el niño hiperactivo se porta peor cuando tiene que enfrentarse a tareas aburridas y repetitivas en las que le cuesta mantener la atención que ante tareas nuevas (Shroyer y Zental, 1986)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Sroyer C. Y Zentall, S.S. Effects of rate, nonrelevant information, and repetition on the listening comprehension of hyperactive children. The journal of Special Education. pp 20, 231-239.



La atención del niño hiperactivo, como veremos con más detalle más adelante, suele ser además dispersa y alterarse con cualquier estímulo por irrelevante que sea. La fácil distracción es consecuencia de la falta de atención, esta distracción puede ser de origen visual (sentarse junto a una ventana), auditiva (ruidos en el salón), somática (zapatos apretados), y la fantasía entre otras. Podría decirse que no puede establecer un orden de prioridades entre los estímulos que se le presentan, por este motivo no es de extrañarse que estos niños manifiesten el deseo de que haya silencio en el salón durante las horas de trabajo, las conversaciones y sonidos de fondo de los niños durante la clase (información irrelevante) dificultan que este tipo de niños centren su atención en el profesor o en la tarea que se está realizando (información relevante).

**Hiperactividad.** Las personas hiperactivas parecen estar siempre en movimiento. No pueden sentarse quietas, pueden precipitarse o hablar sin parar. El permanecer sentados quietos a lo largo de una tarea puede ser una tarea imposible. Los niños hiperactivos se retuercen en sus asientos o vagan por el cuarto. O pueden menear los pies, tocando todo o dando golpecitos con el lápiz. Los adolescentes y adultos hiperactivos pueden sentirse muy inquietos. Pueden mostrarse agitados o, pueden tratar de hacer varias cosas a la vez, rebotando de una actividad a la siguiente.

Una de las características más llamativas del niño hiperactivo es precisamente la excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y su nivel madurativo (en el caso de los niños con trastorno en el desarrollo, si queremos valorar si la conducta es hiperactiva, debemos comparar su actividad motriz con su edad mental y no con su edad cronológica). Este exceso de actividad motriz se manifiesta normalmente por una necesidad de moverse y por la falta de autocontrol corporal y emocional.

A pesar de ser este el síntoma más llamativo de todo el trastorno y el que con mayor frecuencia hace que los profesores alerten a los padres, en la mayoría de los casos la inquietud motora desaparece una vez entrada la adolescencia,

mientras que los problemas de atención e impulsividad persisten hasta la edad adulta. Esta conducta hiperactiva puede resultar incompatible con el aprendizaje escolar y muy deteriorante de las relaciones con el entorno (el profesor, los compañeros de clase, la familia y los amigos)

En muchos casos, sobretodo en niños a partir de los 9 años ,la hiperactividad motriz en el aula ya no se manifiesta con carreras, subirse a las mesas o levantarse constantemente del asiento, sino que es sustituida por excusas constantes para ponerse de pie.

Debe considerarse también que en algunos casos también pueden presentarse dificultades en la coordinación motriz y en la estructuración perceptiva. “El 50% de niños con hiperactividad presentan signos neurológicos menores (SNM)”<sup>4</sup>

Algunos autores piensan que se debería considerar a estos niños como un subgrupo aparte caracterizado por un déficit de funciones perceptivo-motoras con manifestaciones neurológicas menores, en este grupo se incluiría a los niños con TDAH que presentan un cociente intelectual normal, sin signos de focalidad neurológica, pero con un desarrollo deficiente de las funciones sensitivo-motoras o de la integración perceptiva. Entre estos signos neurológicos menores se pueden encontrar: dificultades en ejecutar movimientos sucesivos y opuestos con mucha rapidez, dificultades en el reconocimiento de figuras o letras trazadas en su piel o dificultades en el reconocimiento de objetos al tacto.

<b>CONDUCTA HIPERACTIVA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Movimientos constantes de manos, pies.</li><li>➤ Se levanta constantemente</li><li>➤ Corretea por todos lados</li><li>➤ Le cuesta jugar a actividades tranquilas</li><li>➤ Está activado como si tuviera un motor</li><li>➤ Habla en exceso</li></ul>

---

<sup>4</sup> Frank Y. Y Ben-Nun, Y. “Toward a clinical subgrouping of hyperactive and non hyperactive attention déficit disorder. Results of a comprehensive neurological and neuropsychological assessment. AJDC, pp.153-155.

Hay diferencia entre los géneros para manifestar este síntoma, ya que los niños suelen tener un aumento en la actividad motora y las niñas pueden tener un aumento en la actividad verbal. Existe además un lazo positivo de este síntoma, ya que todos conocemos adultos que no paran, siendo además muy exitosos en su profesión.

**Impulsividad.** Es el no saber esperar con calma una cosa que tarda tiempo en realizarse, la impaciencia es una consecuencia de la mezcla entre impulsividad aunado a la falta de noción del tiempo real. Las personas que son demasiado impulsivas parecen ser incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar. A raíz de esto, pueden descolgarse con comentarios poco apropiados. O pueden cruzar la calle corriendo sin mirar. Su impulsividad puede hacer que les sea difícil el esperar cosas que quieren o a esperar su turno durante juegos. Pueden quitarle un juguete a otro niño o pegarle cuando están alterados.

Las manifestaciones impulsivas también se pueden reflejar en dos vertientes: la comportamental y la cognitiva. El estilo cognitivo impulsivo será manejado como la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información de los niños hiperactivos cuando se enfrentan a tareas complejas. , en este apartado nos referimos a la impulsividad comportamental, más ligada a la falta de control motriz y emocional que lleva al niño hiperactivo a actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones llevado por un deseo de gratificación inmediata y acentúan más su conducta cuando conllevan una satisfacción inmediata, ya sea de tipo material o social. La impulsividad comportamental está de este modo muy relacionada con el grado de tolerancia a la frustración, los niños hiperactivos muestran un bajo umbral a la frustración, que por lo general está muy relacionado con la forma en la que han sido educados en su familia. La forma en la que se mantienen los límites educativos sanos y ajustados a la capacidad del niño, determinan en gran medida que la conducta impulsiva aumente o disminuya.

La conducta impulsiva junto con la falta de conciencia de riesgo los hace ser más propensos a accidentes.

**Desorganización y falta de autonomía:** Los niños hiperactivos se caracterizan por una desorganización personal interna y externa, esta desorganización tiene como causa principal que olvidan las cosas, lo que hace que le resulte más difícil comportarse de manera autónoma. Los padres se dan cuenta de esto porque necesitan mayor atención y seguimiento por parte de ellos que los demás hijos. En algunos casos se les sobreprotege reduciéndoles la capacidad de madurar

Sobre excitación emocional: el niño parece no tener un término medio en sus emociones, las que además transmite fácilmente, cuando están alegres, es el niño “simple”, el payaso de la reunión. Cuando están enojados hacen berrinches y pueden ser muy agresivos. A este estado psicológico se le llama también labilidad emocional.

No toda persona que es demasiado hiperactiva, desatenta, o impulsiva tiene un trastorno de atención. Debido a que muchas personas dicen cosas que no quisieron decir, rebotan de una actividad a otra, o se vuelven desorganizadas u olvidadizas, ¿cómo pueden los especialistas determinar si el problema es TDAH? Para evaluar si una persona tiene TDAH, los especialistas consideran varias preguntas críticas: ¿son éstos comportamientos excesivos, a largo plazo y penetrantes? Es decir, ¿ocurren más a menudo que en otras personas de la misma edad? ¿Son un problema continuo y no sólo una respuesta a una situación temporaria? ¿Ocurren los comportamientos en varios marcos o en un lugar específico tal como el campo de recreo o la oficina? El esquema de comportamiento de la persona es comparado con un conjunto de criterios y características del trastorno. Estos criterios aparecen en el libro diagnóstico de referencia llamado *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*] (DSM).

Conforme al manual, hay tres esquemas de comportamiento que indican que existe TDAH. Las personas con TDAH pueden demostrar varias señales de

ser hiperactivas e impulsivas. O pueden demostrar los tres tipos de comportamiento.

Conforme al DSM, las tres señales de falta de atención incluyen:

- distraerse fácilmente con imágenes y sonidos irrelevantes
- falta de atención a detalles y descuidos
- raramente seguir instrucciones con cuidado y por completo
- perder u olvidarse de cosas tales como juguetes, libros, y herramientas que se necesitan para una tarea

Algunas señales de hiperactividad son:

- sentirse inquieto, a menudo agitándose nerviosamente
- corriendo, trepando, o dejando el asiento en situaciones en las cuales se espera que uno permanezca sentado y se comporte con tranquilidad
- descolgarse con respuestas antes de terminar de escuchar la pregunta
- dificultad aguardando el turno

Debido a que todos demostramos este tipo de comportamiento a veces, el DSM contiene pautas muy específicas para determinar cuándo indican TDAH. Los comportamientos deben aparecer temprano en la vida, antes de los 7 años, y deben continuar por al menos 6 meses. Cuando se trata de niños, deben ser más frecuentes o severos que en otros de la misma edad. Y, sobre todo, los comportamientos deben crear una verdadera incapacidad en al menos dos áreas de la vida de una persona, tal como la escuela, el hogar, el trabajo, o marcos sociales. Entonces, alguien cuyo trabajo o amistades no están afectados por estos comportamientos no sería diagnosticado con TDAH. Tampoco lo sería un niño que parece ser demasiado activo en la escuela pero que funciona bien en otro lugar.

Dentro de este apartado se trata la sintomatología negativa de los niños con TDAH que los conduce hacia problemas en cuanto a su adaptación en la escuela y en la sociedad; sin embargo me parece necesario retomar algunos otros aspectos que si bien no son sencillos de controlar dentro del ámbito escolar o familiar, son características que de ser valoradas pueden traer consigo un cambio en el desarrollo y adaptación del niño, llevándolo a una “explotación” positiva de

sus cualidades que pueden traer como consecuencia el éxito y el orgullo en algunas labores, lo que los aliente a mejorar también en los aspectos que se les dificultan. Estas características son:

- Tiene una gran sensibilidad
- Tiene una cantidad impresionante de energía
- Se aburre fácilmente; a veces parece que tiene muy poca capacidad de concentración
- Necesita estar rodeado de adultos emocionalmente estables y seguros
- Se resiste a la autoridad, a menos que se presente democráticamente
- Tiene sus propios métodos de aprendizaje, sobre todo en la lectura y en las matemáticas
- A veces se frustra enseguida porque tiene grandes ideas pero le faltan los recursos o las personas necesarios para ayudarlo a llevarlas a cabo
- Aprende a través de la exploración, y se resiste a aprender de memoria o a limitarse a escuchar
- Es incapaz de permanecer sentado y quieto, a menos que esté absorto en algo que sea de su interés
- Es muy compasivo; tiene muchos temores, por ejemplo a la muerte y a la pérdida de sus seres queridos
- Si experimenta el fracaso enseguida, es posible que se rinda y desarrolle bloqueos de aprendizaje permanentes.

Estas características podrían llegar a describir a un niño con TDAH, sin embargo han sido catalogadas como características de niños superdotados<sup>5</sup> lo que nos demuestra la relación o el acercamiento que puede tener una sintomatología con otra, las cuáles a veces vemos tan lejanas.

---

<sup>5</sup> Lee, Carroll y Tober, Jan. "Los niños Indigo" Editorial Obelisco, México 2003. pp.40

## **Trastornos de los cuáles puede estar acompañado**

Una de las dificultades de diagnosticar TDAH es que a menudo es acompañado por otros problemas. Por ejemplo, muchos niños con TDAH también tienen una dificultad de aprendizaje específica [learning disability] (LD), lo cual significa que tienen problemas para aprender un idioma o ciertas habilidades académicas, típicamente lectura y matemática. El TDAH no es en sí una dificultad de aprendizaje específica. Pero ya que puede interferir con la concentración y atención, el TDAH puede hacer que sea el doble de difícil que a un niño con LD le vaya bien en la escuela.

Un pequeño grupo de personas con TDAH tiene un trastorno raro llamado el síndrome de Tourette. Las personas con Tourette tienen tics y otros movimientos nerviosos como ser pestañeo o contracciones nerviosas de la cara que no pueden controlar. Otros pueden hacer muecas, sacudir los hombros, sorber por la nariz o gritar palabras. Afortunadamente, estos comportamientos pueden ser controlados con medicación. Los investigadores de NIMH (National Institute of Mental Health) y de otros lugares están involucrados en evaluar la seguridad y efectividad de tratamiento para personas que tienen ambos el síndrome de Tourette y TDAH.

Lo más serio es que casi la mitad de todos los niños con TDAH -- la mayoría son varones -- tienden a tener otra condición llamada trastorno oposicional desafiante [oppositional defiant disorder]. Estos niños reaccionan demasiado o agreden cuando no se sienten bien respecto a sí mismos. Pueden ser tercos, tener ataques de rabia, actuar beligerantemente o ser desafiantes. A veces, esto progresa a trastornos de comportamiento más serios. Los niños con esta combinación de problemas corren el riesgo de entrar en apuros en la escuela y hasta con la policía. Pueden tomar riesgos que no son necesarios y violar leyes -- pueden robar, causar incendios y conducir con imprudencia. Es importante que niños con estas condiciones reciban ayuda antes de que sus comportamientos lleven a problemas más serios.

En algún momento, muchos niños con TDAH -- la mayoría niños más pequeños y varones -- pueden tener otros trastornos emocionales.

Aproximadamente una cuarta parte sienten ansiedad. Cuando EXISTE parece atenuar la impulsividad y la respuesta terapéutica a los estimulantes. Sienten grandes preocupaciones, tensión o malestar, aún cuando no hay nada que temer. Debido a que las sensaciones son más aterradoras, más fuertes y más frecuentes que temores normales, pueden afectar el pensar y el comportamiento del niño. Otros sienten depresión. La depresión va más allá de la tristeza común -- personas pueden sentirse tan mal que se sienten sin esperanzas y sin poder hacer frente a tareas diarias. La depresión puede desbaratar el sueño, el apetito, y la habilidad de pensar.

Debido a que los trastornos emocionales y trastornos de déficit de atención frecuentemente van mano en mano, cada niño con TDAH también debe ser revisado para ansiedad y depresión acompañantes. La ansiedad y la depresión pueden ser tratadas, y el ayudar a niños a manejar sensaciones tan fuertes y dolorosas los ayudará a hacer frente y a sobrellevar los efectos del TDAH.

Por supuesto no todos los niños con TDAH tienen un trastorno adicional. Ni tampoco todas las personas con dificultades de aprendizaje, síndrome de Tourette, trastorno oposicional desafiante, trastornos de comportamiento, ansiedad o depresión tienen TDAH. Pero cuando ocurren juntos, la combinación de problemas puede causar complicaciones serias en la vida de una persona. Por esta razón, es importante vigilar para ver si existen otros trastornos en niños que tienen TDAH.

### **Causas del Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención**

Por supuesto, ésta es una de las primeras preguntas que hacen los padres cuando se enteran de que su hijo tiene un trastorno de atención. *¿Porqué? ¿Qué ocurrió mal?*

Los profesionales de salud enfatizan que ya que nadie sabe qué es lo que causa el TDAH, no ayuda que los padres miren hacia atrás para encontrar las razones posibles. Hay demasiadas posibilidades como para poder identificar la causa con certeza. Es mucho más importante que la familia progrese hacia adelante para encontrar maneras de conseguir la ayuda apropiada.



Los científicos, sin embargo, sí necesitan estudiar las causas como para identificar mejores maneras de tratar, y quizás algún día prevenir, el TDAH. Están encontrando más y más evidencia de que el TDAH no surge del ambiente del hogar sino a raíz de causas biológicas. Cuando uno lo piensa, no hay ninguna relación clara entre la vida del hogar y el TDAH. No todos los niños de hogares inestables o disfuncionales tienen TDAH. Y no todos los niños con TDAH provienen de familias disfuncionales. El saber esto puede quitar una enorme carga en esos padres que se sienten culpable por el comportamiento de sus niños.

Durante las últimas décadas, los científicos han desarrollado teorías posibles acerca de qué es lo que causa el TDAH. Algunas de estas teorías han llevado a puntos muertos, y algunas a nuevas y apasionantes avenidas de investigación.

Una teoría desilusionante fue que todos los trastornos de atención y dificultades de aprendizaje eran causados por lesiones leves a la cabeza o daño imperceptible al cerebro, quizás como resultado de infección temprana o complicaciones al nacer. En base a esta teoría, por muchos años ambos trastornos fueron llamados "mínimo daño cerebral" o "mínima disfunción cerebral." A pesar de que distintos tipos de lesiones a la cabeza pueden ser la causa de algunos trastornos de atención, la teoría fue rechazada porque podía ser explicativa de sólo un pequeño número de casos. No toda persona con TDAH o LD tiene una historia de trauma a la cabeza o complicaciones de nacimiento.

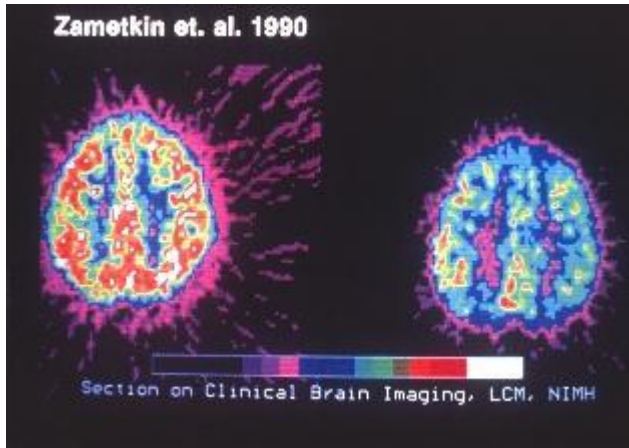
Otra teoría era que la azúcar refinada y aditivos de comida podían causar que niños fueran hiperactivos o distraídos. Como resultado de esto, los padres fueron alentados a dejar de servirles a los niños comidas que tuvieran sabores artificiales, preservativos y azúcar. No obstante, esta teoría también fue cuestionada. En 1982, los Institutos Nacionales de Salud [National Institutes of Health] (NIH), la agencia federal responsable por la investigación biomédica, realizó una gran conferencia científica para hablar del tema. Después de estudiar los datos, los científicos llegaron a la conclusión de que una dieta restringida sólo parecía ayudar a un 5 por ciento de niños con TDAH, la mayoría de ellos niños muy pequeños o con alergias a las comidas.

## **El TDAH generalmente no es causado por:**

- **demasiada televisión**
- **alergias a comidas**
- **demasiada azúcar**
- **un hogar desagradable**
- **escuelas sin recursos**

En los últimos años, mientras que se han desarrollado nuevas herramientas y técnicas para estudiar el cerebro, los científicos han podido evaluar más teorías acerca de qué es lo que causa el TDAH.

Usando una técnica así, los científicos de NIMH demostraron una conexión entre la habilidad de una persona de prestar atención continua y el nivel de actividad en el cerebro. Se les pidió a un grupo de adultos que se aprendieran una lista de palabras. Mientras lo hacían, los científicos usaron un tomógrafo PET (tomografía de emisión de positrones) para observar cómo funciona el cerebro. Los investigadores midieron el nivel de glucosa utilizada por las áreas del cerebro que inhiben impulsos y controlan atención. La glucosa es el recurso principal de energía del cerebro, de manera que el medir cuánto se usa es un buen indicador del nivel de actividad cerebral. Los investigadores encontraron diferencias importantes entre personas que tienen TDAH y aquellos que no. En personas con TDAH, las áreas del cerebro que controlan atención usaron menos glucosa, lo cual indica que fueron menos activas. A raíz de esta investigación, parece que un nivel menor de actividad en algunas partes del cerebro puede causar falta de atención.



*Imágenes tomográficas cerebrales producidos por tomografía de emisión de positrones muestran diferencias entre un adulto con Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención (derecha) y un adulto que no tiene la enfermedad (izquierda).*

El próximo paso será investigar porqué hay menos actividad en estas áreas del cerebro. Los científicos en NIMH esperan comparar el uso de glucosa y el nivel de actividad en casos leves y severos del TDAH. También tratarán de descubrir porqué algunos medicamentos usados para tratar TDAH funcionan mejor que otros y si los medicamentos más efectivos aumentan actividad en ciertas partes del cerebro.

Los investigadores también están buscando otras diferencias entre aquellos que tienen y no tienen TDAH. Investigación acerca de cómo se desarrolla el cerebro normalmente en el feto ofrece algunas pistas acerca de qué puede interrumpir el proceso. El cerebro está en constante desarrollo a través del embarazo y el primer año de vida. Empieza su crecimiento a partir de unas células (100,000,000,000 aproximadamente) básicas y evoluciona hasta ser un órgano complejo compuesto por billones de células nerviosas especializadas e interconectadas. Al estudiar el desarrollo del cerebro en animales y humanos, los científicos están llegando a un mejor entendimiento acerca de cómo funciona el cerebro cuando las células nerviosas están conectadas correcta e incorrectamente. Los científicos de NIMH y otras instituciones de investigación están siguiendo pistas para determinar qué podría impedir que células nerviosas formen las conexiones apropiadas. Algunos de los factores que se están estudiando incluyen el uso de drogas durante el embarazo, toxinas y la genética.

## **DROGAS Y ALCOHOL**

La investigación muestra que el uso de cigarrillos, alcohol u otras drogas durante el embarazo puede perjudicar la salud del embrión en desarrollo. Estas sustancias pueden ser peligrosas para el cerebro del feto en desarrollo y tiene efectos secundarios sobre el sistema nervioso central, el problema es serio, ya que se ha estimado que en E.U.A. el 16% al 20% de las mujeres embarazadas fuman tabaco, 16% toman alcohol, y de 1 a 10% consumen cocaína. El tabaco tiene cerca de 3000 toxinas, entre ellas el plomo, y el monóxido de carbono, por lo que es una causa potencial de TDA. Parece ser que el alcohol y la nicotina en cigarrillos puede distorsionar células nerviosas. Por ejemplo, el uso fuerte de alcohol durante el embarazo ha sido conectado al síndrome de alcohol fetal [fetal alcohol syndrome] (FAS), una condición que puede llevar a bajo peso al nacer, impedimento intelectual y ciertos defectos físicos. Muchos niños que nacen con FAS tienen la misma hiperactividad, falta de atención e impulsividad que niños con TDAH.

Drogas tales como cocaína -- incluso la forma que se fuma conocida como "crack" -- parecen afectar el desarrollo normal de receptores cerebrales. Estas partes de las células cerebrales ayudan a transmitir las señales que entran por nuestra piel, ojos y oídos y ayudan a controlar nuestras respuestas al medio ambiente. La investigación actual muestra que el abuso de drogas puede causarle daño a estos receptores. Algunos científicos creen que tal daño puede llevar al TDAH.

## **TOXINAS EXTERNAS**

Las toxinas en el medio ambiente también pueden desbaratar el desarrollo cerebral o los procesos cerebrales, lo cual puede llevar al TDAH. El plomo es una posible toxina. Se encuentra en polvo, tierra y pintura descascarada en áreas en las cuales se usó alguna vez gasolina y pintura con plomo. También se encuentra en algunos caños de agua. Esta ingesta de plomo puede ocurrir en niños que raspan y comen pintura a base de plomo, comen en cerámica vidriada jugos o alimentos ácidos, o por la inhalación de los humos de gasolina a base de plomo, lo cual, afortunadamente, es cada día menos frecuente en las grandes ciudades

como México. Algunos estudios de animales muestran que niños expuestos a plomo pueden desarrollar síntomas asociados con TDAH, pero sólo se han encontrado algunos casos.

### **GENETICO IDIOPATICO**

Otras investigaciones muestran que los trastornos de atención tienden a surgir en familias, así que es probable que hayan influencias genéticas. Niños que tienen TDAH por lo general tienen al menos un pariente cercano que también tiene TDAH. Y al menos una tercer parte de padres que han tenido TDAH en su juventud tienen hijos que tienen TDAH. Aún más convincente: la mayoría de gemelos comparten el rasgo. En los Institutos Nacionales de Salud, los investigadores están siguiendo el rastro del gene que puede estar involucrado en la transmisión del TDAH en un pequeño número de familias con un trastorno genético de tiroides.

La existencia del factor genético en la etiología del TDA primario es claro. Las estimaciones de que es una condición heredada, varían entre un 55% a un 92%. La concordancia entre gemelos monocigotos es del 92% mientras que los gemelos dicigotos es del 33%. Al evaluar niños que tienen padres con TDA, de inicio en la infancia se demuestra que el 87% de ellos tienen TDA y de estos, la mayoría ha estado o está en tratamiento.

### **TRAUMATISMO**

El TDA que se desarrolla después de un traumatismo en la cabeza, especialmente cuando hay daño a la corteza prefrontal, ha sido muy estudiado, hay que considerar la importancia de esta región anatómica del cerebro en la atención y las funciones ejecutivas.

### **RADIACIÓN**

Se ha sugerido la lesión en células granulares del hipocampo, como una causa prenatal de TDA en humanos. Los estudios con ratones han sugerido la incidencia entre la exposición neonatal a radiaciones y conductas parecidas al TDA.

### **TIROIDES**

La resistencia a la hormona tiroidea (RHT) se ha asociado al TDA, hasta un 70% de los individuos que padecen este trastorno endocrino. Se trata de una enfermedad hereditaria, autosómica dominante, en la mayoría de los casos ligada a un gene, aunque su prevalencia en personas con TDA es muy rara.

## **MEDICAMENTOS**

Muchos medicamentos pueden traer trastornos del comportamiento idénticos al TDA y son: agonistas B-adrenérgicos (albuterol, propanolol) que ocasionalmente se usan como preventivos en la migraña; anticonvulsionantes, especialmente el fenobarbital; y medicamentos utilizados en enfermedades respiratorias como la teofilina, que se utiliza sola o en combinación, como broncodilatador en el asma y cuadros de bronquitis, que son tan frecuentes en los niños.

## **CAPITULO 2:**

### ***HISTORIA Y FUNDAMENTO DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA***

#### **Precursores de los programas de intervención contemporáneos**

Los programas para los niños con problemas de aprendizaje han evolucionado de su origen en el que estaban diseñados para un grupo de niños de corta edad que sufrían padecimientos ocasionados por la pobreza.

Actualmente es necesario remitirnos a ellos para entender el efecto de la intervención temprana en niños con TDAH ya que este mismo es un padecimiento moderno que en la antigüedad no era diagnosticado como tal, sin embargo hago referencia en este capítulo a la intervención temprana que es una práctica que ya se llevaba a cabo en los años 70s produciendo desde entonces excelentes resultados en el desarrollo de personas a corta edad con alguna patología.

Wayne Dennis (1976) y sus colegas pudieron observar los efectos de lo que el llamó un “experimento natural”. Antes de 1956 una institución social libanesa llamada “Al Crece” había mantenido niños abandonados, asignados a su cuidado, desde el nacimiento hasta los 16 años. Se instituyó una nueva política que exigía la ubicación de dichos niños en hogares adoptivos en sus primeros años de vida, de preferencia antes de los dos años. Se hizo una comparación de los niños que habían crecido en Creche por un periodo extenso de tiempo, con los que fueron ubicados en hogares adoptivos antes de los dos años de edad. Los niños que fueron adoptados antes de los dos años habían logrado superar su retraso inicial y alcanzaron un CI promedio de 100, el cual se mantuvo, los niños adoptados después de los 2 años no habían superados su retraso preadoptivo y los

resultados indicaron que cuanto más permanecía el niño en el medio institucional, mayor era su retraso.<sup>1</sup>

Un estudio más conocido es el que fue llevado a cabo por Skeels y sus colegas que produjo resultados similares, éste fué un estudio longitudinal que se centró en dos grupos de infantes que crecieron en medios extremadamente diferentes, ambos grupos residieron en un orfanato, fueron comparables y se catalogaron dentro de un rango de retraso, o normal bajo. Trece de estos niños recibieron atención en una institución para niños con retraso, estos niños demostraron una notoria mejoría y fueron ubicados en hogares adoptivos, el grupo de contraste fueron los niños que permanecieron a cargo del Estado en un medio institucional.

El informe de las diferencias entre el grupo experimental y el de control fue objeto de ataques por parte de algunos psicólogos como Goodenough, que se inclinaban a defender la relativa constancia del CI. (Skeels,1966). Los resultados que se arrojaron a través del estudio fueron que los niños del grupo experimental no recibían ayuda económica ni se encontraban dentro de alguna institución, este grupo totalizó un promedio correspondiente al duodécimo grado escolar, el grupo de contraste un promedio menor al tercer grado y muchos se encontraban en instituciones de salud mental.

Los primeros trabajos de Dennis y Skeels y sus colegas tuvieron un efecto considerable dentro del campo de la intervención temprana, de estos experimentos surgieron posibilidades importantes: en primer lugar, que el crecimiento y desarrollo del niño a corta edad depende de su primer ambiente, con lo cual adquirieren importancia el contexto y la disposición de los sucesos ocurridos durante los años de formación; en segundo lugar, que los repertorios de los primeros años son susceptibles de cambiar las condiciones del ambiente que pueden mejorar o eliminar las deficiencias o déficits iniciales.

---

<sup>1</sup> Wayne, Dennis, 1976,pag. 123



Los niños con problemas o con posibilidades de desarrollarlos se dividen en tres grupos:

- 1.- Niños en riesgo por razones ambientales.
- 2.- Niños en riesgo por razones médicas
- 3.- Niños disminuidos

Los programas contemporáneos dirigidos a estos tres grupos han evolucionado a partir de diferentes filosofías y pueden separarse desde el punto de vista de su desarrollo reciente.

Es necesario recordar que los infantes pueden ubicarse dentro de más de una de las ya mencionadas categorías.

Dentro de los programas para niños en riesgo ambiental se encontró el llamado Head Start, creado por Zigler y Casicone en 1977, después de que en 1964, el Presidente Johnson de los Estados Unidos creara la Oficina de Oportunidad Económica y asignara cierta cantidad de fondo a dicho programa para niños que vivían en la pobreza, y sus objetivos específicos eran los siguientes:

- mejorar la salud y las capacidades físicas del niño
- Contribuir al desarrollo emocional y social del niño estimulando la confianza en sí mismo, su espontaneidad, curiosidad y autodisciplina,
- Mejorar los procesos y las habilidades mentales del niño con especial atención a las conceptuales y las verbales.
- Establecer hábitos de expectativas en el niño, que creen un clima de confianza en sus futuros esfuerzos de aprendizaje.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Máxim, G. “Los muy jóvenes, guía para los niños desde la infancia hasta la edad temprana” Wadsworth, Belmont, CA, 1980, pag. 22

En resumen, su principal objetivo era el de mejorar el bienestar social de los participantes.

Los niños en riesgo biológico son aquellos que pueden mostrar una amplia gama de problemas que surgieron durante los periodos: prenatal, perinatal o neonatal. Estos problemas pueden provenir de múltiples causas, por ejemplo: genéticas, traumatismos, infecciones, prematurez, etc. Pueden manifestarse de múltiples formas afectando el sistema respiratorio, la talla, peso, o el vigor del bebé.

Se han realizado estudios longitudinales de infantes en riesgo biológico (principalmente prematuros). Cuatro de los más ambiciosos son: el de San Francisco (Hunt), el de Springfield (Fiel, Dempsey y Suman) el de Staten Island (Caputo, Goldstein y Taub) y el de Los Ángeles (Sigman, Cohen y Forsythe), todos sus resultados fueron analizados por Sameroff en su estudio: *A longitudinal studies of preterm infants*<sup>1</sup>, y él mismo nos informa que en tres de estos cuatro estudios longitudinales “El factor individual que influye más poderosamente en el desarrollo final del niño resulta ser el medio cultural del niño, como queda expresado en el status socioeconómico y en el nivel educativo de los padres. Sameroff señala que “Ningún factor individual, por ejemplo, el peso del nacimiento, solo o acompañado de problemas físicos, predice claramente determinado desarrollo final.”<sup>3</sup>

En lo que ocupa al grupo de los niños “disminuidos”, ha habido una atención creciente hacia los derechos de éstos y su reconocimiento por parte de los legisladores, tribunales y las personas que han puesto en práctica los programas alrededor del mundo, se da una necesidad de eliminar prácticas discriminatorias contra estos individuos.

---

<sup>3</sup> Sameroff, A. "Longitudinal studies of preterm infants: a review of chapters 17-290" S. Friedman y M. Sigman (Dir.), *Preterm birth and psychological development*, Academic Press, Nueva York, 1981 pag. 392.

Algunos antecedentes históricos de los programas educativos para niños disminuidos surgieron quizá en parte por los trabajos de Alfred Binet; contrariamente a la creencia popular, Binet no creía en la naturaleza estática de la inteligencia ni construyó su prueba original para medirla como una entidad fija. Binet estaba interesado más bien en identificar a los niños que se beneficiarían de una enseñanza especial. Inició los grupos para retrasados mentales en 1909 en París; por eso Kirk lo califica como el padre de la “Educación especial moderna”.

Después de Binet se realizaron numerosos programas de educación especial para niños “disminuidos” Como el de Kirk con niños cuyo CI variaba entre 45 y 80. También existieron otros estudios realizados a niños con síndrome de Down, en todos estos casos se determinó que se favorecía a los niños criados en el hogar, por lo que los estudios se enfocaron a hacer cambios en los programas institucionales, esto provocó una serie de cambios positivos en la conducta verbal, el crecimiento intelectual y las habilidades sociales.

En 1968, el Congreso de los Estados Unidos aprobó el programa de Educación temprana para niños disminuidos (Handicapped Children Early Education Program, HCEEP), su propósito era el de demostrar la viabilidad de la educación temprana. A través de el desarrollo de este programa han nacido muchos programas más que han permitido que se generen proyectos en los estados y territorios de E.U. que favorecen a la educación especial.

Hacia finales de la década de los sesenta y principios de los setenta ocurrieron otros hechos que impulsaron el desarrollo de la intervención temprana para niños disminuidos. Algunos de los estados empezaron a aprobar leyes que prescribían servicios comunitarios a determinadas poblaciones disminuidas preescolares.

En México contamos con el acervo cultural que nos deja el mundo en cuanto a la educación especial, hemos retomado los estudios y conocimientos que se han elaborado en otras partes para aprender de ellos y llevar acabo los nuestros

propios, sin embargo no hemos podido llegar al punto en el cuál sea legislada la educación especial o se le de un carácter de obligatoriedad dentro de nuestras leyes, Se ha logrado avanzar un poco en cuanto a los derechos para este tipo de personas, sin embargo aún queda mucho que hacer dentro de este campo.

Con respecto a la ubicación de los niños con TDAH dentro de la clasificación que maneja Diane Brickler, dicha población puede ubicarse dentro de dos de los tres aspectos, ya que algunos pueden cumplir con el factor del riesgo ambiental en cuanto a su entorno y al contexto en el cual se hayan concebido, nazcan y se desarrollen, también así se denota un riesgo biológico debido a la existencia de un factor genético en la etiología del TDA primario, en el cual, las estimaciones de que es una condición heredada son muy altas. También así, existen estudios que evidencian que la encefalopatía perinatal hipóxico isquémica, (cuando debido al proceso de parto se tardan en nacer y el oxígeno disminuye, el órgano que mas sufre es el cerebro y puede llegar a haber daño o muerte neuronal, los que sufren esto son niños bien formados, pero hay falta de oxígeno al nacer) que es particularmente frecuente en los prematuros se dice que puede causar TDA, esto no está científicamente comprobado. Así como algunos otros factores que se encuentran en investigación y manifiestan un riesgo biológico para estos neonatos. A mi juicio particular la clasificación donde no se puede hallar correspondencia es en la de los niños “disminuidos”, yá que como se ha mencionado este término de “disminución” se centra en un modelo que toma al Coeficiente Intelectual como base para la clasificación de dichos individuos, a esto hay que aclarar que se ha demostrado que a menudo los niños y las personas en general que cumplen con las características del TDA, tienen el mismo coeficiente intelectual en pruebas psicométricas que una persona que no ha sido diagnosticada con el mismo trastorno, incluso se les llega a considerar como personas creativas. Su costumbre de moverse de manera no necesariamente coordinada, constituye un “mal hábito” de sus estructuras motrices, dando lugar en ocasiones a errores de diagnóstico, ya que suele atribuirse a estos niños un Retraso Madurativo Psicomotor.

Ejemplo muy frecuente de este error lo constituye la mala interpretación que realizan quienes no están familiarizados con este problema, de los resultados que obtienen al realizar el Test Gestáltico Psicomotor de Laretta Bender. En esta prueba, el niño con TDAH no suele prestar atención adecuada a los modelos de las figuras a reproducir, por lo que cometen importantes errores, que no deberían atribuirse a problemas de tipo neurológico y, además, sus trazos revelan una importante torpeza motriz fina. Sin embargo, cuando estos niños realizan la prueba, tras unas sesiones de entrenamiento en focalización de atención, la ejecutan sin las deficiencias anteriores (si tuvieran problemas neurológicos éstos persistirían...!)

Las conclusiones más razonables a las que se puede llegar, es que el niño con TDAH, considerado de manera general como Alumno/a con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.), no tiene retraso madurativo, ni problemas de control motriz, por lo que necesita una adaptación Curricular, que tenga en consideración sus peculiaridades aptitudinales; esto es, su escasa capacidad para llevar a cabo tareas que exijan un nivel de atención sostenida alto (en general, a los 5-15 minutos de tarea, dependiendo de su edad, el alumno no puede mantener el mismo nivel de calidad en la ejecución), así como, también, su falta de habilidad para desarrollar actividades motrices que exijan un elevado control digito-manual o de coordinación entre extremidades.

En resumen: los alumnos con TDAH manifiestan un déficit personal para todo tipo de actividades motrices entre las que destaca, en el ámbito escolar, la escritura, tanto espontánea, como de copia o al dictado (esta última con el peor rendimiento de las tres).

### **Programas para el niño en educación especial**

Muchos programas de intervención temprana centran su atención inicialmente en ayudar a los padres a que se sientan a gusto con sus hijos y que acrecienten la

seguridad de que pueden atender y satisfacer adecuadamente sus necesidades: una vez que los padres se sienten a gusto y tienen el control de la situación, se suelen indicar estrategias para hacer más rico en estímulos el ambiente del infante.

La comparación de los antecedentes históricos de los programas para infantes y niños disminuidos con los programas para niños en riesgo ambiental y biológico muestra una considerable coincidencia filosófica y pragmática. La diferencia principal quizá se encuentre en el efecto que producen. En el caso de los programas adecuados y a largo plazo, el pronóstico para el niño en riesgo ambiental y biológico parece excelente; hasta ahora, tal optimismo hacia el niño disminuido debería ajustarse a los límites reales de la tecnología y al conocimiento que tienen quienes hacen la intervención, al tratar a los niños que tienen daño sensorial, motor o mental. La historia indica que ha habido un auténtico progreso en el conocimiento de qué ofrecer y cómo hacerlo al niño con problemas de aprendizaje y a su familia.

Las concepciones de intervención en los niños han cambiado desde centrarse exclusivamente en el niño hasta un interés general por su entorno. Los esfuerzos de la intervención actuales están diseñados para dar razón de los factores médicos y ambientales, y mejorar así al máximo, el crecimiento del niño y su adaptación a la familia, a la escuela y a la sociedad. Aunque muy a menudo la información y las limitaciones tecnológicas impiden alcanzar la meta del funcionamiento independiente de la población disminuida.

## **Fundamento de la intervención inicial**

Desde hace tiempo, las teorías pedagógicas toman para su fundamento el reconocimiento de la importancia del ambiente en el desarrollo del organismo

humano. Piaget es uno de los precursores de dicha tarea. Durante años muchos investigadores insistieron tanto en las variables ambientales que se desestimaba la contribución genética u orgánica del individuo. El trabajo de algunos investigadores como Sameroff y Chandler en 1975, reavivó el interés por la interacción del organismo con el medio.

La postura actual lo que intenta es el reconocimiento de las limitaciones genéticas y la aceptación de que el desarrollo potencial del organismo puede reducirse o aumentar debido a ciertas variables de tipo ambiental, este punto apoya a la intervención temprana.

Según Diane D. Bricker la fundamentación de la intervención temprana comprende los cuatro argumentos principales siguientes:

- El mejoramiento al máximo del desarrollo final del niño
- La prevención del desarrollo de incapacidades secundarias
- La impartición de apoyo e instrucción a las familias
- La relación positiva de costo-eficiencia.

El primer argumento básico a favor de la intervención inicial se deriva de la premisa de la interacción entre el ambiente y los factores genéticos e insinúa que el aprendizaje inicial establece las bases para el desarrollo ulterior de la conducta mas compleja.

La teoría de Piaget acerca del desarrollo temprano apoya dicha postura bajo el supuesto de que la interacción sistemática entre las respuestas de los primeros años y el ambiente produce una conducta cada vez mas compleja, esto implica que sin las formas simples de respuesta de los primeros años, el niño no tiene los elementos para construir un entendimiento o conocimiento mas complejo de su mundo. Es posible que sin una intervención temprana sistemática, muchos niños con desventajas no adquieran en forma consciente una conducta sensorio motora

simple, a pesar de las formas de respuesta más complejas, por ejemplo: cuando un niño tiene dificultad para coordinar esquemas básicos, como el movimiento del brazo o de la mano para recoger un objeto localizado visualmente, lo más probable es que tenga un retraso general en la exploración y en la manipulación de su ambiente, para que el niño pueda alcanzar sistemáticamente los objetos que le interesan o desea, se necesita, en general que haya una coordinación visual o auditiva y la distancia a la que está el objeto, excepto cuando el niño hace contacto con él por casualidad. La reducción de la exploración física del ambiente generalmente disminuye el comienzo de dichas conductas importantes, por ejemplo un niño ciego adquiere la comprensión de los conceptos de los objetos más lentamente que un niño con disminución visual.

La ausencia o el retraso significativo en el comienzo de las respuestas decisivas parece tener, en general efectos acumulativos con el tiempo: En consecuencia, para la reducción al mínimo de estos déficits deberá proporcionarse la intervención al niño al momento de identificarlo, con un previo diagnóstico.

Los profesionales de la Educación Especial opinan que hacer esperar o retrasar el tratamiento produce, en la mayoría de los casos problemas más generalizados y más complejos, más difíciles y costosos de reparar. A menos que el infante pueda compensar estos déficits en algún momento posterior, se forma un vacío cada vez más grande y creciente entre el repertorio esperado y el real.

Dentro de la patología del déficit de atención, muchos niños tienden si no tienen la atención apropiada, a desarrollar una variedad de conductas indeseables o a no responder de manera reconfortante o satisfactoria para su cuidador, esto debido a que la canalización de sus potenciales no ha sido determinada y sus actividades se basan en las que hacen "la mayoría de los niños" sin tomar en cuenta sus características específicas y provocando un conflicto con sus padres, maestros, compañeros, en fin, con su entorno social.



Es por esto que la prevención puede calificarse como un segundo argumento para la intervención temprana, es decir, los padres y la familia pueden atenuar o inhibir la aparición de elementos secundarios o asociados en el niño, siempre que se les dé la información y enseñanza necesarias para la adquisición de estrategias efectivas que permitan afrontar los padecimientos primarios.

La intervención también cuenta con una función estabilizadora de los vínculos familiares, esto es debido a que sus relaciones parecen sufrir tensiones considerables, en este caso la intervención puede funcionar como un recurso valioso para los padres y los hermanos del niño, esto ocurre de manera en que se va enseñando o sensibilizando a los padres y hermanos a adaptarse y manejar las situaciones del niño en este caso con TDAH, además de que estos programas pueden ayudar a los padres y cuidadores de dichos niños a adquirir las habilidades necesarias para atenderlos y cuidarlos, además de que la familia obtiene apoyos como la orientación o asistencia médica, lo más importante a mi juicio es el apoyo que se da cuando el niño es atendido de manera interdisciplinaria, en la que puedan intervenir cada uno de los especialistas involucrados en el caso con una comunicación frecuente, directa y abierta que les permita trabajar como un equipo de profesionales que logren determinados objetivos específicos dentro de cada una de las ramas que dominan y sobre todo el avance del individuo en cada una de ellas.

Una más de las ventajas de la intervención temprana sería el costo, ya que el precio de la educación especial suele ser más elevado que el de la educación tradicional, este varía de acuerdo con el tipo y la severidad de la patología y con el servicio ofrecido, el costo de la educación especial también varía a medida que se pospone el comienzo de la educación especial. En algunos casos, los servicios de la educación especial temprana y la intervención, permiten a los niños en edad escolar asistir a clases de educación normal.

## Efecto de programas de intervención en el niño y la familia

Como hemos podido constatar, el déficit de atención con hiperactividad es un cuadro psicopatológico complejo que afecta a la totalidad del desarrollo psicoemocional, cognitivo y social del niño. Por este motivo, la intervención de este trastorno debe contemplar un amplio número de dimensiones.

Según Isabel Orjales Villar (1998) en su libro “Déficit de Atención con Hiperactividad”<sup>4</sup>, un programa de intervención adecuado debe:

1.-Ser elaborado en forma individualizada a partir de la información recogida en el informe del diagnóstico. Este diagnóstico, por lo tanto no puede reducirse únicamente a determinar el tipo de trastorno que padece el niño (diagnóstico diferencial). El diagnóstico deberá ir más allá, incluyendo toda la información básica derivada de una evaluación exhaustiva que nos permita valorar en qué modo se está reflejando este trastorno en específico en cada uno de los aspectos del desarrollo del niño.

2.-Debe incluir, por lo tanto, todos aquellos dominios en los que el niño hiperactivo manifiesta algún problema, estos pueden ser:

**cognitivo:** con temas como: la calidad y el tipo de estrategias que utiliza en tareas de solución de problemas, el estilo de funcionamiento cognitivo impulsivo o reflexivo, dependiente o independiente del campo perceptivo, el grado de consistencia del problema, etc.

**Emocional,** centrado en el nivel de tolerancia a la frustración, el tipo de reacciones emocionales que se observan tras una experiencia frustrante, la existencia o no de actitudes depresivas, de síntomas de ansiedad, etc.

---

<sup>4</sup> Orjales Villar. “Déficit de atención con hiperactividad” Editado por: AMTDA. –México 1998.

**Comportamental**, en el que se valorará el tipo de refuerzo que parece ser más eficaz, la existencia de problemas de conducta y de qué tipo, los hábitos de estudio, la hiperactividad motriz, etc.

3.- Determinar en qué medida estas dificultades afectan al ámbito escolar (especificar en qué modo afecta la falta de base académica, el nivel de comprensión, fluidez lectora, la agilidad del cálculo mental, los hábitos de estudio, etc.

4.- Determinar de qué modo afectan las dificultades del trastorno en el ámbito social: valorando su situación con los iguales, la existencia de estrategias de solución de problemas con los compañeros, la agresividad o la hiperadaptación a las normas, etc.

5.- El tratamiento debe estar enfocado desde un punto de vista personal, dirigido al niño y a cargo de los especialistas en la materia; escolar, con técnicas diseñadas para el aula; y familiar, con asesoramiento educativo y programas específicos para los padres.

Sin embargo, es más frecuente que los niños con TDAH tengan padres y profesores que, desconociendo sus necesidades, les exigen los comportamientos característicos de niños de su edad, no toleran el exceso de movimiento ni el cambio atencional frecuente, y, desconocedores de las estrategias educativas más adecuadas para el aprendizaje de habilidades cuando están presentes estos déficits, emplean con ellos las habituales. Esto constituye el principal factor de riesgo para la aparición de los problemas de comportamiento social, rendimiento académico deficiente y baja auto-estima, tan frecuentes en los niños/as hiperactivos/as que, en múltiples ocasiones, se incluyen como componentes de un "síndrome" de similares características en todos los afectados. La evolución más probable del niño hiperactivo, cuando no se realiza una identificación temprana, antes de los 5 ó 7 años, y se emplean estrategias educativas inadecuadas, o no se le entrena en las habilidades deficitarias suele ser la siguiente:

La Hiperkinesia y el Cambio Atencional Frecuente constituirán factores predisponentes del sujeto que dificultarán la adquisición de todo tipo de aprendizajes.

Tratamientos para ayudar a personas con TDAH y sus familias a aprender a hacerle frente al problema

La vida puede ser difícil para niños con TDAH. Ellos son los que a menudo tienen problemas en la escuela, no pueden terminar un juego y pierden amistades.

Pueden pasar horas angustiantes cada noche luchando para concentrarse en la tarea y luego olvidarse de llevarla a la escuela.

No es fácil hacer frente a estas frustraciones día tras día. Algunos niños liberan su frustración actuando de manera contraria, iniciando peleas o destruyendo propiedad. Algunos vuelcan su frustración en dolencias del cuerpo, tal como el niño que tiene dolor de estómago todos los días antes de la escuela. Otros mantienen sus necesidades y temores adentro para que nadie pueda ver lo mal que se sienten.

También es difícil tener una hermana o hermano o compañero de clase que se enoja, te quita los juguetes y pierde tus cosas. Los niños que viven o comparten un aula con un niño con TDAH también se frustran. Pueden también sentirse abandonados en tanto que sus padres o maestros tratan de arreglárselas con el niño hiperactivo como puedan. Pueden sentir resentimiento hacia el hermano o hermana que nunca termina sus deberes en el hogar o sentirse atropellados por un compañero de clase. Quieren amar a su hermano y llevarse bien con su compañero de clase, pero a veces es tan difícil!

Es especialmente difícil ser el padre de un niño que está lleno de actividades descontroladas, deja desórdenes, hace rabietas y no escucha o sigue instrucciones. Los padres a menudo se sienten impotentes y sin recursos. Los métodos usuales de disciplina, tales como razonamiento y retos no funcionan con

este niño porque el niño en realidad no elige actuar de estas maneras. Es sólo que su autodominio va y viene. A raíz de pura frustración, los padres reaccionan dándoles palizas, le ridiculizan y le gritan al hijo a pesar de que saben que no es apropiado. Su respuesta deja a todos más alterados que antes. Entonces se culpan a sí mismos por no ser mejores padres. Una vez que se diagnostica el niño y recibe tratamiento, algo de la perturbación emocional dentro de la familia comienza a desvanecerse.

La medicación ayuda a controlar parte de los problemas de comportamiento que pueden haber llevado al conflicto familiar. Pero más a menudo, hay otros aspectos del problema que la medicación no puede tocar. A pesar de que el TDAH principalmente afecta el comportamiento de una persona, el tener el trastorno lleva a repercusiones emocionales. Para algunos niños, el ser regañado es la única atención que reciben. Tienen pocas experiencias que aumentan su sentido de valor y competencia. Si son hiperactivos, a menudo se les dice que son malos y se castigan por ser destructivos. Si son demasiado desorganizados y distraídos como para terminar tareas, otros los pueden acusar de haraganes. Si agarran juguetes impulsivamente, interrumpen o empujan compañeros de la clase, pueden tener problemas en la escuela o con la policía. El enfrentar las frustraciones diarias que acompañan al TDAH puede hacer que las personas teman que son raros o anormales.

A menudo, el ciclo de frustración, culpa y enojo ha existido por tanto tiempo que llevará algún tiempo para deshacerlo. Tanto los padres como los niños pueden necesitar ayuda especial para desarrollar técnicas para manejar los esquemas de comportamiento. En tales casos, los profesionales de salud mental pueden asesorar al niño y a la familia, ayudándolos a desarrollar destrezas, actitudes y maneras nuevas de relacionarse los unos con los otros.

Sin embargo, cuando se hacen cambios importantes en el salón de clase regular, aproximadamente un 50 por ciento de los niños con TDAH tienen éxito en el nuevo ambiente sin recibir servicios de educación especial. Tales cambios

pueden incluir: ajusten en el currículum, la organización y el manejo de la clase, las técnicas de enseñanza y de estudios especializados, el control de disciplina y mayor colaboración de los padres. Desde luego, no es posible satisfacer todas las necesidades de algunos niños con TDAH únicamente dentro de los límites del salón de clase, ya que podrían necesitar recursos o servicios relacionados en distintos ambientes.

### **Adquisición de habilidades de enseñanza-aprendizaje**

Una de las investigaciones más rigurosas acerca de los efectos del entrenamiento de los padres para que sean las personas que realicen la intervención temprana fue llevada a cabo por Baker y sus colegas (Baker y Heifetz, 1976; Baker, Heifetz y Murphy, 1980). Participaron en el estudio 160 familias con niños con retraso mental cuyas edades oscilaban entre los 3 y los 14 años. Se dividió a los padres en cuatro grupos, y cada uno tuvo una modalidad diferente de adiestramiento. Un quinto grupo recibió entrenamiento tardío y sirvió de control. Se valoró a los padres mediante la prueba conductual de viñetas (test de Baker y Heifetz 1976) antes y después del entrenamiento. El propósito de adiestramiento de cada grupo fue el de ayudar a padres a conocer técnicas de modificación de la conducta (por ejemplo el uso del elogio sistemático, ignorar en forma planeada las conductas indeseables). Se utilizaron cuatro procedimientos diferentes:

- 1.-mediante un manual de adiestramiento.
- 2.-mediante un manual de adiestramiento y llamadas por teléfono dos veces a la semana.
- 3.-mediante un manual de adiestramiento y sesiones de grupo.
- 4.-mediante manuales de adiestramiento, sesiones de grupo y visitas al hogar.

Todos los métodos exigieron de los padres la enseñanza de habilidades específicas a sus hijos. El entrenamiento duró aproximadamente 20 semanas y lo concluyó el 87% de las familias.

Todas las madres que participaron en el adiestramiento mostraron una mejora significativa en la prueba conductual de viñetas cuando se las comparó con las madres de control (Baker y Heifetz 1976) .Los resultados que aparecen en el caso de los padres tuvo relación con el tipo de adiestramiento que recibieron. Los hijos de padres adiestrados mejoraron significativamente en la adquisición de habilidades en relación con el grupo de control, lo cual indicó que el cambio del niño fue directamente proporcional a la adquisición de las habilidades de enseñanza conductual por parte de los padres.

Esto nos sirve como fundamento para pensar que los programas de intervención deben considerar de manera significativa a los padres como medios de intervención, así mismo , como agentes de la administración del tratamiento y los encargados de la supervisión de que este mismo se dé de manera integral e interdisciplinaria ya que el niño no tiene la capacidad de hacerse responsable de su propio tratamiento.

Ante la cuestión del aprendizaje en el niño con TDAH suele haber algunas preguntas frecuentes a las que los especialistas han respondido de la siguiente manera:

**¿CUALES SON LOS TÍPICOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE DEL NIÑO HIPERACTIVO?**

En la adquisición de la lectura, la escritura, el cálculo, problemas para memorizar y para generalizar lo aprendido.

---

## ¿POR QUÉ SUELEN PRESENTAR UNA COORDINACIÓN VISOMOTORA POBRE?

Existen diversas explicaciones posibles: Por una parte, el hábito de moverse de manera continua, desde que abandona la cuna, dificulta la adquisición de otro nuevo hábito incompatible con el anterior: el de realizar movimientos más lentos y controlados. Por otra parte, los movimientos deben ser dirigidos mediante procesos atencionales, cuanta menor es la atención que se presta a una tarea motriz, más torpemente se realiza ésta. Finalmente, muchos movimientos bruscos y poco coordinados son el simple resultado de actuar de manera poco o nada reflexiva, por moverse de manera "impulsiva".

---

## ¿POR QUÉ SUELEN TENER DIFICULTADES ARITMÉTICAS?

En los escolares hiperactivos, con inteligencia normal o superior, las dificultades aritméticas pueden explicarse por la escasa atención que presta a las tareas; lo cual ocasiona errores en la ejecución de las operaciones de cálculo o bien retrasos en los aprendizajes de mecanismos y procesos.

---

## ¿POR QUÉ SUELEN PRESENTAR PROBLEMAS DE MEMORIA?

No tienen ningún problema de memoria; lo que ocurre es que no prestan atención suficiente para memorizar.

Generalmente, los niños con TDAH son identificados en la escuela únicamente después de haber demostrado consistentemente su falta de entender o atenerse a las reglas o completar las tareas requeridas. Los niños asignados más frecuentemente al programa de educación especial son aquellos que a



menudo perturban la clase, muestran una falta de atención y tienen un bajo rendimiento académico.

Aunque TDAH no sea una incapacidad de aprendizaje, los problemas de concentración de los niños con TDAH reducen la cantidad de tareas que pueden completar, aunque tengan las aptitudes académicas. Las investigaciones demuestran que la habilidad para concentrarse y mantener la atención son los mejores indicadores para determinar el nivel de éxito académico. Por ejemplo, si un niño está distraído y no completa un examen, la mayoría de los maestros no le dan crédito por las respuestas dejadas en blanco, aún si el alumno sabe las respuestas.

Hay otros factores que también interfieren con la habilidad de estos niños para aprender. Los niños con TDAH cometen errores por descuido y contestan sin pensar. Con frecuencia, ellos tienen dificultades para determinar la importancia de la información recibida y no pueden determinar la idea principal. Algunos niños con TDAH tienen dificultades con las ideas abstractas, incluyendo el concepto de causa y efecto. Otros alumnos no pueden realizar más de una tarea a la vez, son desorganizados o pierden los materiales que necesitan para poder completar su trabajo.

Es muy importante que tanto padres como maestros estén conscientes de que las formas tradicionales de educar a un niño definitivamente no funcionan cuando el niño tiene TDAH.

El promedio de los niños que han sido identificados como hiperactivos tienen por lo menos tres veces más probabilidades de repetir un grado y ser suspendidos de la escuela que los niños que no padecen hiperactividad.

Los niños con TDAH tienen una variedad de necesidades. Algunos niños son demasiado hiperactivos o distraídos como para funcionar en un aula común,

aún con medicación y un plan de manejo de comportamiento. Tales niños pueden asistir a una clase de educación especial por todo o parte del día. En algunas escuelas, la maestra de educación especial se reúne con la maestra del aula para retomar y analizar las necesidades especiales de cada niño. No obstante, la mayoría de los niños pueden permanecer en el aula común. De ser posible, los educadores prefieren no segregar a los niños pero dejarlos aprender junto con sus pares.

Los niños con TDAH a menudo necesitan arreglos especiales para ayudarlos a aprender. Por ejemplo, la maestra puede sentar al niño en un área con pocas distracciones, proveer un área donde el niño puede moverse, y liberar el exceso de energía o establecer un sistema claramente establecido de reglas y premiar comportamiento apropiado. A veces el sólo mantener una tarjeta o un dibujo en el escritorio puede servir como un recordatorio visual de usar el comportamiento escolar correcto, tal como levantar la mano en vez de gritar, o permanecer sentado en vez de vagar por el aula. Darle a un niño tal, más tiempo en sus exámenes puede hacer toda la diferencia entre pasar o no y le da una oportunidad más justa de demostrar lo que ha aprendido. El revisar instrucciones o escribir las tareas en el pizarrón y hasta listar los libros y materiales que necesitarán para la tarea puede posibilitar que los niños desorganizados y distraídos completen el trabajo.

Muchas de las estrategias de educación especial son simplemente buenos métodos de enseñanza. Decirles a los alumnos de antemano lo que aprenderán, darles ayudas visuales y darles instrucciones escritas así como orales son todas maneras de ayudarlos a concentrarse y recordar las partes claves de la lección.

Los alumnos con TDAH a menudo necesitan aprender las técnicas de observación y control de su propia atención y comportamiento. Puede buscar instrucciones en el pizarrón, levantar la mano, esperar a ver si lo recuerda o preguntarle a otro niño. El proceso de encontrar alternativas a interrumpir a la

maestra lo ha hecho más independiente y servicial. Y como ahora interrumpe menos, está empezando a ganar más elogios que retos.

Debido a que las escuelas piden que los niños permanezcan sentados, esperen su turno, presten atención y cumplan con una tarea, no es ninguna sorpresa que muchos niños con TDAH tienen problemas en la clase. Sus mentes son plenamente capaces de aprender, pero su hiperactividad y falta de atención hacen que el aprendizaje les sea difícil. Como resultado de esto, muchos alumnos con TDAH repiten un grado o abandonan los estudios. Afortunadamente, con la combinación apropiada de prácticas educativas, medicación y ayuda psicológica, estos resultados se pueden evitar.

De un tercio a un medio de todos los niños con TDAH siguen mostrando síntomas de TDAH cuando llegan a ser adultos. Aunque adquieran habilidad de concentración, su impulsividad queda en niveles inapropiados para su edad. Con frecuencia, estas personas son desorganizadas, tienen mala memoria y son improductivas. TDAH puede afectar por lo tanto la educación universitaria, así como el empleo y las relaciones con las demás personas. De hecho, algunos adultos con TDAH que no fueron diagnosticados cuando eran niños reconocen esta afección solamente si sus hijos exhiben síntomas similares diagnosticados como TDAH.

### **Los niños con TDAH pueden tener éxito**

Aunque los niños con TDAH tengan más dificultades que la mayoría de los niños, sus problemas pueden ser reducidos mediante una identificación temprana y un tratamiento apropiado. Los padres y los maestros pueden ayudar cuando recuerdan que cuando el niño actúa de forma descontrolada, no lo hace conscientemente. Es cierto que estos niños quieren controlar su comportamiento y tratan de obedecer a sus padres y a sus maestros.

Una vez que los padres y los maestros entiendan esto, y, una vez que reconozcan que los niños con TDAH no son perezosos ni “malos”, sino que tienen

un trastorno biológico, ellos podrán entonces dejar de inculpar a sí mismos o a sus niños y tomar las medidas necesarias para prevenir una serie de fracasos que conduce a bajos niveles de amor propio y desesperación. Mediante el uso controlado del medicamento, un programa apropiado de control de la conducta y de la enseñanza en el salón de clase, los niños con TDAH pueden aprender lo necesario para convertirse en miembros productivos de la sociedad. Con la paciencia, la comprensión y la ayuda de los adultos, estos niños pueden sentarse, escuchar y aprender.

## **CAPITULO 3:**

### **IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO**

#### **Tipos de profesionales que hacen el diagnóstico**

No hay una prueba exclusiva para determinar TDAH. Sin embargo, es posible realizar un diagnóstico exacto mediante una combinación de observaciones, evaluaciones y otros datos suministrados por los padres, maestros, psicólogos, médicos y el niño.

Una vez terminadas las observaciones y las evaluaciones, el equipo revisará los resultados y decidirá si en efecto el niño tiene TDAH y si necesita servicios especiales. Por medio de esta información, los especialistas pueden preparar un tratamiento y un programa educativo que se dedique a resolver los problemas de aprendizaje del niño y su comportamiento.

Los niños de edad escolar y preescolar a menudo son evaluados por una psicóloga de la escuela o por un equipo compuesto por la psicóloga de la escuela y otros especialistas. Sin embargo, si la escuela no cree que el alumno tiene un problema, o si la familia busca otra opinión, una familia quizás tenga que ver a un especialista de práctica privada. En tales casos, ¿adónde puede acudir la familia? ¿Qué tipos de especialistas necesitan?

Es difícil hacer un diagnóstico correcto sin suficiente experiencia y si se utilizan criterios inadecuados (DSM-IV), pero aunque resulta complejo y requiere obtener bastantes informaciones de Padres, Maestros y Niño, no lo es tanto para profesionales con experiencia

## Profesionales que pueden evaluar y tratar el TDAH

Profesional	Valoración y Tratamiento			
	Valoración Psicoeducativa	Diagnóstico de TDAH	Tratamiento Psicológico	Tratamiento Farmacológico
Profesor de Educación Básica	Sí <sup>1</sup>	No	No	No
Psicólogo	Sí	Sí <sup>1,2</sup>	Sí <sup>1</sup>	No
Neuropsicólogos	Sí	Sí <sup>2</sup>	Sí	No
Médico General	No	Sí <sup>1,3</sup>	No	Sí <sup>1</sup>
Médico Familiar	No	Sí <sup>1,3</sup>	No	Sí <sup>1</sup>
Pediatra	No	Sí <sup>3</sup>	No	Sí <sup>1</sup>
Psiquiatra	No	Sí	Sí <sup>1</sup>	Sí
Neuropediatra	No	Sí	No	Sí
Paidopsiquiatra	No	Sí	Sí	Sí

<sup>1</sup> En casos leves a moderados y con un entrenamiento específico;

<sup>2</sup> Con apoyo de área médica;

<sup>3</sup> Con apoyo de área Psicológica.<sup>1</sup>

La familia puede empezar a hablar con el pediatra del niño o el médico de la familia. Algunos pediatras pueden hacer la evaluación, pero más a menudo el pediatra le recomienda a la familia un especialista apropiado que conoce y a quién le tiene confianza.

El saber las diferencias entre las calificaciones y los servicios puede ayudar a la familia a elegir alguien que mejor puede reunir sus necesidades. Además de los psicólogos de la escuela, existen varios tipos de especialistas calificados para diagnosticar y tratar el TDAH. Los psiquiatras de niños son médicos especializados en diagnosticar y tratar trastornos infantiles mentales y de comportamiento. Un psiquiatra puede proporcionar terapia y recetar cualquier medicación necesaria. Los psicólogos de niños también son calificados para diagnosticar y tratar el TDAH. Pueden proveer terapia para el niño y ayudar a la familia a desarrollar maneras de enfrentar el trastorno. Pero los psicólogos no son médicos y, por lo tanto, deben contar con el médico del niño para hacer exámenes médicos y para recetar medicación. Los neurólogos, médicos que trabajan con trastornos cerebrales y del sistema nervioso, también pueden diagnosticar el TDAH y recetar medicación. Pero a diferencia de los psiquiatras y psicólogos, los neurólogos por lo general no proveen terapias para los aspectos emocionales del trastorno. Aquellos adultos que creen que tienen TDAH también pueden ver a un psicólogo, psiquiatra o neurólogo. Pero por el momento, no todos los especialistas están capacitados para identificar o tratar el TDAH en los adultos.

Dentro de cada especialidad, pedagogos, médicos y profesionales de salud mental individuales difieren en su experiencia en cuanto al TDAH. Por lo tanto, en lo que se refiere a elegir un especialista, es importante encontrar a alguien con capacitación y experiencia específica en diagnosticar y tratar el trastorno.

Un plan efectivo de tratamiento ayuda a personas con TDAH y sus familias en muchos niveles. Para adultos con TDAH, el plan de tratamiento puede incluir medicación junto con apoyo práctico y emocional. Para niños y adolescentes,

puede incluir un marco apropiado de aula, el medicamento correcto y ayudar a los padres a manejar el comportamiento del niño.

Lo que complica el descubrimiento del TDAH es que cada una de las conductas que caracterizan a los sujetos que lo padecen, también son propias del diario accionar del resto de las personas, lo que lo diferencia es que la persona, niño o adulto con TDAH que se comporta de manera llamativa lo hace en varias actividades al mismo tiempo y estas conductas son muy difíciles de evitar.

Es muy importante tener en cuenta las acciones que usualmente se presentan en estos casos y que podrían hacer pensar en un diagnóstico de TDAH. A continuación las describimos:

- Golpeteo de dedos
- Mecerse en el asiento
- Dificultad para permanecer sentado
- Dificultad para esperar turnos
- Respuestas impulsivas y compulsivas
- Dificultad para seguir instrucciones
- Dificultad para mantener la atención
- Cambio constante de una actividad a otra
- Conversar excesivamente
- Interrumpir
- No escuchar lo que se les dice
- Perder cosas
- Dificultad para planificar
- No distinguir lo importante de lo accesorio
- No recordar lo necesario
- Estar en ensoñación

Esta lista no es exhaustiva y para sospechar la existencia de este síndrome deberán aparecer muchas de estas conductas durante un período de tiempo



significativo. Es importante, al advertir estas formas de actuar, ir construyendo estrategias para modificarlas y ver cómo el individuo responde a éstas.

Los problemas ocasionados por la reiteración de las acciones antes mencionadas pueden ser clasificadas en:

- Dificultades en la organización de la tarea
- Dificultades en el control de la impulsividad
- Dificultades de hiperactividad
- Dificultades de distractibilidad

Se vuelve necesario hacer la consulta pertinente cuando estas dificultades traen como consecuencia el fracaso escolar o laboral e inconvenientes de relación. La simple maduración biológica y la voluntad no conducen a solucionar el problema, sólo lo postergan.

### **Pasos para la elaboración de un diagnóstico**

¿A PARTIR DE QUÉ MOMENTO SE PUEDE HACER EL DIAGNÓSTICO?

Mediante el empleo de instrumentos actuales y, contando con un buen conocimiento profesional del tema, en el momento actual es posible diagnosticar "Déficit de Atención con Hiperactividad" a partir de los 3 ó 4 años de edad.

¿POR QUÉ NO SE PUEDE SABER SI UN NIÑO ES HIPERACTIVO ANTES DE LOS TRES O CUATRO AÑOS?

Porque la capacidad atencional (sus destrezas atencionales) se está desarrollando y el niño está en un período de exploración y manipulación que hace que los criterios de diagnóstico no discriminen claramente entre lo que es un comportamiento normal y el que no lo es.

Muchos padres ven señales de déficit de atención en sus pequeñitos mucho antes de que el niño empiece la escuela. Aunque los niños muy pequeños puedan mostrar características de TDAH, algunos de estos comportamientos son normales para su edad. Los niños más grandes pueden mostrar tipos de comportamiento similares al TDAH como resultado de otros factores, incluyendo influencias ambientales. Por lo tanto, los maestros o administradores escolares no pueden hacer un diagnóstico de TDAH aisladamente. Tal determinación debe ser hecha por un equipo de profesionales con la colaboración de los padres y el niño en cuestión. El equipo debe atenerse a un proceso de evaluación de dos partes: primero, determinar si el niño tiene TDAH; segundo, decidir el mejor tratamiento posible que se adapte a las necesidades específicas del niño.

Un niño puede no poder concentrarse lo suficiente como para jugar un juego simple. O, un niño puede estar precipitándose por todas partes, fuera de control. Pero dado que los niños maduran a distintas velocidades y son muy diferentes en cuanto a personalidad, temperamento y nivel de energía, es útil obtener la opinión de un profesional para saber si los comportamientos son apropiados para la edad del niño. Los padres le pueden preguntar al pediatra, o a un psicólogo o psiquiatra de niños que evalúe si su pequeñito tiene un trastorno de atención, si es hiperactivo o simplemente es inquieto.

Ver un niño como idéntico a su padre puede impedir que los padres detecten la necesidad de conseguir ayuda. Les puede costar a los padres ver que el comportamiento del hijo es un problema cuando el problema es tan parecido al de uno de ellos. De hecho, muchos padres reconocen su propio trastorno por primera vez sólo cuando sus hijos son diagnosticados.

En muchos casos, la maestra es la primera en reconocer que el niño es hiperactivo o distraído y puede consultar con la psicóloga de la escuela. Debido a que los maestros trabajan con muchos niños, ellos saben cómo se portan niños típicos en situaciones de aprendizaje que requieren atención y autodominio. No

obstante, maestros a veces no reconocen las necesidades de niños que son tranquilos y serviciales.

Para asistir en este proceso, los padres y los maestros deben completar un formulario que intenta medir y evaluar la frecuencia y la severidad del comportamiento observado sobre la base de una escala específica. El equipo examinará esta información y determinará un curso de acción con la aprobación de los padres. El diagnóstico debe realizarse mediante un examen de la historia del niño, a través de entrevistas con los padres, maestros y profesionales médicos, para poder determinar cuándo empezaron tales síntomas y si el niño exhibe comportamientos con características de TDAH en situaciones diferentes. Los profesionales médicos deben realizar unas pruebas para averiguar si hay problemas con el oído o la vista. Tal vez sea necesario realizar pruebas neurológicas. Muchas veces se pide a los padres que provean un historial detallado de la familia, así como información acerca de las habilidades, intereses y comportamiento del niño. Un especialista deberá visitar el salón de clase para observar el comportamiento del niño y examinar la cantidad de tareas escolares completadas durante un período determinado de tiempo. Tal especialista, con frecuencia, un psicólogo, deberá hacer un asesoramiento sobre la habilidad del niño de controlar sus acciones y determinar si hay presencia de incapacidades emocionales o de aprendizaje.

Los adultos son diagnosticados con TDAH con base en su desempeño en la casa y en el trabajo. De ser posible, se les pide a los padres que evalúen el comportamiento de la persona cuando era pequeña. Un esposo o compañero de la casa puede ayudar a clasificar y evaluar comportamientos actuales. Pero en su mayoría, se les pide a los adultos que describan sus propias experiencias. Uno de los síntomas es la sensación de frustración. Debido a que personas con TDAH a menudo son inteligentes y creativos, muchas veces dicen que se sienten frustrados por no estar aprovechando su potencial. Muchos también se sienten inquietos y se aburren fácilmente. Algunos dicen que necesitan buscar novedades

y emoción para ayudar a encauzar el remolino en sus mentes. A pesar de que puede ser imposible documentar cuándo empezaron estos comportamientos, la mayoría de los adultos con TDAH pueden dar ejemplos de ser distraídos, impulsivos, demasiado activos, impacientes y desorganizados durante la mayor parte de sus vidas.

Hasta hace pocos años, no se pensaba que los adultos tenían TDAH; por lo tanto, muchos adultos con síntomas que continúan nunca han sido diagnosticados. Personas adultas con TDAH viven décadas sabiendo que algo les pasa, pero sin saber qué es. No ayudan mucho la psicoterapia ni los medicamentos para ansiedad, depresión o maníaco depresión ya que el TDAH mismo no está siendo tratado. Sin embargo, más de la mitad de los niños con TDAH continúan teniendo síntomas a través de su edad adulta. El conocimiento reciente del TDAH adulto significa que muchas personas pueden ser correctamente diagnosticadas y tratadas.

Un diagnóstico correcto permite que la persona progrese en su vida. Una vez que se conoce el trastorno, puede empezar a recibir cualquier combinación de ayuda educacional, médica o emocional que necesita.

Para la elaboración de este diagnóstico será necesario tomar en cuenta un modelo conceptual que nos ayude a determinar los posibles orígenes y causas del TDAH, gracias a esto tendremos un diagnóstico de manera integral que ayudará a identificar los trastornos del sujeto, de esta manera su diagnóstico y más tarde un modelo de intervención y un buen pronóstico. Con este fin tomaremos un modelo conceptual de E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> RUBÉN O. SCANDAR ( *Director de Docencia e Investigación*), Programa de Estrategias Preferenciales. México, 2002.

## **FASES PARA EL DIAGNÓSTICO**

### **DETECCIÓN (Fase Inicial)**

Procedimiento para poner de manifiesto quienes, de entre la población de niños y niñas, entre 4 y 8 años de edad, pueden presentar la condición o característica biológica que denominamos TDA-H.

Esta Detección no permite todavía conocer quiénes presentan TDAH, pero todos los niños con TDA-H están incluidos en el grupo de detectados, y a ellos se les añaden otros niños con comportamientos similares.

La Detección puede realizarse en la Consulta de Atención Primaria y en los Centros Educativos de Educación Infantil y Primaria, utilizando instrumentos y métodos de “exploración” de niños con Problemas de comportamiento o de aprendizaje, como entrevistas, cuestionarios, baterías de pruebas: en su caso el psiquiatra y/o neurólogo ordenara un electroencefalograma y demás estudios que respalden un diagnóstico responsable.

### **IDENTIFICACIÓN (Fase Intermedia)**

Procedimiento para poner de manifiesto quienes, de entre la población de niños y niñas detectados previamente como posibles TDAH, manifiestan de manera clara e inequívoca las características específicas de este trastorno.

En esta fase quedan excluidos aquellos sujetos que pueden presentar algunos indicadores comunes con el TDAH, pero que no pueden considerarle como tales debido a la ausencia de indicadores necesarios o a la presencia de indicadores que corresponden a otro trastorno.

La Identificación o Diagnóstico debe realizarse con un instrumento-método que permita asegurar (con un nivel de confianza adecuado) tanto la presencia del TDAH, como su ausencia.

Si la Identificación se lleva a cabo con un instrumento (o método) cuyo margen de error permite la identificación como TDAH a quienes no lo son, (criterios DSM-IV, Escalas de Conners y derivadas....) se está cometiendo un error de diagnóstico, que proporcionará al sujeto un tratamiento farmacológico inadecuado y le privará del tratamiento, médico o psicopedagógico, que verdaderamente necesita.

Por el contrario, si la Identificación se lleva a cabo con un instrumento (o método) cuyo margen de error no permite la identificación como TDAH de quienes sí lo son, se está cometiendo un error de diagnóstico más grave aún, ya que el sujeto queda privado de recibir la ayuda, médica y psicopedagógica, imprescindible para la mejora de su situación individual y contextual.

## **VALORACIÓN**

Procedimiento que se inicia tras la Identificación de un niño como TDAH y consiste en la obtención de información sobre características relevantes y pertinentes para el Diseño de un Plan de Tratamiento.

La Valoración Médica incluye pruebas neurológicas, fisiológicas,...., con cuyos resultados el profesional (Neurólogo, Pediatra, Psiquiatra, NeuroPsiquiatra,...) diseña un plan de tratamiento farmacológico.

La Valoración PsicoPedagógica incluye pruebas de aptitudes-capacidades (inteligencia lógica, atención sostenida y calidad atencional, estilo impulsivo-reflexivo.....), habilidades curriculares (lenguaje oral, comprensión lectora, cálculo aritmético....), actitudes, valores y destrezas sociales (estilo cognitivo de interacción social, niveles de adaptación, hábitos sociales, fluidez, flexibilidad y amplitud de pensamiento....). Además, la valoración del individuo se complementa con información sobre su entorno familiar y escolar. Se recogen y analizan datos sobre el estilo educativo de los padres, los hábitos de comportamiento de éstos, sus hermanos y otros familiares próximos, sus compañeros de colegio y sus profesores.

De este modo, el especialista puede diseñar un Plan de Tratamiento Integral, que incluye Entrenamientos específicos (Habilidades Cognitivas, Habilidades Sociales, de Razonamiento, Entrenamiento Atencional, etc...) y Asesoramiento a Padres y Educadores. Siempre con el objetivo de reducir o eliminar los factores de riesgo para el desarrollo de los niños con TDA-H e implementar o aumentar los factores protectores, del individuo y de su entorno social.

### **Modelo Conceptual del TDA-H**

La identificación de un niño o adolescente con TDAH requiere la puesta en marcha de un proceso evaluador, a lo largo del cual se recogerá la información que se considere relevante, pertinente y suficiente, en base a la conceptualización de este trastorno.

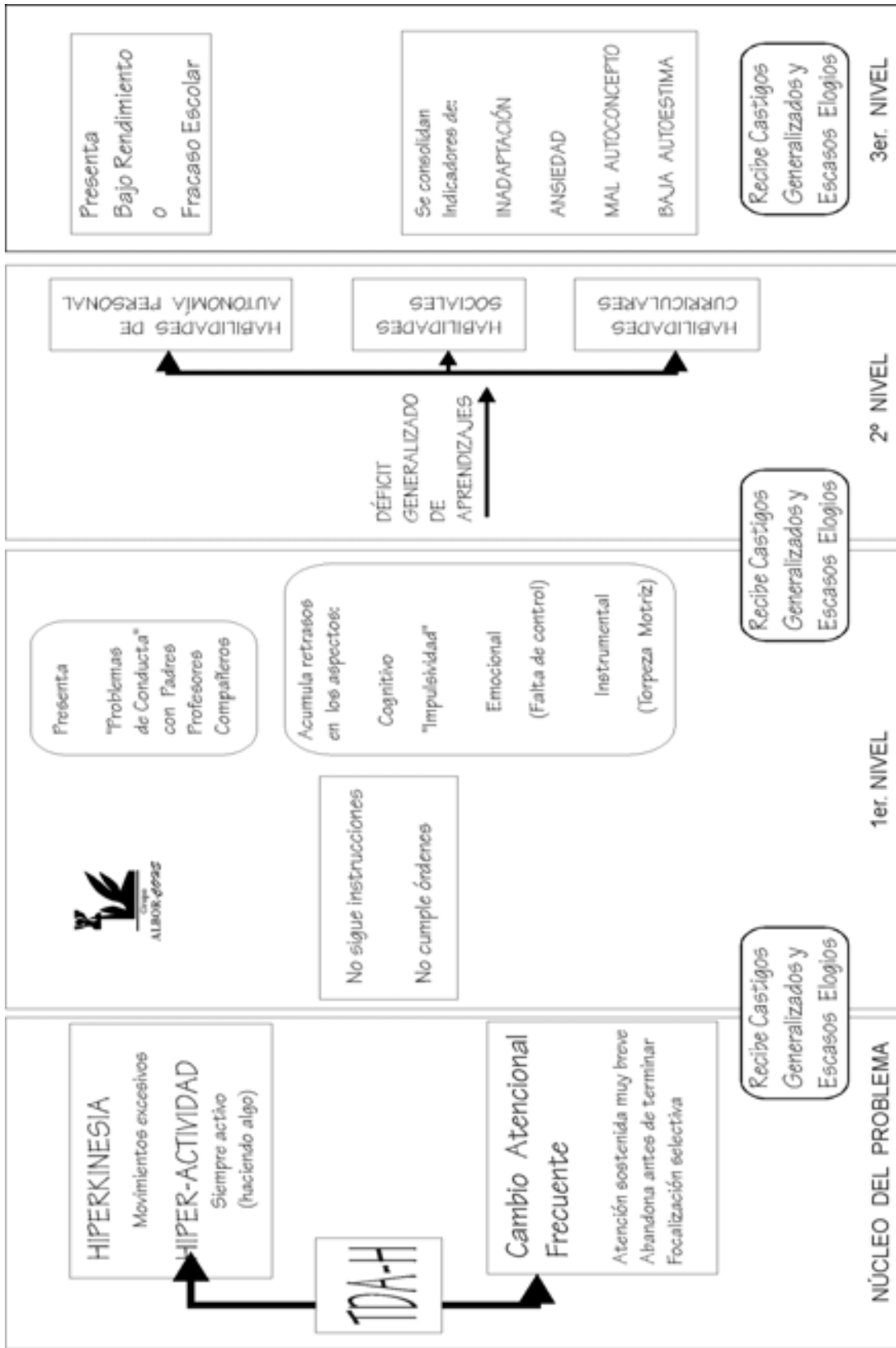
Habitualmente, la identificación de niños hiperactivos se ha abordado desde dos perspectivas diferentes, una médica y otra psicológica. En ambos casos la información que se recoge incluye datos sobre el comportamiento de los niños o adolescentes de quienes se pretende identificar o descartar la presencia de un TDAH, siguiendo en la mayoría de los casos criterios diagnósticos propuestos por las clasificaciones DSM-III/IV o CIE-9/10. Además, se incluyen datos bioquímicos o bioeléctricos, cuando la identificación se lleva a cabo desde la perspectiva médica, y datos sobre hábitos de conducta y habilidades, cuando se realiza desde la psicológica.

Por lo tanto, el tipo de datos a recoger así como la amplitud de los mismos viene, necesariamente, guiada por el modelo conceptual adoptado por los evaluadores.

El Modelo se encuentra representado en el siguiente esquema, según el cuál, el modelo conceptual que proponemos establece la necesidad de analizar las

diversas manifestaciones conductuales del TDAH, no como un síndrome conductual, sino como un conjunto de problemas relacionados funcionalmente entre sí, de la manera siguiente:





<sup>3</sup> Modelo Conceptual TDAH. Grupo Albor [www.grupoalbor.com](http://www.grupoalbor.com)

El núcleo del problema está constituido por una diferencia biológica en este grupo de personas, caracterizada por un funcionamiento cerebral anómalo, con respecto a la norma de la especie. Esta deficiencia en el funcionamiento biológico puede analizarse desde diversas perspectivas:

a) Desde una **perspectiva bioquímica**, el TDAH puede manifestarse como una diferencia en el equilibrio de neurotransmisores en determinadas zonas del cerebro, sin embargo, esta diferencia no es exclusiva de este trastorno por lo cual, no es posible utilizar estos hallazgos como elemento diagnóstico. (Zametkin y Rapoport, 1987, en Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997; Taylor, E., 1991).<sup>4</sup>

b) Desde una **perspectiva bioeléctrica**, puede manifestarse como ciertas alteraciones en el trazado EEG; sin embargo, como en el caso anterior, estas anomalías, cuando se presentan, tampoco constituyen un elemento de identificación del TDAH (Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997).

c) Desde una **perspectiva neuropsicológica**, parece manifestarse un rendimiento deficitario en tareas en las que intervengan ciertas áreas del lóbulo frontal. Igualmente, estos resultados son inconsistentes para constituir elementos diagnósticos relevantes (Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997).

d) Desde una **perspectiva comportamental**, la manifestación directa del trastorno, lo que consideramos, por lo tanto, "núcleo del problema", lo constituye una actividad motriz excesiva y un cambio de atención muy frecuente (Taylor, E., 1991).

---

<sup>4</sup> Polaino, A.; Avila, C.; Cabanyes, J.; García Villamizar, D.; Orjales, I. y Moreno, C. (1997). Manual de Hiperactividad Infantil. Unión Editorial.

En la primera infancia, desde los seis-doce meses hasta los cinco-seis años, la hipercinesia en todo lugar y todo momento es la observación más común; a partir de los siete años y, mucho más, a partir de los diez-doce años, la hiperkinesia generalizada se reduce, manifestándose en comportamientos motrices más sutiles: tamborilear los dedos, cambios frecuentes de postura corporal, caminar de un sitio para otro, jugar con objetos en las manos,... y aparece más claramente la hiperactividad, entendida ésta como el hecho de estar siempre ocupado/a en algo, no estar ocioso/a prácticamente nunca.

Dada la constatación de que durante el tiempo de actuación de sustancias psicoestimulantes, (especialmente metilfenidato) administradas a niños o adolescentes con TDAH, se reduce de manera drástica la hiperkinesia y aumenta la capacidad atencional de los sujetos, consideramos plausible la hipótesis de que la sustancia química sustituye funcionalmente a la hiperkinesia/hiperactividad (HK-HA) y al cambio atencional frecuente (CAF).

Aceptada esta afirmación como principio axiomático (toda teoría tiene necesariamente, que elaborarse a partir algún axioma inicial...), interpretamos la hipercinesia-hiperactividad y el cambio atencional frecuente, como recursos conductuales, espontáneos y naturales del organismo, para compensar el desorden constitucional biológico.

Por otra parte, esta explicación resulta congruente con los conocimientos actuales sobre los procesos implicados en la regulación de la atención:

1. Por una parte, conocemos bien que la llegada de toda información sensorial nueva, actúa, en el tronco cerebral, activando el Sistema Reticular Ascendente, consiguiendo así una elevación del nivel de activación bioeléctrica del córtex y facilitando el procesamiento de la información sensorial. (Taylor, E., 1991)

2. Por otra parte, sabemos también, que una vez procesada la nueva información sensorial, se produce el fenómeno de "habitación al estímulo", con una reducción del nivel de activación cortical. (Smith, C., 1972).

De acuerdo con esto, podemos admitir -como hipótesis de trabajo- que la hiperkinesia es un comportamiento totalmente funcional para el sujeto, dado que, con el envío periódico de estimulación propioceptiva (procedente de los músculos en movimiento) al tallo encefálico, se consigue la estimulación cortical necesaria. (Satterfield, J. et al., 1972) <sup>5</sup>

Además, el cambio atencional constituye otra forma de auto estimulación. Cuando nos encontramos prestando atención sostenida a un contexto estimular relativamente estable, al poco tiempo se produce el fenómeno de la habituación y la consiguiente reducción de los niveles de activación cortical. Mediante el cambio de atención a un contexto diferente, se facilita una recuperación inmediata de los niveles de activación (Pérez y Pérez, D., 1978). Así se explica, por ejemplo, por qué los niños se mantienen con más facilidad atentos a los vídeo-juegos. En la medida que el estímulo visual o auditivo cambia con mucha frecuencia, les resulta fácil mantener la atención en ellos. En cambio, en cuanto el estímulo visual es monótono la distractibilidad es máxima.

Según este planteamiento, considero el TDAH como el resultado de un desorden biológico, consistente en una alteración funcional de las estructuras cerebrales responsables de la regulación de la atención, los cuales, por una razón que todavía desconocemos, no consiguen proporcionar un nivel de activación suficiente para el procesamiento de la información; por lo cual, el organismo procede con dos recursos naturales: la hiperkinesia y el cambio atencional frecuente.

Para un diagnóstico profesional, se ha llegado a considerar mucho más fiable y válida la clasificación y los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, CIE-10). Basándonos en un modelo conceptual. No sólo con diferencias en el orden o lugar en el que se consideran los factores.

---

<sup>5</sup> SATTERFIELD, J. AND CANTWELL, D., 1974. CNS function and response to methylphenidate in hyperactive children. *psychopharmacology bulletin* 10, pp. 36–37 ... <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178198000729>

En función de esta decisión conceptual, desarrollo mi actuación profesional considerando, respecto del TDA-H, que es necesario distinguir entre tres fases de evaluación-diagnóstico.

Aunque el núcleo del trastorno es el mismo, el desarrollo de cada niño con TDAH es diferente, dependiendo de otras características personales -entre las cuales destaca su capacidad intelectual- y de las actitudes y hábitos educativos de sus padres y maestros.

### **Claves para detectar el déficit atencional**

Bajo ciertas circunstancias especiales los niños sanos muestran problemas de conducta y atención, como sucede ante situaciones de abuso o violencia familiar, sobrecarga académica o inconvenientes en el colegio. Sin embargo, son respuestas transitorias y siempre en el ambiente que produce el conflicto (por ejemplo, son calmados en la escuela pero demasiado activos en el hogar. Por el contrario, en el déficit de atención e hiperactividad los problemas son permanentes y en todos los contextos.

Otras condiciones médicas como los trastornos de aprendizaje, defectos sensoriales (por ejemplo, sordera), ansiedad, exposición a sustancias tóxicas y otros desórdenes mentales producen síntomas similares al déficit de atención e hiperactividad. Por tal motivo, el médico o psicólogo debe realizar un estudio exhaustivo para descartar alguna de estas enfermedades.

Con frecuencia a padres y a docentes se le presentan dudas sobre la forma en que aparecen algunas conductas que hacen suponer la existencia de un TDAH. En general, el contexto en el que se mueve un sujeto con TDAH reacciona inadecuadamente frente a la aparición de respuestas que no son las esperadas. Esta es una de las características más comunes en este déficit: el no cumplir con

las expectativas prefijadas. Así actúan quienes sufren esta dificultad, el comportamiento no concuerda con los cánones esperados.

Cualquiera que sea el área de experiencia del especialista, su primera tarea es de obtener información que eliminará otras posibles razones para el comportamiento del niño. Para eliminar otras causas, el especialista debe revisar los registros médicos y escolares del niño. El especialista trata de percibir si el medio ambiente del hogar y del aula tienen mucho estrés o son caóticos y cómo los padres y maestros del niño lo manejan. Se puede usar un médico para buscar otros problemas, tales como trastornos emocionales, ataques imperceptibles (petit mal) o visión o audición pobres. La mayoría de las escuelas automáticamente hacen evaluaciones de vista y audición; por lo tanto, esta información muchas veces ya está registrada. Un médico también puede buscar alergias o problemas de nutrición tales como impulsos crónicos debido a la cafeína que pueden causar que el niño parezca demasiado activo.

Luego, el especialista estudia la información acerca del comportamiento del niño de manera de comparar estos comportamientos con los síntomas y los criterios de diagnóstico listados en el DSM (*Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*). Esto significa hablar con el niño y, de ser posible, observarlo en clase y en otros casos.

Se les pide a los maestros del niño, pasados y actuales, que clasifiquen sus observaciones del comportamiento del niño en un formulario estandarizado de evaluación para así comparar los comportamientos del niño con los de otros niños de la misma edad. Por supuesto las escalas son subjetivas -- sólo captan la percepción personal del niño. Igualmente, ya que maestros conocen tantos niños, su juicio acerca de cómo se compara un niño con otro por lo general es acertado.

El especialista entrevista a los maestros y a los padres del niño así como otras personas que conocen bien al niño, tal como el personal de la escuela o personas que lo cuidan. Se les pide a los padres que describan el comportamiento

de su niño en una variedad de situaciones. También pueden asignarles puntaje de acuerdo a cuán severos y frecuentes parecen ser los comportamientos.

Cuando el niño/a tiene buena inteligencia, y sus padres y profesores conocen las necesidades de su hijo o alumno, por estar identificado como un niño con TDAH desde la primera infancia, la comprensión y tolerancia del exceso de movimiento y el cambio atencional frecuente, junto con el empleo de estrategias adecuadas de enseñanza de habilidades, favorecerán una evolución óptima del niño con TDAH: sin problemas de comportamiento graves y con un buen rendimiento académico.

En un Primer Nivel de explicación de los déficits secundarios al núcleo del TDAH encontramos:

La falta de atención, lleva también al niño/a a no memorizar las instrucciones que recibe, lo que le imposibilita su cumplimiento, o el cumplimiento de forma inadecuada; lo cual vuelve a ser una fuente de castigo por parte de sus padres y maestros. Este estilo de comportamiento suele ser interpretado como desobediencia y mala fe por parte del niño/a, lo que provoca ira en los educadores, aumentando así la probabilidad de tratarlo con medidas exclusivamente disciplinarias y punitivas.

## Déficit de atención



- Permanece distraído
- Parece no escuchar
- Pierde objetos
- Inconstante

## Hiperactividad



- Es ruidoso
- En continuo movimiento

## Impulsividad



- Interfiere con las actividades y conversaciones de los demás
- Actúa sin pensar

## Principales manifestaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En algunos casos, el niño puede ser revisado para ajuste social y salud mental. Se pueden hacer evaluaciones de inteligencia y logros de aprendizaje para ver si el niño tiene alguna dificultad de aprendizaje y para determinar si las dificultades están en todo o sólo en partes del currículum de la escuela.

Cuando se miran los datos, el especialista le presta especial atención al comportamiento del niño durante situaciones ruidosas o no estructuradas, tales como fiestas o durante tareas que requieren atención sostenida, tales como leer,



hacer problemas de matemática, o jugar un juego de mesa. El comportamiento durante los ratos libres o mientras se está recibiendo atención individual es de menor importancia en cuanto a la evaluación. En tales situaciones, la mayoría de niños con TDAH pueden controlar su comportamiento y desempeñarse bien.

El especialista entonces hace un perfil del comportamiento del niño. ¿Cuáles comportamientos de tipo TDAH listados en el DSM demuestra el niño? ¿Cuán a menudo? ¿En cuáles situaciones? ¿Cuántos años tenía el niño cuando empezó el problema? ¿Están los comportamientos seriamente interfiriendo con las amistades, actividades escolares o vida del hogar del niño? ¿Tiene el niño algún otro problema relacionado? Las respuestas a estas preguntas ayudan a identificar si la hiperactividad, impulsividad y falta de atención del niño son significantes y duraderos. De ser así, el niño puede ser diagnosticado con TDAH.

Es difícil establecer el diagnóstico del niño hiperactivo sin suficiente experiencia y si se utilizan criterios inadecuados, pero aunque resulta complejo y requiere obtener bastantes informaciones de Padres, Maestros y Niño, no lo es tanto para profesionales con experiencia

Las pruebas actuales todavía NO permiten identificar un mal funcionamiento cerebral asociado de manera específica al TDAH, de una manera convincente e inequívoca. Es posible que en un futuro se disponga de instrumentos y métodos que lo pongan de manifiesto.

¿QUÉ OCURRE CON LAS TEORÍAS MODERNAS, QUE INDICAN QUE ES UN ERROR CONSIDERAR AL NIÑO HIPERACTIVO COMO UN NIÑO CON PROBLEMAS DE ATENCIÓN?. ALGUNAS PERSONAS MUY FAMOSAS DICEN QUE EL PROBLEMA DE LOS HIPERACTIVOS ES UN PROBLEMA DE "CONTROL DE LOS IMPULSOS".

El principal defensor de esta teoría es el norteamericano Dr. Russell Barkley. Ahora bien, como toda teoría, es sencillamente una HIPÓTESIS DE TRABAJO. Para ser operativa esta teoría debe proponer un MODELO GLOBAL,

EXPLICATIVO DEL COMPORTAMIENTO, que incluya lo que entiende por IMPULSOS; de dónde salen tales impulsos y qué función tienen en la regulación del comportamiento voluntario.<sup>6</sup>

A continuación haré una breve descripción de algunos protocolos y estudios que se han llevado a cabo con respecto al tema.

## **1. Desarrollo de un Protocolo de Detección e Identificación de Niños con Déficit de Calidad Atencional, sin Hiperactividad.**

**Objetivo:** Facilitar a los Padres, Educadores y Profesionales de la Salud, el procedimiento para la detección precoz y la identificación eficaz de los Niños que presentan problemas o déficits en los aspectos de EFICACIA ATENCIONAL, diferenciándolos de los que manifiestan dificultades para MANTENER LA ATENCIÓN. Estos Niños que en la actualidad son considerados formando parte del subtipo Predominantemente Inatento según el DSM-IVTR, parecen ser más numerosos que los TDAH y diferenciarse notablemente de los mismos.

Los trabajos de Milich (2001) Carlson y Mann (2002), Bauermeister, Barkley y otros (2003), apoyan la hipótesis de que el proceso de diagnóstico y tratamiento, tanto farmacológico, como psicoeducativo, debe establecerse de manera diferente para cada uno de estos grupos de niños.

## **2. Actualización de las Escalas de Áreas de Conductas-Problema: EACP (García Pérez y Magaz)**

---

<sup>6</sup> GARCÍA PÉREZ, E.M. Y MAGAZ, A. Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad. Guía para Padres y Profesionales Edit. GRUPO ALBOR-COHS. Año de Publicación: 2003. España.

**Objetivo:** facilitar la Detección de los Niños con Déficit de Calidad Atencional, sin Hiperactividad (subtipo Predominantemente Inatento según el DSM-IVTR)

### **3. Desarrollo de un Cuestionario de Observación Conductual y un AutoInforme de Comportamiento para Adolescentes**

**Objetivo:** facilitar la Detección de escolares con Déficit de Atención con y sin Hiperactividad a partir de los 10-12 años.

### **4. Estudiar las posibles relaciones entre los Déficit de Calidad o Eficacia Atencional y otras aptitudes y habilidades básicas para los aprendizajes en Educación Primaria.**

**Objetivo:** conocer las relaciones existentes entre capacidad intelectual y capacidades atencionales, así como la influencia de las mismas en la adquisición de habilidades de lectura, escritura y cálculo aritmético.

#### **Detección, Identificación y Valoración:**

**tres fases consecutivas y fundamentales, previas al Tratamiento de los niños con TDA-H**

**[Información Técnica sobre el TDAH-009/2001]**

**Autores: E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago  
Psicólogos Consultores del Grupo ALBOR-COHS**

Durante los últimos años, el niño con Déficit de Atención con Hiperactividad ha venido siendo identificado como tal siguiendo lo que se conoce como “Criterios Diagnósticos”.

Obviamente, cualquier trastorno de salud física o de comportamiento puede y debe “clasificarse” y caracterizarse para obtener una denominación que permita a todos los profesionales comunicarse entre sí de una manera clara, sencilla, rápida y eficaz. Esto requiere obtener un conocimiento adecuado de los indicadores de cualquiera de los trastornos que supongan una diferencia significativa respecto de la situación de salud física o de comportamiento adaptativo.

En la investigación médica y conductual, lo más razonable parece comenzar por la elaboración de un modelo conceptual que permita explicar la naturaleza del trastorno: su causa o causas posibles, su evolución y, en general, la aparición de cada una de sus manifestaciones bioquímicas o comportamentales, en una relación causa-efecto.

A partir del diseño de tal modelo conceptual, se clarifican notablemente todas las variaciones individuales y contextuales en que se puede manifestar cualquier enfermedad o trastorno, favoreciéndose el diagnóstico precoz, la diferenciación con otros problemas y el diseño de planes de intervención o terapias eficaces.

En el caso del TDAH, resulta sorprendente la actitud (persistente a través de los años) , que parece insistir en que los profesionales identifiquen a los sujetos con este problema, siguiendo criterios estadísticos. Esto significa lo siguiente: como parece haberse observado que en los casos que denominamos TDAH se manifiestan unos indicadores conductuales concretos, se elabora una lista de estos indicadores, se ordenan por frecuencia observada y ... ya se puede indicar a Padres y Maestros que su hijo o alumno es “estadísticamente TDAH”.

Esto y no otra cosa es, a nuestro entender, el DSM-IV, en lo que hace referencia a los criterios diagnósticos sugeridos para identificar sujetos con TDAH. Curiosamente, este método de diagnóstico, similar al propuesto por la Organización Mundial de la Salud, no coincide en lo esencial con su "homólogo" CIE-10.

En ambos casos, en mi opinión, con sutiles y muy importantes diferencias entre sí, se omite un modelo conceptual que explique el trastorno. Sencillamente, se observa al sujeto (sus manifestaciones conductuales) y se propone el diagnóstico siempre que se presenten unos u otros indicadores del mismo.

Así, no resulta sorprendente que se haga necesaria la distinción entre grupos de sujetos que presentan unos u otros indicadores conductuales con mayor o menor intensidad o frecuencia y se "subclasifique" a los niños y adolescentes (más frecuentemente a éstos últimos) en subtipos clínicos.

Lógico, a falta de un modelo congruente sobre el trastorno, así como de evidencias empíricas indiscutibles de alguna diferencia orgánica o funcional, específica de este trastorno (o "condición biológica minoritaria"), el desarrollo de cada niño en un entorno social: familiar y escolar, diferente, que le proporciona unas experiencias de aprendizaje diferentes, lo lleva a atenuar algunos indicadores y a incrementar otros, apareciendo los diversos subtipos clínicos que ahora conocemos y que recientemente se han modificado por la misma organización que los propuso (DSM-IV Text Revision, 2000)

Por otra parte, el empleo de los diversos subtipos (predominantemente impulsivo-hiperactivo", "predominantemente desatento" y "combinado") NO HA SERVIDO para establecer pautas terapéuticas específicas y diferentes, sólo para justificar en muchos casos, la prescripción de fármacos diferentes. En cuanto a la intervención psicopedagógica, las diferencias han sido menores aún, ya que, prácticamente todos los niños identificados como TDAH, fuera cual fuera el "subtipo" han recibido el mismo "tratamiento" (más asociado a la "escuela psicológica" de su terapeuta que a la característica de su problema).

## **CAPITULO 4 :**

### **TIPOS DE TRATAMIENTO**

#### **TRATAMIENTO**

Los tratamientos farmacológicos alcanzan un éxito valorado en un 70-80% en pacientes adecuadamente diagnosticados. De todos modos, las diferencias individuales en dicha respuesta son amplias.

En la actualidad debe plantearse que el tratamiento correcto del TDAH tiene muchas vertientes. A continuación se comentarán sucintamente dichos tratamientos, debiendo tenerse en cuenta, en todo momento, que ninguno de ellos es único, exclusivo, ni puede (ni debe) sustituir a los demás.

#### **Tratamiento Psicológico**

El planteamiento de la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas complementarias a la medicación parte, entre otros hechos, de la evidencia de que no todos los pacientes se benefician de esta segunda. Únicamente alrededor del 30% de los niños tratados con psicoestimulantes apenas presentan una mejoría de sus síntomas. Además, otro porcentaje presenta efectos secundarios intolerables, por su frecuencia o por su intensidad, con los tratamientos farmacológicos. Por otra parte, la presencia de trastornos como el Trastorno Opositor Desafiante (TOD), o de conductas como las heteroagresivas, hace de estas intervenciones un planteamiento complementario necesario (y no excluyente) a la medicación.

Las aproximaciones más utilizadas han sido:

- **1. Manejo de contingencias:** es la intervención más básica dentro de las de tipo conductual. Consiste en la aplicación directa de consecuencias positivas y negativas dentro de ambientes cuidadosamente estructurados, es decir, reforzamiento positivo cada vez que se obtenga el resultado de

actitud que se espera y buscar una retroalimentación cada que se presente una contingencia con ayuda el tiempo fuera, que es dar al niño un momento antes de actuare n medio del a contingencia. No obstante, como ya se ha dicho, la generalización y transportabilidad de sus logros es aún una materia en discusión.

- **2. Terapia conductual:** se basa en el entrenamiento de padres y profesores en la medición de conductas, su selección de cara a la intervención, el diseño de programas de refuerzo conductual, el uso de consecuencias negativas o castigos consistentes y la coordinación de dichos programas entre el colegio y el hogar. Su objetivo final son los pacientes con TDAH, sin embargo es necesario mantener informados y que actúen de manera consecuente los adultos responsables del cuidado del niño. Las ganancias logradas por estos programas, no obstante, al ser medidas por los propios cuidadores, implican a veces un sesgo positivo surgido de la propia satisfacción con el tratamiento más que de auténticas mejorías.
- **3. Intervenciones cognitivo-conductuales:** se realizan directamente en el paciente, generalmente en grupos reducidos. Incluye entrenamientos en auto-instrucciones (para mejorar la mediación verbal y el autocontrol desde un lenguaje expresado hacia otro interiorizado u "oculto"), resolución de problemas (para mejorar la planificación de conductas sociales y habilidades académicas), auto-refuerzo (para reducir la dependencia del adulto y sus recompensas), y aprendizaje del error (para redirigir la conducta ante equivocaciones o situaciones de conflicto). Estas intervenciones, como ya se ha comentado, parecen lograr menos mejorías de las que podría esperarse por su éxito en poblaciones sintomáticamente parecidas (trastornos de conducta).
- **4. Entrenamiento en habilidades sociales:** también focalizadas directamente sobre el paciente y en grupos pequeños, se centran en la discusión y aplicación en el grupo de capacidades como la cooperación o la resolución verbal de conflictos, reforzadas por la aplicación de

contingencias dentro del propio grupo, dirigidas a mejorar las competencias sociales de los participantes. Su aplicación sistemática y consistente parece generar resultados prometedores, aunque los resultados obtenidos hasta la fecha son aún lo suficientemente escasos como para tener que interpretarlos con mucha cautela.

## **Tratamiento Neurológico-Psiquiátrico**

**Psicoestimulantes de acción inmediata:** dentro de este grupo nos encontramos con el metilfenidato. Sus efectos son inmediatos. Empiezan a notarse a los 30 a 60 minutos tras la ingesta, y comienzan a disminuir unas 3 a 6 horas después de haber tomado el fármaco. Quiere esto decir que se requiere la administración continuada del medicamento, y fraccionada en dos a cuatro tomas al día.

En la actualidad no existen estudios suficientes en población menor de 6 años, aunque se han tratado niños de tres años en adelante con sintomatología severa, obteniéndose un beneficio clínico notable.

En cuanto a su efecto clínico; mejora la atención, el tiempo de reacción ante estímulos externos, la memoria (sobre todo la memoria a corto plazo), los estilos de respuesta, y la impulsividad. A nivel motor reduce la inquietud motora (lo que se entiende por hiperactividad). En el ámbito escolar, disminuye la distracción en las tareas, así como las interrupciones verbales y físicas, y mejora el rendimiento académico y la ejecución de las tareas. Además favorece la cooperación y la interacción tanto escolar como lúdica. En la familia vamos a observar una mejoría de la relación verbal, disminución de las críticas de los padres, y mejores interacciones entre los miembros de la familia, favoreciéndose así la afectividad. Finalmente, sobre la conducta disocial, habrá un efecto positivo tanto en la agresividad verbal como en la física y en las conductas disociales.

Sus efectos secundarios son generalmente leves. Cabe destacar cefalea en ocasiones (que no suele precisar la retirada del fármaco y tiende a desaparecer con el tiempo), insomnio y disminución del apetito. Los posibles efectos sobre el desarrollo del peso y la estatura no se han demostrado claramente.



El metilfenidato, en sus formas habituales de administración oral (de liberación inmediata), tiene un pico en su concentración en plasma entre una y dos horas tras su ingesta, que coincide con el efecto clínico máximo, teniendo una corta vida media y una duración de su eficacia de 2 a 5 horas. Estas limitaciones en el uso del metilfenidato de liberación inmediata (sobre todo su corta duración y la necesidad de fraccionamiento de la dosis en tres y hasta cuatro tomas en ocasiones, con las lógicas dificultades de cumplimiento de estos regímenes), sumadas a la conveniencia de prolongar los efectos beneficiosos del tratamiento durante la tarde a fin de mejorar las conductas en casa y la realización de las tareas escolares, han llevado desde hace años a la búsqueda de preparaciones psicoestimulantes de acción más prolongada.

**Psicoestimulantes de acción prolongada:** Los fármacos psicoestimulantes han sido, a partir de la primera comunicación sobre su eficacia clínica en niños con déficits atencionales, dificultades en el rendimiento escolar y problemas conductuales, el tratamiento de elección en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), sobre todo desde que, en los años 60.

*Atomoxetina:* La implicación de mecanismos noradrenérgicos en la etiología del TDAH, junto con la utilidad de algunos antidepresivos tricíclicos en su tratamiento, ha llevado a plantear la hipótesis de la posible eficacia en este trastorno de nuevos fármacos con un perfil noradrenérgico selectivo, como son los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.

*Otros fármacos no estimulantes:* como los antidepresivos (tricíclicos y serotoninérgicos), agonistas adrenérgicos (clonidina), antipsicóticos y otros (bupropion). Generalmente se administran ante la falta de eficacia de los estimulantes o si sus efectos secundarios no permiten su continuidad en el tiempo. El cuadro clínico en adolescentes tiende a incluir inquietud, aunque el nerviosismo y levantarse del asiento en clase suelen estar presentes. Los desajustes de los adolescentes incluyen inatención, pobre control de los impulsos, pobres habilidades de organización, dificultades para elegir y mantener prioridades, resultando un menor rendimiento escolar, baja autoestima, escasas relaciones con

iguales, y rendimiento errático en tareas. Las oportunidades de realizar conductas impulsivas peligrosas y de poca capacidad de juicio aumentan con la edad, debido a la mayor influencia de los compañeros y la menor supervisión de los adultos. Con el tiempo, el adolescente va aprendiendo a controlar la hiperactividad, que cada vez se hace menos manifiesta. No obstante, la impulsividad y sobre todo - las dificultades de mantener la atención y de organizarse - persisten, limitando el aprendizaje y el éxito social y profesional.

El objetivo del tratamiento farmacológico sería hacer desaparecer los síntomas a largo plazo para posibilitar el desarrollo social, intelectual y afectivo de ese niño y ayudarle a desarrollar técnicas que contrarresten sus limitaciones.

### ***Tratamiento psicopedagógico***

Dirigida a mejorar las habilidades académicas del niño y el comportamiento mientras estudia o hace las tareas, también pretende instaurar un hábito de estudio al niño que no lo tiene.

Podemos encontrar individuos que presentan características de déficit de atención y/o impulsividad e hiperactividad no presentan algún tipo de dificultad o impedimento en su vida social, académica, personal o familiar. Es decir personas que han encontrado estrategias para manejarse y no requieren tratamiento debido que están perfectamente adaptados a su entorno.

Un tratamiento combinado y perfectamente pautado de instauración precoz puede ofrecer nuevas perspectivas a la vida del niño y a su futuro.

Actitudes como “ vamos a esperar, ya madurará”, “sólo es un niño vago y travieso” pueden estar restando oportunidades a su futuro.

## **Uso de drogas estimulantes**

### **-el debate acerca del uso de drogas**

#### **MITOS ACERCA DE LA MEDICACION**

**El tratamiento farmacológico se utiliza en el TDAH para sustituir las intervenciones psicológicas y escolares, más costosas y eficaces.**

Un reciente estudio llevado a cabo con más de 400 niños afectados de TDAH ha demostrado que el tratamiento multimodal (la combinación del tratamiento farmacológico y las intervenciones psicológicas y escolares) es el tratamiento más eficaz del trastorno. En la comparación del tratamiento farmacológico solo frente al tratamiento psicológico solo, el tratamiento farmacológico se demostró significativamente más eficaz.

**Los psicoestimulantes producen dependencia o su uso induce la aparición de dependencias.**

El uso correcto de los psicoestimulantes, del modo prescrito y a las dosis indicadas, no produce tolerancia (no deja de ser eficaz ni es preciso aumentar dosis, salvo por motivos de peso y edad) ni dependencia. Además, diversos estudios han demostrado que los niños en tratamiento tienen una menor probabilidad de presentar trastornos por abuso de drogas en la adolescencia y la vida adulta.

**Los psicoestimulantes dejan de ser eficaces en la adolescencia.**

Los estudios realizados en adolescentes señalan una eficacia de los psicoestimulantes similar a la que tiene en la infancia (70-80%).

**Los psicoestimulantes son fármacos inseguros que producen múltiples efectos secundarios.**

Los psicoestimulantes son fármacos con más de 30 años de uso y estudios que les avalan, y que han demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento del

TDAH. No existen casos publicados de muertes por sobredosis o por otros motivos (a pesar de lo que algunas páginas en Internet indican), y en la mayor parte de los casos sus efectos secundarios son moderados y desaparecen en unas semanas.

**El tratamiento con psicoestimulantes debe interrumpirse en vacaciones y fines de semana.**

Aunque los psicoestimulantes tienen efectos positivos en el rendimiento escolar y la capacidad atencional, sus efectos son igualmente positivos sobre el control conductual del TDAH. Dado que el trastorno se manifiesta no sólo en el colegio, sino también en casa y otros entornos, debe mantenerse a fin de controlar sus síntomas también en estos ambientes.

**Los psicoestimulantes alteran el crecimiento (por eso debe interrumpirse periódicamente).**

Aunque los resultados de los estudios sobre el crecimiento aún no son definitivos, parece que esta afirmación no es cierta. En todo caso, los estudios que hablan de una disminución de la talla final de los niños refieren una disminución de 1 a 3 centímetros, lo que parece poco significativo comparado con las consecuencias del trastorno sin tratamiento.

Se piensa que los niños con TDAH "experimentan" con cigarrillos y drogas más frecuentemente que otros en la adolescencia y que los adolescentes con TDAH que consumen drogas desarrollan con más frecuencia trastornos por abuso de sustancias. Posiblemente, las drogas proporcionan un efecto subjetivo de disminución de los síntomas en los niños adolescentes no tratados. Posiblemente, este riesgo elevado de consumo de drogas esté precipitado también por la incomprensión y rechazo social y por las malas compañías.

Lo cierto es que estudios recientes han observado cómo el tratamiento farmacológico precoz con psicoestimulantes parece ser un importante factor frente a un futuro abuso de tóxicos.

El cuadro clínico en adolescentes tiende a incluir inquietud, aunque el nerviosismo y levantarse del asiento en clase suelen estar presentes. Los desajustes de los adolescentes incluyen inatención, pobre control de los impulsos, pobres habilidades de organización, dificultades para elegir y mantener prioridades, resultando un menor rendimiento escolar, baja autoestima, escasas relaciones con iguales, y rendimiento errático en tareas. Las oportunidades de realizar conductas impulsivas peligrosas y de poca capacidad de juicio aumentan con la edad, debido a la mayor influencia de los compañeros y la menor supervisión de los adultos. Con el tiempo, el adolescente va aprendiendo a controlar la hiperactividad, que cada vez se hace menos manifiesta. No obstante, la impulsividad y sobre todo - las dificultades de mantener la atención y de organizarse - persisten, limitando el aprendizaje y el éxito social y profesional.

El objetivo del tratamiento farmacológico sería hacer desaparecer los síntomas a largo plazo para posibilitar el desarrollo social, intelectual y afectivo de ese niño y ayudarle a desarrollar técnicas que contrarresten sus limitaciones.

El TDAH persiste en la vida adulta en un 30-70% de los casos, y sus síntomas también implican entonces dificultades personales, familiares y laborales. Además, su presencia, sobre todo sin tratamiento, es un factor de riesgo importante para la aparición de otros trastornos como ansiedad, depresión y abuso de drogas.

Según la Federación Mundial de Salud Mental, en el mes de Agosto de año 2004, se han presentado en Berlín los resultados de una encuesta internacional realizada a los padres de niños con TDAH donde se subraya la urgente necesidad de un diagnóstico más adecuado y un mayor apoyo para las familias de los niños que padecen este trastorno.

La encuesta, dirigida por la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) revela que el tiempo de diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, por parte de un profesional sanitario, puede variar de manera

importante de una zona a otra. Mientras que en EEUU el tiempo medio de diagnóstico es de un año, en Italia los padres deben esperar una media de más de tres años para obtener el diagnóstico correcto de sus hijos. Russell Barkley, Catedrático de Psiquiatría en la Medical University de Carolina del Sur (EEUU) que colaboró en la elaboración de la encuesta, comentó: "Dos años para conseguir un diagnóstico es demasiado tiempo si consideramos la velocidad a la que los niños se desarrollan mental y emocionalmente. Con una mayor conciencia general del trastorno esperamos que los médicos puedan remitir a los pacientes a un especialista, si hay indicios de THDA, para que puedan obtener un diagnóstico apropiado y un tratamiento adecuado."

Los resultados de la encuesta también revelan que el 63% de los padres sienten que sus médicos de cabecera no saben lo suficiente acerca de este trastorno, y más del 31% de las familias manifiestan dificultades a la hora de dirigirse a un especialista capaz de diagnosticar el TDAH. El TDAH es uno de los trastornos más corrientes en la infancia y adolescencia, que afecta entre el 3 y el 7% de los escolares. El trastorno se caracteriza por comportamientos hiperactivos o impulsivos y problemas de atención que no están asociados a la capacidad intelectual del niño ni a su estadio de desarrollo. Los expertos en salud mental consideran que estos síntomas se derivan de una discapacidad más grave en el desarrollo del autocontrol y que este trastorno está determinado en gran parte por factores neurológicos y genéticos.

Casi todos los padres encuestados (91%) declararon que a menudo se sienten superados o preocupados por el TDAH de sus hijos, y el 63% manifiestan que las actividades familiares se ven perturbadas por el comportamiento de los niños.

Una vez se ha diagnosticado correctamente el TDAH, es esencial que el niño pueda recibir un tratamiento eficaz para el trastorno. Esto puede incluir una combinación de enfoques, incluyendo tratamiento médico, conductual y psicológico, junto a adaptaciones educativas. Los padres afirman que con el tratamiento se mejora la concentración en el colegio (86%), ayuda a sus hijos a

interactuar mejor socialmente (76%) y alivia la presión familiar (81%). Un abrumador 92% de los padres están de acuerdo en que los niños deberían tener la posibilidad de percibir una medicación para el THDA si así lo deciden los padres. Sin embargo, incluso con tratamiento, muchos padres aún tienen dificultades a la hora de hacer frente a los síntomas diarios de sus hijos. Los datos de cada uno de los países representados en la encuesta se encuentran disponibles en [www.wfmh.org](http://www.wfmh.org)

Personalmente la toma de postura, más que a favor o en contra de la medicación, gira trascendentemente en torno a un diagnóstico responsable hecho por un equipo interdisciplinario de profesionales que trabajen con una comunicación abierta y en el cual cada niño es un caso especial y diferente en donde posiblemente determinado medicamento le favorezca a un niño debido a sus características físicas y bioquímicas aunque en el aspecto comportamental sean muy similares.

Es por esto que recuerdo la frase del Maestro Eduardo Zaragoza al decir: “Nunca diagnostiques si no vas a dar tratamiento, y nunca des tratamiento sin haber diagnosticado”. Así es como propongo un diagnóstico integral, responsable y comprometido ya que el TDAH puede marcar a una persona por el resto de su vida y más aún si no se conocen las características y se toma como una enfermedad crónica o un padecimiento que aleja a la persona de la sociedad siendo discriminado lejos de pensar en sublimar el trastorno y aprovechar sus características cuando se poseen.

#### LA FUNCIÓN PEDAGÓGICA:

Dentro de este mismo, se subraya la necesidad de un diagnóstico adecuado y un mayor apoyo familiar para los niños que sufren el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), así como orientación, capacitación y asesoría a los maestros que intervienen en el proceso, además no solo favorecer, sino llegar

a hacer un grupo de profesionales co-responsables de la atención de dicho trastorno.

También me parece importante señalar al pedagogo como el profesional capacitado para hacerse cargo de los procesos de enseñanza-aprendizaje y todas las técnicas y estrategias que respondan a este fin, lo cuál será mejor detallado en el capítulo siguiente.

El propósito de este trabajo es que el pedagogo logre integrar un equipo interdisciplinario de trabajo en el que se logre un diagnóstico y tratamiento que abarque todos los aspectos que intervienen con el desarrollo, la integración y la adaptación social y en el medio en el cual se desenvuelve el sujeto del tratamiento, todo eso con el fin de lograr que la persona en cuestión consiga no solo ser aceptado/a, sino también sacar provecho de sus sobrecapacidades que propiamente canalizadas ayudaran a explotar sus cualidades como ser humano al cien por ciento.



## **CAPITULO 5:**

### **PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PEDAGOGICA**

#### **Visión general y conducción del programa**

Ahora se sabe que el problema no es el alumno, sino el TDAH y las características que de este mismo padecimiento presente.

El tratamiento que muestra mayor efectividad desde mi punto de vista es el Tratamiento por medio de la terapia multimodal (Multimodal treatment of children with ADHD), Que es el que combina una serie de componentes y por eso se le llama multimodal. Los elementos que maneja son:

- Tratamiento psicológico dirigido a niños, padres y maestros.
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento psicopedagógico.

Por supuesto que para llegar a esto es que yo propongo un diagnóstico responsable e interdisciplinario en el que intervengan todos los profesionales que se vean envueltos en el trastorno.

#### **INDICACIONES METODOLOGICAS DEL PROCESO DE INTERVENCION**

Dentro de los anteriores deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

##### ***Tratamiento psico-pedagógico dirigido a niños, padres y maestros***

- información sobre el trastorno
- estrategias sobre el manejo de la conducta
- estrategias de comunicación para mejorar la relación con su hijo o alumno.

- Estrategias para mejorar el propio autocontrol del niño con TDAH.

### ***Tratamiento farmacológico***

el objetivo de la medicación es hacer remitir los síntomas básicos del trastorno. Los medicamentos más eficazmente usados son los estimulantes. Su eficacia y seguridad han sido ampliamente estudiados por décadas. En la mayoría de los casos suelen ser tratamientos de larga duración y facilitan tanto el correcto desarrollo intelectual, social y familiar, como la eficacia de otras terapias psicopedagógicas, de manejo de conducta, comunicación social, etc.

### Medicamento

Los medicamentos se recetan para prevenir que aparezcan signos y síntomas no deseados, o bien para que tengan un efecto en alguna condición física. Es importante recalcar que el medicamento debe ser recetado después de una evaluación de los síntomas de la persona y por una persona con experiencia en el diagnóstico y tratamiento del TDA-H.

Los Psicoestimulantes como el metilfenidato (Ritalin®) pueden mejorar los síntomas de TDA-H, permitiendo una conducta más aceptable en el futuro lo que puede incrementar una mejor respuesta a una terapia sin medicamento ya sea psicoterapia emocional o terapia conductual. Indudablemente Ritalin® y medicamentos similares como Dextroanfetamina (Dexedrine®, Dextrostat®), Sales Mezcladas de Anfetaminas (Adderall®) y Pemoline (Cylert®) son los tratamientos básicos para TDA-H, siendo Ritalin el más prescrito por médicos.

El Ritalin® es un estimulante que aumenta en el cerebro en gran cantidad el neurotransmisor de Dopamina y en menor cantidad la Norepinefrina. En estudios recientes se ha visto que también afecta el neurotransmisor Serotonina. Estimulando dichos neurotransmisores mejora la atención y la concentración. Los otros medicamentos que se utilizan para el tratamiento del TDAH tienen el mismo efecto. Este efecto que tiene el Ritalin® sugiere que el desorden de TDAH puede ser una alteración en la transmisión de señales entre ciertas neuronas (neurotransmisión) en ciertas áreas del cerebro que involucran a la Dopamina y

Norepinefrina. Las neuronas afectadas pueden influir en la atención, concentración, distractibilidad y otras conductas que son síntomas centrales de TDA-H. También se usan otros medicamentos que no son estimulantes para el tratamiento del TDA-H.

Es importante evaluar el efecto del medicamento, si está teniendo efecto positivo o no. Por lo que es importante monitorear mensualmente los cambios que tiene la persona, teniendo un contacto tanto con los padres como con los maestros.

El Ritalin® mejora la inatención y se evalúa cuando el niño puede completar una tarea, concentrarse en trabajos específicos, etc. Los cambios en impulsividad se dan cuando puede moderar conductas impulsivas en la escuela, con la familia, compañeros, etc. Los beneficios hacia la hiperactividad se dan cuando se pueden sentar y estar así por un momento, un mejor comportamiento, menos excitado, etc.

Uno de los mayores problemas del TDA-H se da en la escuela. La meta de la mayoría de los padres es que los hijos tengan en un futuro un mejor o igual nivel socio-económico; para esto es básico que se den cuenta de las habilidades que tiene la persona para poder ser exitoso en su trabajo. El medicamento ayuda a que puedan concentrarse, poner atención, controlar impulsos, etc. Para que de esa manera puedan demostrar las habilidades que tienen innatas y poder tener un éxito académico y posteriormente laboral. Hay que recordar que es diferente **que no quieran a que no puedan.**

# Fundamento Teórico

## *Modelo de Proceso de Informacion*

Mientras el conductismo se concentra esencialmente en el estudio del aprendizaje mediante teorías basadas en el análisis de estímulos y sus respuestas, las teorías cognitivas se basan en procesos mentales internos (organismo), procesos neuropsicológicos de aprendizaje y modelos educativos

La concepción del ser humano como un procesador de información se basa en la analogía entre la mente humana y el funcionamiento de una computadora. La computadora se adopta como una metáfora del funcionamiento cognitivo humano.

El procesamiento de la información ha generado ante todo teorías de la memoria. Las teorías del procesamiento de la información se concentran en la forma en que la gente presta atención a los sucesos del medio, codifica la información que debe aprender y la relaciona con los conocimientos que ya tiene, almacena la nueva información en la memoria y la recupera cuando la necesita. Memoria a largo sensorial operativa plazo Respuesta Procesos Neuropsicológicos de Aprendizaje y Modelos Educativos

La memoria es la capacidad que tenemos los seres humanos para registrar, retener y recuperar información. Para esto realiza procesos de codificación (registro de la información), almacenamiento (guardar la información) y recuperación (localizar la información cuando queremos utilizarla). Sólo si se dan estos tres procesos seremos capaces de recordar.

El procesamiento de la información comienza cuando un estímulo (visual, auditivo) impresiona uno o más sentidos (oído, tacto, vista). La memoria sensorial recibe el estímulo y lo mantiene un instante (Registro Sensorial = 1 a 4 segundos).

Información sensorial de entrada Memoria a largo sensorial operativa plazo  
Decaimiento.

La memoria sensorial tiene como función mantener la información el tiempo estrictamente necesario para que sea atendida selectivamente e identificada para su posterior procesamiento. El material está completamente desorganizado, como una copia de los objetos y acontecimientos del mundo que nos rodea. Nuestra mente tiende a imponer organización e interpretación en toda la información de entrada. Información sensorial de entrada Memoria a largo sensorial operativa plazo Decaimiento.

Es aquí donde ocurren dos procesos: B. Percepción (reconocimiento de patrones), que es el proceso de conceder significado al estímulo, comparando la entrada con la información conocida. C. Atención, que es el proceso de seleccionar algunos de los Atención muchos datos posibles. Información Comparación con la información conocida sensorial de entrada Selección Memoria a largo sensorial operativa plazo Decaimiento.

Modelo de filtro de Broadbent (1958): La información se recibe en la memoria sensorial por diferentes canales. Memoria Sensorial La capacidad de atención es limitada, Diferentes apenas se atiende a unos cuantos canales de estímulos a la vez. Información Canal seleccionado Filtro Se elige uno de los canales para que el sistema perceptual lo procese. El resto de los canales se desactiva. La base de la selección sería perceptiva (la atención depende del significado del estímulo).

En realidad seguimos percibiendo algo de la información de los otros canales. El filtro sería en realidad un "atenuador" que "baja" los canales no atendidos. Memoria Sensorial Diferentes canales de información Filtro Canal seleccionado Todas las entradas son atendidas lo suficiente como para activar una parte de la memoria a largo plazo. Después se elige una entrada dependiendo del contexto.

Número de fuentes de información) Factores: Complejidad de las fuentes) Semejanza de las fuentes Memoria Sensorial ) Diferentes canales de información Filtro Las fuentes impredecibles tienden a captar nuestra ¡RUIDO atención. SORPRESIVO! Las fuentes muy predecibles no captan nuestra atención, ya que se produce habituación gradual a los estímulos continuos.

Memoria Sensorial Filtro Las personas con trastornos de atención no pueden desechar con eficiencia los estímulos irrelevantes, con lo que sobrecargan sus sistema de procesamiento y la tarea principal queda perdida en medio de entradas que rivalizan.

Grado de automaticidad de la atención: b) Procesos autónomos: no precisan mucha atención y pueden ejecutarse en paralelo con otros procesos (Ej.: Conducir y conversar). c) Procesos controlados (o deliberados): deben ser ejecutados en serie porque precisan mucha atención. A medida que una tarea controlada se vuelve habitual, acaba por volverse automática (Ej.: andar en bicicleta).

Efecto Stroop Amarillo Verde Azul Blanco Naranja Rojo Negro Es difícil “desconectar” un proceso automático. (colores y palabras).

Para que una entrada sea percibida, debe mantenerse en el registro sensorial y compararse con los conocimientos en la Memoria a Largo Plazo. La percepción depende de características objetivas (físicas) de la información y de las experiencias previas del sujeto. Información Comparación con la información conocida sensorial de entrada Selección Memoria a largo sensorial operativa plazo Decaimiento.

El Reconocimiento de patrones procede de dos modos: B. Procesamiento de abajo-arriba: analiza las características y crea una representación significativa para identificar los estímulos. C. Procesamiento de arriba-abajo: se forman expectativas acerca de la percepción fundada en el contexto. Se anticipan los hechos y se percibe de acuerdo a ellos. Las expectativas influyen en la

percepción. Percibimos lo esperado y no lo inesperado. Información Comparación con la información conocida sensorial de entrada Selección Memoria largo sensorial operativa plazo Decaimiento.

Dos principios de la percepción: B. Predisposición perceptiva: vemos (oímos, olemos, etc.) lo que esperamos o queremos ver. C. Constancia perceptiva: mantenemos estables las características del E, aunque varíen las condiciones del entorno. Información Comparación con la información conocida sensorial de entrada Selección Memoria a largo sensorial operativa plazo Decaimiento.

La información es trasladada a la memoria operativa (de corto plazo o de trabajo), que corresponde al estado de alerta, o de lo que uno está consciente en ese momento. Para que la unidad se retenga en esta memoria se debe repasar, de otro modo la información se pierde repasar rápidamente (entre 15 y 25 segundos). Repaso Información sensorial de entrada Selección Memoria a largo sensorial operativa plazo Decaimiento Respuesta.

Mientras la información está en la memoria operativa, se activa el conocimiento relacionado de la memoria a largo plazo, la memoria permanente, y se coloca en la memoria plazo operativa con el fin de integrar la información nueva. Por lo tanto, la memoria operativa contiene la nueva información y la información recuperada de la MLP. Repaso Información sensorial de entrada Selección Memoria a largo sensorial operativa plazo Recuperación Decaimiento Respuesta.

La memoria operativa tiene una capacidad limitada. Número mágico de Miller: la amplitud de la memoria sería de 7 (+/- 2) 1 2 3 4 5 6 7 Modelo del "Buffer" de repaso: Se procesa la repaso información llenando ranuras hasta que no queda espacio. Para obtener más espacio se debe olvidar información, codificarla o re-codificarla.

Proceso de Re-codificación: Combinamos fragmentos de Re-codificación información de una forma que ocupe menos espacio en la memoria operativa.

Dos tipos de repaso: B. Repaso de Mantenimiento: Se limita a mantener la información en la MO el tiempo suficiente para que se pueda actuar sobre ella. (ej: repetir N° Teléfono) C. Repaso Elaborativo: Transfiere la información a la memoria a largo plazo. Establece relaciones con otros conceptos que ya están en la MLP y desarrolla nuevas asociaciones con esos conceptos. La codificación consiste en Repaso colocar la información en un contexto significativo, que permita su posterior recuperación. Codificación Selección Memoria a largo operativa plazo Recuperación Respuesta.

La Memoria Operativa tiene tres componentes (Gathercole, 1993): B. Ejecutivo Central: Regula el flujo de información a través de la memoria operativa y dirige el almacenamiento y la recuperación de la información a la MLP. C. Lazo Articulatorio: Almacena el material en un código verbal de corta duración (es importante en el proceso de lectura). D. Agenda Viso-espacial: Procesa y almacena la información visual y espacial, incluido el material codificado como imágenes visuales. Repaso Codificación Selección Memoria a largo operativa plazo Recuperación Respuesta.

Funciones de la Memoria Operativa: Operativa B. Comparar la información que recibimos con la que tenemos almacenada en la MLP. C. Combinar o integrar el material a ser aprendido con el cuerpo organizado de conocimientos que tenemos almacenado en la MLP. D. Repaso de la información para su mantención en la MO o su elaboración para transferir a la MLP. E. Generar una respuesta. Repaso Codificación Selección Memoria a largo operativa plazo Recuperación Respuesta

Repaso Información sensorial de entrada Codificación Selección Memoria a largo sensorial operativa plazo Recuperación Decaimiento Respuesta.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> \* Duran, S., Modelos Mentales y Prácticas Deductivas, inédito, 1997.



### *Terapia cognitivo conductual*

Los pensamientos se consideran la causa de las **emociones**, y no a la inversa. Los terapeutas cognitivos invierten el orden causal empleado habitualmente por los **psicoterapeutas**. La terapia consiste esencialmente en:

- A) identificar aquellos pensamientos irracionales que nos hacen sufrir e;
- B) identificar qué es irracional en ellos; esto se hace mediante un trabajo de autoanálisis por parte del paciente, que el terapeuta debe promover y supervisar.

Cuando los pensamientos irracionales (falsos o incorrectos) son detectados, se pasa a la fase de modificación, que es central en la Terapia cognitiva y consiste en reemplazar los viejos hábitos irracionales por otros más ajustados a la realidad y a la lógica. Esto se hace mediante un esfuerzo para rechazar los pensamientos distorsionados y reemplazarlos por pensamientos más exactos y más alegres.

Cabe destacar que este esfuerzo de observación y crítica que el paciente hace de sus propios pensamientos distorsionados no debe confundirse con la tendencia conocida como "Pensamiento positivo", que solo promueve el autoadoctrinamiento por medio de frases positivas u optimistas ("Merezco ser feliz", "soy una persona valiosa", etc), porque la Terapia Cognitiva se vale del pensamiento crítico para conseguir el cambio en sus pacientes y no de una imposición dogmática de pensamientos predeterminados.

La terapia cognitiva no es un proceso "de un día para el otro". Aún cuando un paciente ha aprendido a reconocer cuándo y dónde su proceso de pensamiento se ha torcido, puede llevar meses de concentrado esfuerzo el reemplazar un pensamiento inválido con uno más adecuado. Pero con paciencia y un buen

terapeuta, la terapia cognitiva puede ser una herramienta valiosa en la recuperación.<sup>2</sup>

### *Evaluación y Terapia Multimodal*



El enfoque multimodal de evaluación tiene cada vez más aceptación en campos como la psicología clínica, la psiquiatría y la enfermería psiquiátrica . Se basa en los trabajos del psicólogo Arnold A. Lazarus, uno de los autores pioneros de la

Arnold A. Lazarus  
terapia de conducta.

El sistema multimodal trata de evaluar la "personalidad total" del cliente cubriendo su perfil C.A.S.I.Co (C : Cognición , A : Afecto, S : base Somática , I : Interpersonal y Co : Conducta ) . Parte de la concepción de que los seres humanos tiene imágenes y pensamientos (cognición) , afectos , sensaciones sobre una base somática y conductas en contextos interpersonales . Cada caso puede ser evaluado en las anteriores dimensiones y las interacciones que se producen entre ellas .

Se presentan una serie de fichas y escalas de evaluación, preferentemente multimodales, que pretenden ser de utilidad en la evaluación de casos .<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> **David D. Burns, *Feeling Good: The New Mood Therapy*** (rev ed); Avon, 1999: **ISBN 0380810336**

-James P. Jr. McCullough, *Treatment for Chronic Depression : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)* Guilford Press; (August 27, 2003) **ISBN 1572309652**

<sup>3</sup> LAZAROUS, ARNOLD. "Live case consultation" psychotherapy.net E.U. 2006.

## ***Modelo de Estrategias Preferenciales***

Un buen número de las Secretarías (Agencias) de Educación de diferentes estados de Estados Unidos han recomendado el uso del Modelo de Estrategias Preferenciales (MEP) para el logro de estos objetivos. El Modelo de Estrategias Preferenciales tiene como objetivo facilitar y/o lograr el aprendizaje a través de una metodología con las siguientes características: pequeños acomodamientos en el proceso de aprendizaje, simpleza, sistematicidad, integración, colaboración, actividad y abordaje en equipo .<sup>4</sup>

### **NIVELES DEL PROGRAMA**

Dentro el diagnostico psicopedagógico será necesario observar cuáles son los puntos focalizados de mayor interés para plantear los objetivos de programa: cabrá determinar si existen problemas para la lectura, escritura, comportamiento, hábitos de estudio, vocabulario, ortografía, matemáticas, cálculo, comprensión.

#### **Nivel 1.-Objetivos del programa**

Es claro que los objetivos de un programa de intervención van a buscar siempre la adaptación del individuo al medio, por lo que esta tesis busca sublimar dicho “error” en una persona y convertirlo en un extra que puede ser un factor muy importante para su vida en diversos campos como lo son el laboral, deportivo, social, etc.

---

<sup>4</sup> SCANDAR, RUBEN O. PSICOLOGIA INFANTIL Editorial: DISTAL. ISBN:978-987-502-195-2. Argentina.

Para el diseño de objetivos debe iniciarse por un diagnóstico completo y responsable, por parte del pedagogo se examinará tanto al niño como el ambiente que lo rodea.

Será importante para el planteamiento de objetivos tener en cuenta primordialmente las necesidades del individuo, cada profesional lo hará desde su campo, el pedagogo verá por el aspecto de la educación tanto formal como informal, ya que muchas veces este aspecto es abarcado por el psicólogo sin tomar en cuenta al proceso de enseñanza-aprendizaje que de manera individual y a su debido ritmo lleva el sujeto, ya que no sirven las mismas estrategias didácticas para características similares de educación, y el profesional capacitado para el diseño de estas estrategias didácticas es el pedagogo. Habrá aspectos como el atencional en el que deba trabajarse en forma interdisciplinaria para obtener mejores resultados y en un lapso más reducido de tiempo.

### **5.2.2 Nivel 2.- Valoración**

Dentro del caso particular de cada niño la valoración deberá ser constante para conocer el progreso y los adelantos que se han obtenido durante el transcurso del tratamiento.

Para la valoración y el logro de una buena intervención pedagógica será necesario evaluar distintos aspectos que tienen que ver directamente con su educación como:

- °¿Presenta retraso escolar por haber perdido bases académicas?
- °¿En ese caso, ¿Cuáles son y dónde se presentan esas “lagunas” académicas?
- °¿Ha desarrollado unas técnicas instrumentales básicas adecuadas: escritura, cálculo, lectura?
- °¿Es capaz de mantener la atención en tareas de atención continua y de atención selectiva?

°Tiene estrategias indicadas de solución de problemas? ¿Cuáles son?, ¿Trabaja por ensayo y error o es capaz de establecer una hipótesis de trabajo?

°¿Tiene un estilo cognitivo impulsivo?

°¿Tiene un estilo de funcionamiento cognitivo dependiente de campo perceptivo?

°¿Cómo responde a la frustración, se deprime, se irrita o lo intenta de nuevo?

°¿Es capaz de autoevaluar su comportamiento adecuadamente?

°Sus relaciones sociales ¿son adecuadas?

°¿Tiene estrategias sociales adecuadas, ¿es capaz de pedir y no exigir lo que necesita?, ¿puede recurrir a estrategias como el intercambio, la amenaza, la petición con argumentos convincentes?

°¿Cómo es su coeficiente intelectual?

°En una batería de pruebas pedagógicas nos interesa conocer:

-EL NIVEL DE LECTURA RAPIDA (numero de palabras por minuto) y exactitud lectora (omite palabras, substituye algunas, se salta renglones, necesita seguir con el dedo...)

-NIVEL DE AUTOMATIZACION DE LA LECTURA: grado de decodificación fonológica (por ejemplo, comete errores en palabras largas y en las poco frecuentes)

NIVEL DE COMPRESION LECTORA: respecto a su edad. Comprobar si las estrategias de lectura son adecuadas: si descifra correctamente instrucciones escritas complejas deteniéndose a analizar la información paso por paso, si lee impulsivamente, si se cansa con facilidad, si pierde la idea global del texto o si se centra en detalles irrelevantes, etc.

-LA CALIDAD DE LA CALIGRAFIA se debe valorar no sólo si el niño es capaz de realizar una caligrafía adecuada, sino también el grado de automatización de la misma, Muchos niños hiperactivos son capaces de realizar una copia o una caligrafía muy adecuada si están concentrados única y exclusivamente en la forma de a letra, su tamaño y orientación , pero no pueden hacerlo a un nivel mas automático, por ejemplo, mientras realizan un problema de matemáticas, piensan en una redacción, siguen un dictado o hacen un examen.

-NIVEL DE ORTOGRAFIA: Existen pruebas muy adecuadas para valorar el nivel de ortografía en algunos casos puede dar resultado la memoria visual y en otros la memorización de reglas ortográficas.

-CÁLCULO MATEMÁTICO AUTOMÁTICO conviene determinar si el niño suma, resta, multiplica y resuelve operaciones sencillas mentalmente, y si es con cálculo automático o necesita emplear los dedos, si organiza mentalmente la operación o si olvida datos.

-LA CALIDAD DE ESTRATEGIAS DE SOLUCION DE PROBLEMAS MATEMÁTICOS: por ejemplo: observaremos si lee mal los enunciados, si no analiza por partes la información, si no es capaz de representar el problema gráficamente, si se olvida las que se llevan o no es capaz de reconocer qué operación matemática utilizar.

EN HÁBITOS DE ESTUDIO: si es capaz de ponerse a estudiar solo, si lo hace pero necesita ser acompañado, si se distribuye el tiempo durante la semana o estudia último día, el tiempo que consigue mantenerse sentado en la mesa de trabajo, si trae los libros necesarios para el estudio, si anota los deberes sin equivocarse, si los termina, etc.

LA CAPACIDAD DE RESUMIR LA IDEA PRINCIPAL DE UN TEXTO

LA CAPACIDAD PARA DEFINIR CONCEPTOS.

LA RIQUEZA DE VOCABULARIO.

Algunas de las pruebas recomendables para valorar estos aspectos pedagógicos son:

La batería pedagógica no, 3 . de Fernández Pozar (BP-3). Castellano en el ciclo medio. Editorial TEA.

Las pruebas psicopedagógicas de aprendizajes instrumentales de Canals. Contiene pruebas del primero al quinto grado de educación general básica. Editorial Onda.

El ADL-MAE García Nieto y Yuste Hernanz (primero y segundo educación general básica). Editorial ICCE.

## BATERIA DE PRUEBAS COGNITIVAS.

Lugar de control respecto a situaciones académicas o interpersonales.

Los estilos cognitivos.

El estilo cognitivo dependiente-independiente del campo perceptivo.

Estilo cognitivo reflexivo o impulsivo.

Flexibilidad y rigidez cognitiva.

### **Nivel 3.-Objetivos particulares en el aspecto educativo**

a) Para el niño: el niño necesita una familia con normas claras y bien definidas, que representen una exigencia adaptada a la medida de sus posibilidades, en un ambiente ordenado, organizado, sereno, relajante y cálido. Una familia que reconozca el esfuerzo realizado por el niño que le anime y contenga sin una sobreprotección excesiva, que le ayude a situarse y organizarse, pero sin dejarse manipular por sus caprichos. Manteniendo los límites educativos de forma racional, estable e inamovible que le ayude a encarar los problemas y a encontrarle una solución sin encubrir y necesariamente sus faltas. El principal objetivo de un tratamiento psicopedagógico como de muchos otros aspectos dentro del trastorno se da siempre la adaptación e integración del individuo a una sociedad "normal", por lo que en mi opinión la inmersión del niño en una sociedad típica de convivencia familiar, escolar, infantil, de grupo, de amistad; es totalmente favorable a los intereses de integración. Por lo que el programa educativo deberá contemplar este aspecto, tanto en la educación formal como informal, y disminuir en forma considerable el estrés y tensión que provoca en el niño el ámbito de la escuela.

b) Para la familia: el papel de los padres resulta imprescindible para la adaptación del niño hiperactivo, ya que ellos representan la fuente de seguridad, los modelos a seguir, el reflejo mismo de que los hijos sienten que son, la base fundamental sobre la que construyen su propia escala de valores y el concepto de disciplina y autoridad. De los padres depende en gran medida, la mejor o peor evolución de la sintomatología que presenta el niño con este padecimiento.

Para cumplir el papel que les corresponde a los padres necesitan: un diagnóstico temprano y tratamiento de la situación en la que se encuentra su hijo/a, información de qué es el TDAH, información del grado de afectación de su hijo, tener presente que el problema tiene solución, pero que, de no tomar las medidas oportunas, irá creciendo en los próximos años, así como disponer del asesoramiento adecuado sobre aspectos educativos generales; recibir instrucción directa sobre el tratamiento general del niño y específicamente en cuanto a las pautas de atención en la casa.

En manos de la familia está coordinar el intercambio de información entre el neurólogo, psicólogo, el pedagogo y el profesor del aula. También proveer de un ambiente familiar estructurado.

No estimular al niño con su comportamiento.

Poner límites educativos correctos, adecuados a la capacidad del niño.

Favorecer la autonomía personal del niño.

Crear buenos hábitos.

Modelar conductas reflexivas.

Reforzar su autoestima.

Generalizar la utilización de auto instrucciones.

Favorecer el contacto controlado con otros niños.

**¿Qué puedo hacer en casa para ayudar a mi hijo?**



Puede ser difícil criar los niños que tienen TDAH. Ellos pueden tener dificultad para comprender instrucciones. Los niños que están en un estado constante de actividad pueden representar un reto para los adultos. Usted puede tener que cambiar su vida un poco para ayudar a su niño. He aquí algunas cosas que usted puede hacer para ayudar:

- **Haga un horario.** Fije horas específicas para levantarse, comer, jugar, hacer tarea, hacer quehaceres, mirar televisión o jugar juegos de video, y para acostarse. Ponga el horario donde el niño siempre lo pueda ver. Explíquelo cualquier cambio en la rutina por adelantado.
- **Simplifique las reglas de la casa.** Es importante explicar lo que pasará cuando se cumplan las reglas y cuando se rompen las mismas. Escriba las reglas y los resultados de no seguirlas.
- **Asegúrese de que sus instrucciones son comprendidas.** Haga que su niño le preste atención y hablele directamente a los ojos. Luego dígame al niño con voz clara y calmada específicamente lo que usted desea. Mantenga las instrucciones simples y cortas. Pídale al niño que le repita las instrucciones a usted.
- **Premie el buen comportamiento.** Felicite a su niño cuando él o ella completa cada paso de una tarea.
- **Asegúrese de que su niño sea supervisado en todo momento.** Puesto que son impulsivos, los niños que tienen TDAH pueden necesitar más supervisión de los adultos que otros niños de la misma edad.
- **Fíjese cuando su niño está alrededor de sus amigos o amigas.** A veces resulta difícil para los niños que tienen TDAH aprender habilidades en el comportamiento social. Premie el buen comportamiento durante el juego.
- **Fije una rutina para hacer las tareas.** Escoja un lugar fijo para hacer la tarea lejos de distracciones tales como otras personas, televisión y juegos de video. Divida el tiempo para hacer tarea en sesiones cortas y permita descansos.
- **Concéntrese en el esfuerzo y no en las calificaciones.** Premie a su niño cuando él o ella trata de terminar la tarea no solamente para sacar una

buena calificación. Usted puede dar premios adicionales por obtener mejores calificaciones.

- **Hable con los maestros de su niño.** Trate de enterarse de cómo le está yendo a su niño en el colegio durante la clase, durante el recreo y durante la hora de la comida del medio día. Pida que los maestros le den notas de progreso diario o semanal.

#### **Nivel 4.- Evaluación y modificación**

Antes solíamos pensar que los niños podrían superar el TDAH. Sabemos que esto no es cierto en la mayoría de los niños. Los síntomas del TDAH con frecuencia mejoran a medida que los niños crecen y aprender a ajustarse. La hiperactividad usualmente pasa en los años de la adolescencia tardía. Pero cerca de la mitad de los niños que tienen TDAH continúan siendo distraídos con facilidad, teniendo cambios en el humor, siendo malhumorados y son incapaces de completar tareas. Los niños que tienen padres amorosos que les brindan apoyo y que trabajan conjuntamente con el personal del colegio, con los profesionales de salud mental y con su médico tienen la mejor probabilidad de convertirse en adultos bien ajustados

#### **Componente educativo del programa**

En el aspecto educativo hace falta mucha preparación hacia los maestros para que logren entender y sensibilizarse respecto a este padecimiento. Este tipo de niños lejos de ser una carga deben ser vistos como un reto y una prueba que distinga a un buen maestro de uno que no lo es.

En nuestros días es muy común encontrar casos de hiperactividad funcional por problemas emocionales que tienen origen en su núcleo familiar, por lo que el maestro necesita estar bien empapado del diagnóstico y tomarlo en cuenta para que el trato con el niño ayude para con su adaptación al medio; cuando se tiene una verdadera vocación se puede tener un trato personalizado e involucrarse con cada uno de los alumnos, conociendo su forma de aprendizaje y las capacidades que mejor ha desarrollado, lo importante es reconocer que todos tienen cualidades, conocerlas y desarrollarlas.

Los maestros y profesores saben lo que muchos otros profesionales no saben: que no hay un síndrome de TDAH, sino muchos; que el TDAH raramente ocurren en forma pura. Usualmente se presenta con otros problemas diferentes, tales como trastornos de aprendizaje o problemas del humor. Las características de TDAH cambian como el clima, son inconstantes e impredecibles. El tratamiento para TDAH, a pesar de poder ser descubierto en la serenidad de diversos textos, sigue siendo una tarea de mucho trabajo y mucha devoción.

No hay una solución fácil para el manejo de TDAH en el salón de clases, o en la casa. Después de todo, como se ha dicho, la efectividad de cualquier tratamiento para este trastorno en la escuela depende del conocimiento y la persistencia de la escuela y el maestro.

Las siguientes sugerencias están dirigidas a maestros que enseñan niños de cualquier edad. Algunas serán obviamente más apropiadas para niños más pequeños, otras para mayores, pero los temas sobre estructura, educación y motivación se refieren a todos.

1. Ante todo, asegúrese de que lo que está enfrentando es realmente TDAH. Definitivamente, no le toca a los maestros hacer el diagnóstico de TDAH, pero usted puede y debe hacerse preguntas. Específicamente, de que alguien haya examinado la visión y la audición del niño recientemente, y asegúrese de que otros problemas médicos hayan sido descartados. Asegúrese de que una buena

evaluación haya sido hecha. Manténgase cuestionando hasta que esté convencido. La responsabilidad de velar por todo esto es de los padres, no del maestro, pero éste puede enriquecer el proceso.

**2.** Edifique su apoyo. Ser maestro en un salón de clases donde hay dos o tres niños con TDAH puede ser extremadamente agotador. Asegúrese de tener el apoyo de la escuela y de los padres. Asegúrese de que haya una persona conocedora del tema con quien pueda consultar cuando tenga un problema de este tipo (especialista en aprendizaje, psicopedagogo, psiquiatra infantil, trabajador social, psicólogo escolar, pediatra) el título de esa persona no es realmente lo que interesa. Lo que interesa es que sepa mucho de TDAH, que haya visto muchos niños con TDAH, sepa mucho acerca del manejo en el salón y pueda hablar con propiedad. Asegúrese de que los padres estén trabajando con usted. Asegúrese de que sus colegas puedan ayudarlo.

**3.** Conozca sus limitaciones. No tema pedir ayuda. Usted, como maestro, no puede pretender ser un experto en TDAH. Debe sentirse bien al solicitar ayuda cuando siente que la necesita.

**4.** Pregúntele al niño cómo puede ayudarlo. Estos niños son a menudo muy intuitivos. Ellos pueden decirle a usted cómo pueden aprender mejor si usted se lo pregunta. Frecuentemente, ellos se sienten demasiado comprometidos para dar esta información espontáneamente, porque esto les puede parecer más bien excéntrico. Pero trate de sentarse con el niño individualmente y pregúntele cómo aprende mejor. Lejos de ser "el experto" quien diga cómo el niño aprende, es el propio niño quien lo sabe. Es sorprendente como a menudo sus opiniones son ignoradas. Además, especialmente con los niños mayores, asegúrese de que ellos entienden lo que es el TDAH. Esto les ayudará mucho a ambos.

**5.** Recuerde que los niños con TDAH necesitan estructura. Su ambiente debe estructurar lo que ellos no pueden estructurar internamente por sí mismos. Haga listas. Los niños con TDAH se benefician grandemente de tener una lista o tabla

como referencia cuando se pierden en lo que deberían hacer. Ellos necesitan "recordatorios". Necesitan previsiones. Necesitan límites.

**6.** Recuerde la parte emocional del aprendizaje. Estos niños necesitan ayuda especial para buscar una diversión en la clase. Control, en vez de una actitud frustrante; excitación, en vez de aburrimiento o terror. Es esencial poner atención a las emociones involucradas en el proceso de aprendizaje.

**7.** Después de las reglas: haga que ellos las escriban y las entiendan. Estos niños establecen su confianza en la medida en que saben qué se espera de ellos.

**8.** Repita instrucciones. Escriba instrucciones. Diga instrucciones. Repita instrucciones. La gente con TDAH necesita oír las cosas más de una vez.

**9.** Haga contacto visual frecuentemente. Una mirada puede recuperar a un niño cuando está soñando despierto o puede darle permiso para hacer preguntas o tan sólo darle la confianza del silencio.

**10.** Siente al niño con TDAH cerca de su escritorio o en cualquier parte donde usted esté la mayor parte del tiempo. Esto le ayuda a alejarlo de la corriente que tanto atormenta a estos niños.

**11.** Establezca límites. Esto es una forma de contener y soltar sin castigar. Hágalo de forma consistente, predecible, oportuna y planificada. No entre en discusiones o justificaciones complicadas como los abogados. Tome el control.

**12.** Haga un calendario de actividades tan predecible como sea posible. Colóquelo en el pizarrón o en el pupitre del niño. Refiérase a él frecuentemente. Si usted va a hacerle alguna modificación, dé una gran cantidad de advertencias y preparaciones. Las transiciones y los cambios inadvertidos son muy difíciles para estos niños; se tornan confusos y alterados. Tenga especial cuidado en preparar las transiciones en la medida en que se aproximan.

**13.** Trate de ayudar a los niños a hacer sus propios calendarios de actividades para después de la escuela, en un esfuerzo por evitar uno de los marcadores más importantes de TDAH: postergar, dejar para después.

**14.** Elimine o reduzca la frecuencia de las pruebas o evaluaciones con límites de tiempo. No hay un gran valor educativo en estas pruebas, y ellas definitivamente no permiten que muchos niños con TDAH demuestren lo que realmente saben.

**15.** Permita válvulas de escape tales como salirse de clase por un momento. Si esto puede acoplarse a las reglas del salón, permita al niño salir del salón en vez de huir del salón, y así dejarlo aprender una nueva herramienta tan importante como es la autoobservación y automodulación.

**16.** Vaya por la calidad de las tareas más que por la cantidad. Los niños con TDAH frecuentemente necesitan una carga reducida. A medida que ellos van aprendiendo los conceptos esto se les debería permitir. Ellos invertirán la misma cantidad de tiempo de estudio, sólo se trata de no abrumarlos con más de lo que ellos pueden manejar

**17.** Monitoree los progresos frecuentemente. Los niños con TDAH se benefician enormemente de "feed-back" frecuentes. Los mantiene en el camino, déjelos saber qué se espera de ellos y si ellos están alcanzando sus metas, puede ser muy alentador.

**18.** Divida las actividades largas en varias actividades cortas. Esta es una de las técnicas cruciales entre todas las técnicas de enseñanza para niños con TDAH. Las actividades largas rápidamente agotan al niño y él regresará al tipo de respuesta emocional anterior: "yo nunca seré capaz de hacer esto". Dividiendo el trabajo en partes más manejables, cada componente luce suficientemente pequeño para ser realizado, el niño puede dejar de lado la sensación de estar agotado. En general, estos niños, pueden hacer más de lo que ellos mismos piensan. Dividiendo los trabajos, el maestro puede dejar al niño que pruebe esto por sí mismo. Con los niños pequeños esto puede ser extremadamente importante

para evitar "el nacimiento de las rabietas" que son las primeras bases de la frustración anticipada. Y con niños mayores puede ayudarlos a evitar las actitudes de derrota, que se presentan tan frecuentemente en su camino. Esto también sirve de ayuda para muchas otras cosas.

**19.** Sea juguetón, haga bromas, no sea convencional, sea llamativo. Introduzca innovaciones diarias. La gente con TDAH ama las innovaciones. Ellos aman jugar. Y por encima de todo ellos odian estar aburridos. Gran parte de su tratamiento involucra cosas aburridas, como estructura, calendarios, listas y normas. Usted debe mostrarles que esas cosas no tienen que ir de la mano con ser una persona aburrida, o una clase aburrida.

**20.** Sin embargo, cuide de no sobre estimular. Los niños con TDAH pueden hervir. Usted tiene que ser capaz de reducir el calor en un instante. La mejor manera de lidiar con el caos en un salón de clases es, en primer lugar, prevenirlo.

**21.** Busque y subraye el éxito tanto como sea posible. Estos niños viven con tantas fallas que ellos necesitan todo el empuje positivo. Estos niños necesitan y se benefician de los elogios y la premiación. Frecuentemente el aspecto más devastador de estos niños no es el TDAH en sí, sino el daño secundario hecho a la autoestima.

**22.** La memoria es frecuentemente un problema en estos niños. Enséñeles pequeños trucos, como mnemotecnias, flashcards, etc. Ellos frecuentemente tienen problemas con lo que Mel Levine llamó "memoria de trabajo activa", que podríamos decir es el espacio disponible en el escritorio de tu mente. Cualquier truco que puedas divisar - claves, ritmos, códigos y similares- pueden ayudar enormemente a aumentar la memoria.

**23.** Use esquemas. Enseñe a esquematizar, enseñe a subrayar. Esta técnicas no son fáciles para los niños con TDAH, pero una vez que ellos las aprenden, pueden ayudarlos enormemente a estructurar y darle forma a lo que está siendo aprendido

. Estas ayudas le dan al niño la sensación de dominio durante el proceso de aprendizaje.

**24.** Anuncie lo que va a decir antes de decirlo. Dígalo. Luego diga lo que usted ha dicho. Ya que muchos niños con TDAH aprenden mejor visualmente que por medio de la voz, si puede escribir lo que va a decir así como lo que está diciendo, puede ser de mayor utilidad. Esta forma de estructurar sirve como una pega que pone las ideas en su sitio.

**25.** Simplifique las instrucciones. Simplifique las posibilidades de elecciones. Simplifique mediante uso de calendarios. Cuanto más simple sea el lenguaje, mayor la posibilidad de ser comprendido. Pero diga las cosas de manera que llamen la atención y explíquelas de varias maneras diferentes.

**26.** Use el "feedback" que ayude a los niños a hacerse autoobservadores. Ellos no tienen idea de cómo se encuentran o cómo se han estado comportando. Trate de darle esta información de forma constructiva. Haga preguntas como:

- ¿sabes lo que acabas de hacer?
- ¿cómo crees tú que pudieras haber dicho eso en forma diferente?
- ¿por qué crees que aquella niña se ve triste cuando tú dices lo que estás diciendo?

**27.** Exprésese en forma clara y determinante.

**28.** Un sistema de bonificación con puntos es una posibilidad como parte de una modificación conductual o un sistema de recompensa para los más pequeños. Los niños con TDAH responden bien a recompensas e incentivos. Muchos de ellos son poco emprendedores.

**29.** Si el niño tiene problemas para descifrar las pistas sociales (lenguaje corporal, tono de la voz, etc) trate discretamente de ofrecerle advertencias claras y



específicas como una especie de "coach social". Por ejemplo, decir: "antes de que cuentes tu historia pídele a otra persona que cuente la suya primero" o "mira a las personas cuando están hablando". Muchos niños con TDAH son vistos como indiferentes y egoístas, cuando en realidad no han aprendido cómo interactuar. Estas habilidades no las adquieren todos estos niños, pero unos podrán aprenderlas y otros captarán las señas del "coach social".

**30.** Enseñe destrezas para resolver exámenes.

**31.** Haga juegos de las cosas. La motivación mejora el TDAH.

**32.** Separe parejas y tríos, incluso grupos completos, que no funcionan bien juntos. Usted debe intentar muchos cambios.

**33.** Ponga atención a los vínculos. Estos muchachos necesitan sentirse unidos, conectados. A medida que ellos sienten ese vínculo, se sentirán motivados, conectados y menos desentonzados.

**34.** En lo posible, déle responsabilidades a los niños.

**35.** Intente tener un cuaderno de comunicación hogar-escuela-hogar. Esto realmente puede ayudar con la comunicación cotidiana entre maestros y padres y puede evitar la crisis de las reuniones. También contribuye con el "feedback" que estos niños necesitan.

**36.** Intente usar reportes diarios sobre los progresos.

**37.** Incentive para crear una estructura para el auto-reporte, auto-monitoreo. Unos breves intercambios al final de la clase pueden ayudar con esto. También considere el uso de cronómetros, timbres, etc.

**38.** Estos niños necesitan saber por adelantado lo que está por venir, de tal manera que ellos puedan prepararse internamente.

**39.** Premie, apruebe, estimule, alimente.

**40.** Respecto a los niños mayores, hágalos escribir notas para ellos mismos para que recuerden sus preguntas. En esencia, ellos no sólo están tomando notas de lo que se les está diciendo, sino que también están pensando. Esto los ayudará a oír y comprender mejor.

**41.** La escritura a mano es difícil para muchos de estos niños. Considere el desarrollo de alternativas. Aprenda y enseñe a usar un teclado. Haga dictados. Administre pruebas orales.

**42.** Sea como el director de una sinfonía. Atrape la atención de la orquesta antes de comenzar (puede usar el silencio, o los golpecitos de tu batuta para hacer esto). Mantenga la clase atenta señalando a diferentes partes del salón cuando necesite su ayuda.

**43.** Siempre que sea posible, trate de que cada niño tenga un compañero en cada proyecto, y que tenga sus datos como el teléfono para aclarar cualquier duda.

**44.** Explique y déle la connotación de normalidad al tratamiento que el niño recibe, para evitar estigmas.

**45.** Reúnase con los padres a menudo. Evite el patrón de reunirse únicamente en momentos de problemas o crisis.

**46.** Promueva la lectura en voz alta en la casa. En clases, lea en voz alta tanto como sea posible. Lea cuentos. Ayude al niño a adquirir la capacidad de permanecer en un tópico.

**47.** Repita, repita, repita.

**48.** Ejercicio. Uno de los mejores tratamientos para TDAH, tanto en niños como en adultos, es el ejercicio, preferiblemente vigoroso. El ejercicio ayuda a gastar el exceso de energía, ayuda a enfocar la atención, estimula ciertas hormonas y

neurotransmisores que son beneficiosos en estos casos, y es divertido. Asegúrese de que sea divertido, así el niño lo seguirá haciendo el resto de su vida.

**49.** Con los niños mayores, haga hincapié en la preparación previa al comienzo de las clases. Cuanto mejor sea la idea de lo que se va a discutir en clase, mayor será la posibilidad de que el niño maneje en clase el material con seguridad.

**50.** Siempre esté en la búsqueda de momentos de brillantez. Estos niños son más talentosos y dotados de lo que generalmente parecen. Ellos están llenos de creatividad, juegos, espontaneidad y buen humor. Ellos tienden a ser de espíritu generoso, y agradecen que los ayuden. Estos niños generalmente tienen "algo especial" que los hace destacar donde quiera que se encuentren.

### **Las opciones educativas**

Para los niños con TDA-H, el lograr el éxito académico es a menudo especialmente difícil. De hecho, un gran número de estudios documentan que el bajo rendimiento académico es una de las consecuencias más frecuentes de este trastorno.

Existe una gran variedad de razones por las cuales esto puede suceder. Primero, los métodos de instrucción tradicionales durante la escuela primaria pueden no ser favorables para fomentar el aprendizaje en muchos estudiantes con TDA-H.

Segundo, hay un porcentaje importante de niños con TDA-H que tienen algunas incapacidades específicas de aprendizaje; la presencia de una incapacidad en esta área puede hacer todavía más difícil para un niño adquirir las habilidades académicas básicas para lograr el éxito en la escuela.

Aún cuando no estén presentes algunas dificultades específicas de aprendizaje, los problemas para atender dentro del salón de clases pueden

interferir con la adquisición de habilidades académicas y con el conocimiento. Esto se ha demostrado claramente en un gran número de estudios publicados, y podemos imaginar fácilmente que una criatura que lucha con la atención en clase fallará en dominar estas habilidades así como a los compañeros, aún cuando el niño sea igualmente capaz intelectualmente. Como resultado esta criatura estará menos preparada para tener éxito en grados subsecuentes y podría empezar una espiral descendente.

Una propuesta razonable para prevenir que esto ocurra sería identificar a los niños con dificultades de atención durante el primer grado y proporcionarles ayuda extra de manera que puedan adquirir habilidades críticas necesarias para lograr el éxito académico. Por ejemplo, ya que los problemas de atención pueden interferir para dominar sus habilidades de lectura temprana, probablemente las tutorías especializadas les ayudarían a aprender cosas que de otra forma se perderían y en consecuencia se les estarían proporcionando bases para obtener un éxito académico más sólido.

Esta fue la premisa de un estudio que desarrolló un grupo de psicólogos en el *Diario de la Psicología del Niño Anormal (Journal of Abnormal Child Psychology)*<sup>5</sup>(Rabiner, Malone, et al, 2004). El impacto de las tutorías en los logros durante la lectura temprana en niños con y sin problemas de atención. *Diario de la Psicología del Niño Anormal, 32, 273-284 (Journal of Abnormal Child Psychology, 32, 273-284.)* Los participantes en este estudio fueron 581 niños que formaron parte de un estudio más grande diseñado para prevenir el desarrollo de problemas de conducta serios en niños en riesgo de este resultado debido a sus dificultades de comportamiento tempranas..

Los niños fueron asignados al azar a un grupo de tratamiento y otro de control; aquellos en el grupo de tratamiento recibieron un número de intervenciones

---

<sup>5</sup> Rabiner, David L.; Coie, John D.; Miller-Johnson, Shari; Boykin, Anne-Sylvie M.; Lochman, John E. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, v13 n3 p131-140 Fall 2005 Journal Articles; Reports – Evaluative. 2005.

comprensivas diseñadas para prevenir el desarrollo de problemas de conducta. Fue de particular relevancia para este estudio que durante todo el año se les proporcionaron 90 minutos de instrucción de lectura individual. Los niños que fueron asignados al grupo de control no recibieron dicha ayuda.

Todos los participantes hicieron una evaluación estandarizada de habilidades de lectura antes y después del primero grado. En niños pequeños, con dicha evaluación se examinó la habilidad para reconocer las letras, el conocimiento de las combinaciones de los sonidos de las letras, y para leer palabras simples. Los niños que obtuvieron una puntuación baja en esta medida, previo, al primer grado eran aquellos que empezaban a mostrar evidencia de dificultad en la adquisición temprana de habilidades importantes de lectura. Esta evaluación llevada a cabo al final del año nos permitió determinar cuanto progreso en la lectura había logrado cada niño.

Además de estas evaluaciones de lectura, los maestros llenaron un sistema estandarizado de puntuación para medir a cada niño al final del primer grado.

Dentro de los rubros a medir se encontraban síntomas de inatención del TDAH. Este sistema no estaba diseñado con la intención de proporcionar un diagnóstico formal para ningún niño, sino que simplemente cuantificaba el nivel de las dificultades de atención durante el año que se estaba observando.

Como mencionamos más arriba, la mitad de los niños recibió tutoría de lectura durante el primer grado. Esto era una intervención intensiva que consistió de tres sesiones de 30 minutos a la semana durante todo el año. El programa de tutoría enfatizaba una propuesta orientada a dominar las bases de la fonética para el desarrollo de las habilidades iniciales de la lectura. Las tutorías fueron proporcionadas por para profesionales quienes recibieron un entrenamiento de 40 horas en el programa y que fueron supervisados muy de cerca durante dicho año

El interés particular en este estudio era examinar si la presencia de

dificultades de atención daba como resultado que la tutoría había sido de menos ayuda para niños con y sin evidencia de problemas tempranos de lectura. La cuestión más importante de interés era si los beneficios en los niños provenían de la tutoría dependiendo del nivel de los problemas de atención.

Las predicciones fueron las siguientes:

1) Los niños sin problemas para la lectura temprana pero con problemas de atención se quedarán atrás en la lectura si no reciben tutoría; esta hipótesis se basó en hallazgos previos acerca de que los problemas de atención interfieren con la adquisición de habilidades para la lectura temprana.

2) Los niños sin problemas de lectura temprana pero con problemas de atención que reciben tutorías harán un progreso adecuado en la lectura durante el año; esta hipótesis reflejó nuestra creencia de que la tutoría podría proporcionar a estos niños las habilidades que de otra forma se perderían y los capacitaría para mantener la marcha mientras van leyendo.

3) Los niños con problemas en la lectura temprana pero sin problemas de atención que reciben tutorías harán un progreso excelente durante el año; esta hipótesis refleja el hecho de que éste fue un programa de tutoría bien validado que podía ayudar a los niños que luchan durante su desarrollo en la lectura temprana.

4) Los niños con problemas en la lectura temprana y con problemas de atención que recibieron tutorías progresarán menos, pero de todas formas mostrarán signos claros de progreso relativo a un niño similar que no haya recibido tutorías; esta hipótesis reflejó nuestra creencia de que aunque las dificultades de atención pueden de alguna manera socavar los efectos benéficos de las tutorías, estos beneficios podrían todavía ser visibles dentro de este grupo.

Resultados

¿Podría ser que los beneficios en los niños derivados de las tutorías hayan dependido de su nivel de problemas de atención?

Los resultados que se obtuvieron indican que la respuesta a esta pregunta es claramente un SI. Específicamente, se encontró que en niveles bajos de dificultades de atención, los niños que recibieron tutorías obtuvieron puntuaciones de logros sustancialmente más altas después del primer grado que los niños que no tuvieron tutorías. A medida que las dificultades de atención en los niños alcanzaban el nivel que a menudo se observa en el TDAH, no obstante, los efectos benéficos de las tutorías se redujeron sustancialmente. Debido a que se controló un número de otros factores que pudieron haber influenciado los logros de los niños en la lectura, incluyendo el IQ, el interés de los padres en la escuela, existe una base fuerte para concluir que las *dificultades de atención fueron el factor crítico en el hecho de que las tutorías fueron benéficas.*<sup>6</sup>

Estos resultados muestran la imperante necesidad de desarrollar intervenciones de investigación alternativas que puedan ser más eficientes para promover el éxito académico para estudiantes con dificultades de atención. De hecho, una verdad desafortunada en la literatura de investigación actual es que no existe hoy en día una intervención para los niños con TDA-H que haya demostrado de manera concluyente la promoción de ganancias a largo plazo en los logros académicos.

Lo más importante en esto es la detección temprana del problema. Mientras más pequeño sea el niño, mejores son las posibilidades de recuperación. Si se deja pasar el tiempo pensando que va a mejora cuando sea mayor, cometemos un grave error porque estos problemas se acentúan en años posteriores. NO MEJORAN CON LA EDAD, al contrario. En cambio, tratados a tiempo, los resultados son excelentes y se obtienen más rápidamente.

---

<sup>6</sup> Rabiner, David L.; Coie, John D.; Miller-Johnson, Shari; Boykin, Anne-Sylvie M.; Lochman, John E. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, v13 n3 p131-140 Fall 2005 Journal Articles; Reports – Evaluative. 2005.

Los problemas de aprendizaje se van a reflejar en la conducta general del niño: se puede volver retraído, introvertido, tímido, inseguro, agresivo. El bajo rendimiento escolar lo hará sentir incapaz, tonto, en desventaja ante los compañeros que parecen aprender más fácilmente o que parecen, no son, más inteligentes. El niño causará problemas en el grupo y pondrá a prueba la paciencia del maestro que tiene que atender a 20 o 30 o más niños y no puede proporcionarle atención especial. El niño reprobará una o más materias o tal vez incluso el año porque no lee o escribe bien o no se concentra lo suficiente y eso afectará su personalidad en forma determinante.

Por el contrario, la atención de estos problemas y la terapia adecuada se reflejarán en una mejor conducta personal y de grupo. El niño adquirirá seguridad, se reforzará su autoestima, mejorarán las relaciones con sus compañeros y esto redundará en un progreso general. Los resultados de una buena terapia son realmente notables.

Sin embargo, es muy importante tener en cuenta que la terapia no es magia. La mejoría no se da de la noche a la mañana y la COLABORACIÓN de padres, médicos y maestros junto con el terapeuta es indispensable. No se trata de llevar al niño 2 o 3 veces a la terapia y pensar que ahí se resuelve todo. Al aceptar que el niño asista a la terapia, es necesario confiar que el terapeuta hará lo más conveniente para el niño pero también hay que colaborar con las indicaciones que éste les dé para trabajar en la casa o en la escuela reforzando así lo que se hace en la terapia.

### **DE QUÉ SE TRATA UNA TERAPIA:**

La terapia consiste básicamente en JUEGOS porque el juego es la forma en que el niño aprende más fácilmente. A veces los padres desconfían de estas terapias y de los resultados pero con juegos programados, ejercicios específicos, estableciendo premios y recompensas (estrellitas, puntos,...) es como se van reforzando las conductas positivas. A veces los padres consideran que la terapia



es muy larga, les cansa tener que llevar a los niños 2 o más veces por semana a la terapia, ésta interfiere con sus actividades personales, en fin, hay todo tipo de objeciones pero a esto hay que responder que el resultado final va a reflejarse en toda la vida del niño, en su juventud en su edad adulta.

Las terapias le facilitarán las cosas cuando llegue a la secundaria y a los estudios superiores; le ayudarán y mejorarán también su vida emocional y sus relaciones interpersonales.

UN NIÑO SEGURO DE SÍ MISMO, CON BUENA AUTOESTIMA ES SIEMPRE UN TRIUNFADOR Y ES TAREA DE LOS PADRES HACER QUE LOS HIJOS SEAN TRIUNFADORES EN SU VIDA, EN SU PROFESIÓN EN SU ACTITUD ANTE EL MUNDO.

## ¿CÓMO APRENDEN LOS NIÑOS?

### **Modelo del Proceso de Información**

Se involucran cuatro procesos:

**1. Entrada:** Constantemente estamos expuestos a un bombardeo de estímulos. Consciente o inconscientemente elegimos prestar atención a alguna cosa y seleccionamos lo más importante de la información. Entonces debemos sostener la atención a dicho estímulo mientras hacemos que entre usando procesos perceptuales: visual, auditivo o táctil.

Los niños con TDA sin hiperactividad e impulsividad no pueden poner atención por lo que el estímulo no entra. Los niños con TDA-H combinado con hiperactividad e impulsividad presentan dificultad en la atención sostenida al estímulo relevante, por lo que aunque presten atención es a un estímulo incorrecto.

**2. Memoria a Corto Plazo:** Una vez que el estímulo entra, procesamos la información en la memoria a corto plazo. Aquí debemos poner atención para prepararla para la memoria a largo plazo. La repetición y el ensayo se utilizan para recordar la información. Debemos concentrarnos un tiempo suficiente para organizar, categorizar o asociar la información con un material aprendido previamente. A los niños con TDA-H con o sin impulsividad se les dificulta encontrar el material relevante para organizarlo de una manera significativa.

**3. Memoria a Largo Plazo:** Una vez que el material está organizado, categorizado y asociado se guarda en la memoria a largo plazo. Para evocar la información debemos pensar en ella. En la manera que el material fue guardado se determina la accesibilidad y utilidad. Cuando la nueva información es introducida, debemos recordar primero el material aprendido en la memoria a corto plazo y posteriormente asociar el nuevo material con el ya guardado para expandir la memoria. Para poder recordar la información la debemos hacer significativa.

**4. Salida:** Además de la dificultad de procesar la información, muchos estudiantes pueden tener dificultad en evocarla. Escribir y deletrear se les dificulta por lo que involucra este proceso. A la mayoría de las personas les es natural escribir mientras escuchan al maestro. A los niños con TDA-H se les dificulta ya que pueden prestar atención a lo que dicen o prestar atención a lo que escriben. *Copiar del pizarrón es definitivamente más fácil para ellos.*

## **EL PROCESO DE ATENCIÓN**

Muchas veces el maestro pide a estudiante que ponga atención, tal vez éste esté prestando atención pero no a lo que debe.

Para prestar atención un estudiante tiene que:

**1. Enfocar:** Poner atención a algo. Es la habilidad de tomar algo, usualmente lo importante y poner atención a eso.

**2. Seleccionar:** Elegir el estímulo correcto para poner atención. El niño con TDA-H presenta dificultad en determinar qué es relevante de la información. Aprenden mucho material, pero no el correcto. O saben decir lo que aprendieron pero no cómo se relaciona entre sí.

**3. Sostener:** Persistencia del esfuerzo. La atención sostenida trata de ¿cuánto tiempo puede estar enfocado en algo el niño? Muchos niños pueden empezar una tarea sin dificultad pero no pueden mantenerlo como atención sostenida.

**4. Resistir Distracciones:** No estar influenciado por estímulos externos o internos. Estos niños pueden estar influenciados por cualquier idea que cruce por su mente o estímulo que entre por sus sentidos.

**5. Cambiar:** La habilidad de cambiar la atención a otra actividad como lo requiera el contexto. ¿Tiene el niño dificultad para dejar una tarea y empezar otra?

Es necesario observar cómo se desarrolla el niño durante una tarea para determinar qué procesos de atención se encuentran comprometidos.

## **FACTORES QUE COMPROMETEN EL APRENDIZAJE**

Dentro de ciertas condiciones ambientales, las dificultades relacionadas con TDA-H tienden ser menos problemáticas. Por ejemplo se ha encontrado que observando a los niños en un ambiente de juego, los niños hiperactivos no distinguen ser más activos que otros niños.

Así también han encontrado que muchos de estos niños tienden a tener menos características que comprometan la conducta cuando el ambiente del salón de clases cambia. Es decir, tener estructura, periodos de trabajo reducidos,

enseñanza individualizada, reforzamientos positivos y un temario más motivante y atractivo para ellos. Las conductas típicas que se piden en un salón de clases por los maestros son: ¡Presta atención!, ¡Piensa antes de actuar!, ¡Termina el trabajo!, ¡Cálmate!, ¡Silencio!, etc. Estas expectativas no resultan para los niños con TDA-H debido a su incapacidad para realizarlas.

Dificultades conductuales ocurren también bajo estas circunstancias:

1. Cuando el trabajo es difícil,
2. Cuando el trabajo necesita un largo periodo de tiempo,
3. Cuando hay poca supervisión directa.

Generalmente se espera que todos los estudiantes hagan el mismo trabajo en el mismo tiempo. Cuando van pasando los años, los estudiantes cambian de un maestro con menores periodos de trabajo a múltiples maestros y mayores periodos de trabajo. En secundaria y preparatoria se espera más independencia por parte del alumno. Y la forma de trabajo cambia y esperan que los estudiantes encuentren la información relevante y como se interrelaciona. Los trabajos escritos aumentan. Los trabajos son más largos y requieren mayor organización. Los niños con TDA-H presentan dificultad al adaptarse a estos requerimientos.

No sólo la estructura y el ambiente interfieren con el rendimiento académico; sino que los niños con TDA-H no procesan la información de una manera eficiente y confiable. No utilizan frecuentemente estrategias de aprendizaje. Por lo que es importante saber cómo se procesa la información.

## **PROCESAMIENTO INEFICIENTE**

Siendo que la mayoría de los estudiantes pueden sobresalir sin aprender estrategias, la mayoría de los niños con TDA-H NO PUEDEN sobrevivir sin ellas.

Los estudiantes con TDA-H cambian de una idea a otra, de pensamiento a pensamiento. Dale tiempo para pensar y procesar.

**Estrategia:** Enséñale al estudiante la información general antes de trabajar en lo específico.

Ejemplo: Leer un resumen antes de leer la novela.

Todos los estímulos tienen el mismo grado de importancia. Intensifica los estímulos hablando más fuerte o suave, usando color o diferente tamaño en dibujos o escritura.

**Estrategia:** Intensifica el estímulo:

- a) Diciéndolo más alto o más suave
- b) Utilizando diferencias en color o tamaño en la escritura o bien usando un marcador fluorescente
- c) Denominar asignaturas a través de colores como rojo para matemáticas, verde para ciencias naturales, etc.
- d) Utilizando dibujos en lugar o además de palabras

Los estudiantes con TDA-H tienen dificultad en recordar conceptos.

**Estrategia:** Haz que los alumnos utilicen técnicas mnémicas o hagan asociaciones. Puedes ayudarle leyéndole el concepto y grabándolo y después permitirle que lo escuche. Utiliza diagramas y cuadros sinópticos para la información que necesita memorizar. Utiliza técnicas mnémicas, mapas mentales de la información y/o escribe en tarjetas lo más importante de la información. La misma información puesta en tarjetas para relacionar con otras. Permíteles trabajar en el suelo o en una manera no tradicional, esto conlleva a dejar una impresión más profunda en sus mentes.

## ***¡IGUAL Y JUSTO NO SON LO MISMO!***

Es importante recordar que los estudiantes con TDA-H necesitan ver y escuchar lo que tienen que realizar. Su procesamiento no es el mismo. Tener un lugar especial para anotar las tareas en el pizarrón en color es muy efectivo y libra a la maestra de estar repitiendo

### **TIPS QUE PUEDEN AYUDAR**

**Mantener Cercanía.** Tener cercanía permite una corrección conductual sin comentarios verbales negativos. Esta es una de las principales características para mantener la atención del niño.

**Lenguaje Corporal.** Una sonrisa, un abrazo, guiñar un ojo, aprobar con la cabeza, etc. pueden hacer mucho por una persona con TDA-H. Utiliza tus expresiones faciales y el contacto visual para aclarar tu objetivo. Los estudiantes tienen a prestar más atención a lo que haces que a lo que dices. Nunca FUERCES a los estudiantes a verte a los ojos mientras tu estas corrigiéndolos. Si es necesario tómate un tiempo. El control del tono de la voz es un medio muy importante para el manejo de niños con TDA-H.

***Calma, Suavidad, Proximidad y Cercanía son mejores!***

### **¿QUÉ ES LO QUE REALMENTE FUNCIONA PARA EL ALUMNO CON TDAH?**

Los alumnos con TDA-H aprenden por ensayo y error. Aprenderán a trabajar para lo siguiente:

1. Para obtener algo (estimulante, activo o novedad)
2. Para escapar de algo (repetido o aburrido)

Los maestros se enfrentan al reto de cómo incorporar mayor actividad y novedad en sus métodos y materiales.

### **1. Recibir y Mantener Atención**

- a. Da instrucciones simples
- b. Permite libertad de movimiento en el salón de clases con un propósito.
- c. Utiliza atención visual atrayente como diagramas, objetos.... y COLORES;
- d. Utiliza una variedad de señas o indicaciones auditivas como una campana, voz baja, aplaudir con un patrón determinado, etc.
- e. Usa marcadores de colores o gises para enfatizar las palabras claves.
- f. Presenta el nuevo material en pequeñas cantidades en un buen ritmo.
- g. Dale retroalimentación positiva en las tareas realizadas.
- h. Utiliza contacto visual directo frecuentemente.
- i. Permite a los alumnos que revisen lo que han hecho y ayuden a otros.
- j. Permite que marquen sus progresos en una tarjeta.
- k. Permite que trabajen con un compañero o amigo a la medida que te sea posible.
- l. Permíteles libertad de expresión cuando sea referente a su trabajo.
- m. Reconoce el tipo de ruido que hacen los alumnos cuando trabajan...ten tu propia forma de llamar su atención para que ellos reconozcan cuando quieres que te escuchen y te presten atención.
- n. Enséñales a escuchar atentamente.
- o. Reduce el trabajo y tareas.
- p. Permíteles trabajar en donde puedan trabajar mejor y en una posición que les ayude a rendir mejor, claro si tiene sentido.
- q. Utiliza cercanía, indicaciones de contacto visual o táctil.

### **2. Manejo del Salón de Clases**

- a. Pon las reglas de la clase en un lugar visual y repítelas de vez en cuando.
- b. Enseña claramente la rutina y estructura al principio del año escolar.
- c. Sé firme, justo y amigable.
- d. Respeta y trata a los alumnos con dignidad.

- e. Planea momentos de transición y prepara a los estudiantes hacia esto u otros cambios que puedan interrumpir tu rutina.
- f. Recuerda que los ESTUDIANTES CON TDA-H NECESITAN REFORZAMIENTO INMEDIATO;
- g. Sé consistente.
- h. Los recordatorios de lo que tienen que hacer pueden incluso estar pegados en el escritorio del alumno.
- i. Plantea señales tuyas que el alumno con TDA-H reconozca para poner atención (contacto visual, tocarte la oreja, puede ser una indicación para que preste atención, etc.)
- j. Permite a los alumnos que lleven un monitoreo de sus conductas usando las tarjetas de indicaciones:

Ejemplo:

tarjeta verde "Estoy trabajando"

tarjeta azul "Ya terminé"

tarjeta roja "Necesito ayuda"

- k. Ten un lugar para los que ya terminaron el trabajo para que tengan la oportunidad de pararse y caminar.
- l. Provee oportunidades a los estudiantes de asumir roles de responsabilidad: líder, maestro, bibliotecario, etc.
- m. Permite a los estudiantes hacer la tarea en la computadora vs tarea escrita

### **3. Involucramiento Activo**

- a. Pregunta a los alumnos que deseen participar y enséñales a preguntar algo del material.
- b. Estructura las actividades para permitir a los alumnos mayores oportunidades de responder.
- c. Permite participación activa.
- d. Usa el Silencio del Maestro: deja a los alumnos hablar más, trabajar en equipo, resolver sus propios problemas.
- e. Utiliza el aprendizaje cooperativo para promover habilidades sociales.



f. Asigna roles y responsabilidades y permite a los niños que se manejen solos hasta donde sea posible.

g. Haz lectura de parejas.

h. Utiliza incentivos para motivar a los alumnos. Los niños con TDA-H se desarrollan mejor cuando están activamente involucrados en un proceso de aprendizaje.

i. Permíteles equivocarse o fallar.

j. Divide la tarea en pequeñas cantidades.

#### **4, Habilidades de Organización**

a. Carpetas, cuadernos de colores y calendarios son recomendables para una buena organización en el salón de clases y en la tarea. Los estudiantes necesitan que los enseñes a organizarse... NO asumas que ya lo saben.

b. Ten una tarjeta de progresos o una manera de marcar la tarea completa.

c. Usa los 5 sentidos sensoriales, así al ayudarlos a que aprendan a organizar sus cosas.... Si se los dices y ellos lo repiten lo escuchan dos veces y es más fácil que lo recuerden; así como escribirlo en el pizarrón. Mientras más canales sensoriales se utilicen para que les llegue la información, más fácil aprenderán.

d. Utiliza calendarios especialmente para la tarea y para trabajos a largo plazo.

e. Divide el trabajo en pequeñas secciones: Por ejemplo: En un trabajo que tengan que entregar se les puede plantear "para el Jueves tienen que avanzar 3 hojas del trabajo, para el Miércoles el 3 hojas más, para el Viernes ya tiene que estar completo".

f. Cuadernos de colores son útiles para que reconozcan más fácil sus materias. Por ejemplo: Matemáticas es el cuaderno rojo.

g. Enséñale a tomar notas de lecturas o materiales que vayan escritos en tres columnas (idea principal, lo que soporta a la idea y preguntas)

h. Es importante que los padres estén al tanto de las técnicas que utilizan en la escuela para que así puedan revisar sus tareas diariamente.

#### **5. Instrucciones Multisensoriales**

- a. Todas las instrucciones deben darse verbal y oralmente.
- b. Ponles ejercicios de música o relajantes.
- c. Permíteles usar la computadora en lugar de escribir siempre sus trabajos.
- d. Utiliza colores y diseños para ayudar a los estudiantes a visualizar los conceptos.
- e. Utiliza papel cuadriculado para ayudar a los alumnos a escribir los números en línea.
- f. Marca las palabras y números en papeles con superficies duras.
- g. Puedes tener áreas donde los alumnos se sienten en el suelo.
- h. Tomate tiempo para cantar o ejercitar a los niños frecuentemente durante el día.
- i. Permíteles a los niños a descubrirse ellos mismos.

## **6. Modifica las Tareas y los Trabajos**

- a. Permite que los alumnos puedan tomar exámenes orales o bien leerle el examen. Así es importante que guardes una muestra del trabajo del niño (cualquier examen, trabajo que refleje las habilidades del niño).
- b. Dales más tiempo en los exámenes.
- c. Utiliza tutores especiales o un alumno de otro salón o año para que le ayude.
- d. Limita la cantidad de tarea. Si no pueden terminar el trabajo en la escuela, tampoco lo terminarán en la casa.
- e. Necesitas marcar prioridades.... ¿Cual es la parte más importante de este trabajo?
- f. Permítele a los alumnos que utilicen ayuda para su aprendizaje como grabadoras, computadoras y chequeo de ortografía, calculadoras, tarjetas de referencia.
- g. Ayuda a los alumnos a crear técnicas mnémicas como mapas mentales y estrategias de visualización.

## **7. Apoyo en Equipo**

- a. Padres, estudiantes y todos los maestros que trabajan con un estudiante en particular deben estar involucrados en el planeamiento de metas.
- b. Mientras más involucrados estén los padres mayor será el éxito que tendrá.
- c. Ten siempre la mente abierta

- d. Se necesita regularmente una junta con los maestros y padres para monitorear el progreso del niño.
- e. Es importante mantener a los padres informados regularmente acerca del progreso de su hijo.
- f. Escucha con tu corazón y oídos lo que los padres y estudiantes te dicen

### **8. Ambiente**

- a. Mantén un calendario diario y prepara a los estudiantes por cambios venideros durante el día
- b. Crea un "ambiente estudiantil amistoso"
- c. Se firme consistentemente, pero amoroso. En ocasiones estos niños son los más difíciles de amar pero son los que más lo necesitan
- d. Se flexible
- e. Mantén un ambiente estructurado permitiendo creatividad
- f. Mantén una distancia psicológica de la conducta disruptiva del niño. No personalices la conducta y recuerda...EL NIÑO NO ES LA CONDUCTA!
- g. Perdona. No siempre pueden controlar lo que hacen y dicen.

¡UTILIZA IDEAS TUYAS!

### ***ESTUDIANTES CON TDAH EN SECUNDARIA***

1. Oportunidades de moverse de clase a clase es benéfico para éstos estudiantes. También necesitan oportunidades de moverse en el salón de clases con algún propósito o un pequeño descanso al menos cada 20 minutos.
2. Los horarios podrían permitir alternativas formas de pensar y trabajar. Por ejemplo, empezar con una clase de manualidades y proseguir con clase de Español, Matemáticas.
3. Una mejor coordinación de esfuerzos de maestros, directores y padres es importante. El trabajo en equipo es crítico para integrar esfuerzos en este nivel.
4. Se sugiere que las tareas sean escritas en una agenda. Así como mostrar las tareas visualmente.

- 5.** Salones especiales de estudio con un equipo que les dé asistencia a los alumnos proveerá un mejor seguimiento de los alumnos.
- 6.** Calificar flexiblemente es importante. Trabajar con padres y estudiantes es ideal para fijar metas y alcanzarlas. Por ejemplo: Marca la respuesta correcta en lugar de la respuesta equivocada.. Es mejor calificar por el número de respuestas correctas en lugar del número total de preguntas. De estos estudiantes no se puede esperar que hagan una tarea de tres horas que a un estudiante regular le tomaría 1 hora.
- 7.** Reduce la duración del día escolar proveyendo “tiempo libre” o orientación vocacional.
- 8.** Los estudiantes con TDA-H se benefician de trabajar con profesionales como internos o aprendices.
- 9.** Clases de Técnicas de Aprendizaje al principio o al final del día ayuda a los alumnos a aprender técnicas organizacionales que son esenciales para ellos....la organización no es su fuerte y requieren mucho entrenamiento para adquirirlo.
- 10.** Un compañero o un miembro del personal educativo que esté puede ayudar a estar al tanto del progreso que han tenido y de sus trabajos. Así como para asegurar que sus tareas estén completadas a tiempo.
- 11.** De igual manera puede ayudar a que asista a la clase correcta a tiempo. Dar créditos extra por que llegue a tiempo a clase es un incentivo.
- 12.** Permitirles usar apuntes de un buen estudiante les puede reducir el estrés de tratar de entender lo que dicen los maestros y además escribirlo en un papel.
- 13.** Permitirles una grabadora en lugar de tomar notas es útil, o bien dar un resumen de los puntos más importantes y así sólo anote los detalles faltantes.

14. Anima a los alumnos a que tengan más eficiencia en el procesamiento de palabras.
15. Puedes ser flexible y dejarles menos tarea.
16. Los maestros y el personal educativo debe tener un compromiso para ayudar a los estudiantes a ser exitosos. Trabajo en equipo, flexibilidad y proveer alternativas lleva a un mejor éxito.
17. A los estudiantes con TDA-H les ayuda que la información que les enseñan sea por todos los niveles sensoriales.....visual, auditivo y quinestesico. Es tres veces más efectivo.
18. Sé creativo, breve y usa una variedad de buenas técnicas de enseñanza.
19. Las transiciones son difíciles.....dales la noticia. Por ejemplo: “en 5 minutos vamos a escuchar lo que tu grupo discutió”.
20. Permítele a los alumnos tomar exámenes orales, o alguna otra forma que le ayude a demostrar lo que el o ella realmente han aprendido.
21. Es importante proveer un servicio interno para ayuda.
22. Promueve que los padres se involucren.

## **DERECHOS PARA LOS NIÑOS CON TDA-H**

1. **AYÚDAME A PONER ATENCIÓN:** Por favor enséñame a través de mi sentido del tacto. Necesito movimiento corporal.
2. **NECESITO SABER QUÉ VIENE DESPUÉS:** Por favor dame un ambiente estructurado donde haya una rutina de la que pueda depender.

- 3. ESPÉRAME, TODAVÍA ESTOY PENSANDO:** Por favor permítame ir a mi propio ritmo. Si estoy apurado, me siento triste y me confundo.
- 4. ME CUESTA TRABAJO, NO LO PUEDO HACER:** Por favor bríndame opciones para solucionar los problemas. Si estoy bloqueado necesito saber el camino.
- 5. ¿ESTÁ CORRECTO? NECESITO SABERLO AHORA:** Por favor dame una retroalimentación positiva y enriquecedora de cómo lo estoy haciendo.
- 6. ¡NO LO OLVIDÉ, NO LO ESCUCHÉ!:** Por favor dame las indicaciones una por una, y pídemme que repita lo que creo que dijiste.
- 7. ¡NO LO SABÍA, NO ESTABA EN MI LUGAR!:** Por favor recuérdame parar, pensar y actuar.
- 8. ¿YA CASI TERMINO?:** Por favor dame periodos cortos de trabajo con metas a corto plazo.
- 9. ¿QUÉ?:** Por favor no digas "Ya te dije eso". Dímelo otra vez, en diferentes palabras. Dame una señal. Dibuja un símbolo.
- 10. ¿YO SÉ, ESTÁ TODO MAL?:** Por favor hazme sentir orgulloso por éxitos parciales. Prémíame por mi esfuerzo personal, no sólo por perfección.
- 11. ¿POR QUÉ SIEMPRE ME GRITAN POR ALGO?:** Por favor fíjate si hago algo bien y felicítame por alguna buena conducta que tenga. Recuérdame mis fortalezas cuando tenga un mal día.

### **El componente de la participación familiar**

La investigación ha demostrado el impacto significativamente negativo que estos síntomas tienen en la vida diaria para muchos de los niños afectados.

La capacidad de mantener la atención y controlar el nivel de las actividades y la conducta impulsiva es una herramienta críticamente importante en la infancia. Debido al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), los niños afectados deben luchar para poner atención, desarrollar y seguir los programas y para estar sentados tranquilos así como también con sus compañeros.

En comparación con otros niños, pierden más las cosas que son necesarias para las tareas y actividades y son olvidadizos en sus actividades cotidianas. Experimentan dificultades para considerar las consecuencias de sus acciones al planificar acciones futuras.

En muchos casos, la mala conducta no es el resultado de una incapacidad de comprender la acción correcta sino que más bien de una incapacidad de ya sea controlar la conducta o de escuchar y seguir las instrucciones. Por lo tanto, en ocasiones, los niños con el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad se comportan bien.

Otras veces en situaciones similares, se comportan mal. Esta conducta discordante no es intencional. Los niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad experimentan dificultad para abstraerse de las distracciones. Tienen dificultades para seleccionar lo que es importante y enfocar su atención a ello, y son fácilmente distraídos por cualquier estímulo.

En muchas situaciones no inician, adhieren o completan las actividades a un nivel similar a sus compañeros de edad. Pueden luchar para enfocarse simultáneamente en dos cosas, tales como la voz del profesor y el pizarrón.

Aunque son capaces de poner atención, parecen necesitar de más motivación y esfuerzo en comparación a otros niños de la misma edad. Con frecuencia los niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad sobrerreaccionan a las situaciones.

Sin embargo, las dificultades para controlar los movimientos corporales suelen observarse en situaciones cuando deben mantenerse quietos durante periodos prolongados.

Tampoco trabajan bien para lograr metas a largo plazo. Incluso en etapas tardías de la infancia, necesitan de recompensas más frecuentes, predecibles y consistentes para permanecer enfocados en la tarea, en comparación a la mayoría de los niños de su edad. Con una comprensión de estos síntomas, rasgos y conductas, hemos desarrollado las siguientes 6 recomendaciones guías para los padres.

Estas guías comienzan enfatizando la importancia de la comprensión de que los niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad interactúan con su mundo -y ofrecerles a los padres una forma de ver el mundo a través de los ojos de sus niños-, ayudándoles a vivir vidas felices, exitosas y realizadas.

#### **Recomendación UNO: Educación.**

Estar informado acerca del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad es el primer paso que debe seguir un padre / madre para lograr una intervención exitosa. Debido al importante número de informaciones erróneas que circulan acerca del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, es importante que los padres y los cuidadores cuenten con la información correcta. Esta información le ayudara a transformarse en un eficaz y eficiente defensor de su niño.

Es importante entender las razones por las cuales su hijo esta agitado y el impacto que el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad tiene sobre su conducta diaria rendimiento escolar, las relaciones con los amigos y la familia. Afortunadamente, existen numerosos textos, cintas de video y audio disponibles para ayudarle en este proceso.

#### **Recomendación DOS: Distinguir entre la mala conducta voluntaria a involuntaria.**

Es importante que usted comprenda la diferencia entre estos dos tipos de



conductas. La mala conducta voluntaria es intencional y causa problemas cuando los niños deciden no comportarse de acuerdo a lo que se les ha pedido. La mala conducta involuntaria causa problemas que resultan del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad que tiene su niño.

Recuerde, el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad es un desorden en el cual los problemas son accidentales. Su niño no desea voluntariamente crear estos problemas y la capacidad que usted tenga para aceptar y reconocer este hecho le ayudará a tener expectativas realistas con respecto a la conducta de su niño. Esto no es decir que la mala conducta involuntaria debería ser ignorada.

La mala conducta involuntaria, que es un resultado del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, requiere de educación y un buen manejo.

### **Recomendación TRES: Entregar apoyo positivo.**

El hecho de ofrecer apoyo positivo es la forma más eficiente para determinar si la mala conducta de su niño es un resultado del Trastorno por Déficit Atencional, o si voluntariamente se está oponiendo a lo que Usted le ha indicado. El castigo y la recompensa pueden ser eficaces para modificar la mala conducta que es intencional.

Sin embargo, no son tan efectivos en la modificación de los problemas que resultan del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Desafortunadamente, la respuesta de la mayoría de los padres a los problemas del niño se expresa mediante órdenes negativas (por ejemplo: ¡deja de hacer eso!).

Su meta es entregarle a su niño una orden positiva diciéndole lo que debería hacer en vez de no hacer lo que está haciendo.

Esta es la mejor manera para manejar la mala conducta involuntaria que resulta del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Si el niño/niña está

presentando una conducta indeseable, dígame lo que usted espera que haga en vez de meramente señalar la conducta incorrecta.

El énfasis debe estar en lo que se debe hacer -en vez de en lo que hay que dejar de hacer-. Esto ayudará a que el niño entienda las metas y necesidades que usted está expresando.

Esto también le permite a usted asegurarse que este no es un problema conductual involuntario. Si usted le dice al niño lo que debe hacer y su respuesta es claramente negativa, pasiva o resistente, es posible que esta mala conducta esté dentro del control de su niño.

Por otro lado, si obedece sus instrucciones durante un tiempo, pero después el problema surge nuevamente, existen fuertes posibilidades que este problema sea un resultado del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Recuerde, no castigue a su niño por factores que están más allá de su control.

Si su niño/niña de seis años de edad no puede leer, la solución es enseñarle a leer. Si es incapaz de comportarse en forma adecuada debido al Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, la solución es reestructurar sus expectativas, darle órdenes positivas y entregar apoyo. Si usted es paciente y persistente, observará una mejoría en la conducta de su niño/niña.

#### **Recomendación CUATRO: Hacer que su vida sea interesante y que las recompensas sean valiosas.**

Todo el mundo se desempeña mejor cuando las tareas son interesantes. Esto parece ser especialmente cierto en el caso de los niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

Los niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad suelen, debido a su mala conducta, recibir menos halagos o recompensas al día que otros niños. De manera que es importante que usted haga un esfuerzo para mantener un cierto equilibrio.

Se deben entregar recompensas sociales tales como halagos, y las recompensas tangibles tales como los acuerdos o privilegios cuando su niño/niña ha cumplido o ha tenido éxito en alguna tarea. Su niño/niña debe recibir el mismo enfoque balanceado con respecto a las recompensas que cualquier otro niño/niña. Los castigos pueden ser una intervención eficaz para la mala conducta voluntaria.

Sin embargo, los castigos solamente deberán ser usados cuando usted esté seguro que el problema no es un resultado del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Si el problema resulta del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, funciona bien un programa de refuerzos, durante el cual su niño recibe recompensas valiosas por la buena conducta, las cuales se pueden perder si se comporta mal.

Cualquier sistema de recompensas que usted implemente debería utilizar este modelo. Cuando los niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad trabajan para mantener lo que han ganado, le ponen más empeño.

Su doctor se referirá a este tipo de refuerzo como costo de respuesta. Muchos de los recursos que se han mencionado pueden explicarle cómo implementar este tipo de sistema de recompensas.

### **Recomendación CINCO: Planificación.**

Los niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad pueden crear significativa tensión a nivel familiar.

Los síntomas de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad crean conflicto con los hermanos, elevan el riesgo de discusiones maritales y frecuentemente terminan en que el niño con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad se transforma en un "problema familiar".

El hecho de aceptar que los síntomas del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad le dificultan a su niño/niña el funcionar adecuadamente en casa o

en los sitios públicos le ayuda a planificar mejor las actividades cotidianas y los eventos especiales.

Si usted sabe que él/ella es incapaz de mantener una situación o evento específico, es mejor planificarlo con tiempo, o en algunos casos sencillamente evitar realizarlos. La planificación con tiempo es su mejor aliado al tratar de reducir el impacto negativo y las consecuencias ocasionadas por los síntomas del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

Esto incluye planificar cuidadosamente las vacaciones familiares y otras salidas, así como también la comunicación eficaz con los profesores, personal escolar y otros miembros de la comunidad.

### **RECOMENDACIÓN SEIS: Cuidarse usted y cuidar a su niño.**

Los niños con el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad están en mayor riesgo de transformarse en adultos con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad y experimentar un número significativamente superior de problemas en su vida futura que otros tipos de personas.

Si usted desea que su niño/niña con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad tenga una vida feliz y exitosa debe seguir ciertos pasos. Su comprensión, empatía y herramientas para el manejo conductual son claves para el éxito de hoy y para pavimentar la ruta para que su niño/niña tengan una vida adulta exitosa.

Dado que es el representante de su niño/niña con sus profesores y otros adultos de la comunidad, es importante que usted esté emocionalmente y físicamente sano. Si usted está experimentando problemas emocionales y físicos, necesita buscar ayuda y seguir el tratamiento.

Usted debe aceptar el impacto que su niño pueda tener sobre la familia y manejar los síntomas del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad y los problemas que ocasiona de una manera positiva y preventiva.

No debe permitirse sentirse frustrado, enojado o negativo. Su capacidad para sentirse orgulloso de su niño/niña, de ser paciente y persistente, y de entregar un ancla emocional para su niño/niña es un poderoso elemento de predicción para su futuro éxito en la vida. Es esencial que construya y nutra su relación con su niño/niña.

Debido a las exigencias que esto implica para usted, en ocasiones esta relación puede ser algo tirante, de manera que es importante que programe tiempo extra para usted con el objeto de mantener la perspectiva y una relación positiva con su niño/niña. Encuentre alguna actividad que ambos disfruten y realícenla en conjunto con tanta frecuencia como sea posible, al menos una o dos veces a la semana.

## **CAPITULO 6:**

### **PROPUESTA DE OPERATIVIDAD PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

#### **Ejecución del programa**

##### **Horarios**

No suele ser sencillo imponer horarios fijos a personas con tanta movilidad, sin embargo es necesario que aprendan a llevar una rutina que los hará sentirse seguros, es por esto que recomiendo constancia en el tratamiento, lo que no suele ser sencillo debido a la variedad de especialistas que hay que visitar, por lo que opino que sería bueno contar con una junta semanal o mensual con el fin de analizar los casos y su evolución.

#### **Personal**

**Tratamiento del TDAH consiste en** proporcionar una atención:

- Psicosocial:
  - Comunitario y familiar (continuo y proactivo)
  - Tres niveles de prevención y atención.
  - Derechos Humanos.
- Interdisciplinario (científico, eficaz):
  - Líder (padres).
  - Médicos (Médico general, Pediatra, Psiquiatra, Neurólogo, etc.).
  - Psicólogos.
  - Maestros, etc.
- Multimodal:
  - Terapias Psicológicas.
  - Terapias Farmacológicas.
  - Terapias Rehabilitatorias.

- Etc.
- Multisistémico:
  - Persona.
  - Familia.
  - Escuela.

## **a) Neurológico y psiquiátrico**

### **Farmacoterapia del TDAH**

Debido a la etiología bio-química y fisiológica del TDAH, será indispensable , en un tratamiento interdisciplinario, la consulta de especialistas en esta área, ya que ellos serán quienes elaboren un diagnóstico claro, midiendo el nivel en el que el cerebro funcione de manera distinta y buscarán (en caso de ser necesario) el fármaco especializado que mayor favorezca al desarrollo del niño.

En especial se recurre a la utilización de psicoestimulantes. Esta no puede suplir la consulta ni el diálogo con los médicos neurólogos y psiquiatras especializados en TDAH. Los tratamientos fisiológicos de base farmacológica son efectivos en grado diverso, dependiendo del tipo de drogas que se utilicen. Los psicoestimulantes tienen una efectividad del 75% al 90% y esta variación depende más de los efectos colaterales que de la efectividad misma de los fármacos. El TDAH en cualquiera de sus tipologías, en la medida en que produzca un perjuicio mediano o severo en las áreas cognitivas, emocionales y/o sociales debería ser medicado, según el criterio científico prevaleciente. El manejo de las medicaciones es seguro pero complejo y debe estar en manos de especialistas en el tratamiento de los niños con TDAH. <sup>1</sup>

El efecto sobre los procesos cognitivos y el rendimiento escolar de los estimulantes en pacientes con TDAH es un campo de investigación

---

<sup>1</sup> SCANDAR O. RUBÉN. “El niño que no podía dejar de portarse mal” Editorial DISTAL, Buenos Aires 2000.

afortunadamente muy bien cubierto desde sus inicios, en 1937. El metilfenidato, en los últimos cuarenta años es la droga más utilizada y estudiada, aunque sus efectos son similares a los restantes. Los hallazgos a lo largo del tiempo muestran claramente una mejoría en:

La capacidad atencional. Produce un mejoramiento del perfil de atención del niño, medido desde el punto de vista de la distractibilidad como desde la perspectiva de las tareas de vigilancia.

La capacidad de la denominada memoria de corto plazo se ve beneficiada directamente por los fenómenos puntualizados en el punto anterior y en el siguiente.

La psicomotricidad en general; siendo mejor estudiado el cambio de desempeño en las actividades de psicomotricidad fina: habilidades gráficas, en el dibujo y en la escritura.

Mejoramiento del rendimiento matemático en el área de cálculos y en la resolución de problemas.

Mejoramiento en el desempeño de los tests generales de inteligencia, en especial aquellos que miden el razonamiento no verbal

Mejoramiento en el comportamiento lector, en la comprensión lectora y disminución de errores ortográficos.

Con respecto a la temática del Rendimiento Académico los estudios muestran que los niños con TDAH mejoran con el uso de estimulantes en el corto plazo, en especial si el tratamiento se mantiene a largo plazo . Sin embargo el mejoramiento de las funciones neurofisiológicas no va a producir un desarrollo totalmente automático de habilidades largamente deficitarias en el niño, por lo cual un buen número de niños deberán recibir además terapias cognitivas y comportamentales con la finalidad de obtener mejorías en el campo de las estrategias cognitivas, en la resolución de problemas, en el control del enojo y la frustración.

**Efectos de los estimulantes sobre el comportamiento, el humor y la emotividad de los pacientes con TDAH**



En la esfera comportamental, del humor y la emotividad de los pacientes con TDAH se han verificado mejoras en:

La capacidad del niño para permanecer tranquilo: disminución de niveles de actividad motora, en especial en situaciones estructuradas. El control de los impulsos, la tolerancia a la frustración y disminución de la agresividad y las explosiones de rabia y furia.

a. disminución de accidentes y conflictos debidos a su comportamiento "atolondrado" y b. mejor integración social debido a la disminución de la inhabilidad deportiva que muchos de estos niños presentan.

El comportamiento en la escuela y en la casa, desde la perspectiva de una mejor obediencia y seguimiento del comportamiento reglado.

Disminución del comportamiento antisocial. La interacción social y la relación con sus pares.

En el humor, mejorando su estabilidad y eventualmente, mejorando el estado de ánimo si prevalecían síntomas depresivos. Los psicoestimulantes, no deben producir estados eufóricos en los niños con TDAH, por el contrario, "un número de investigaciones han hallado cambios negativos en el humor y la emotividad en reacción al tratamiento con estimulantes". En estos casos se ha tratado de efectos no deseados. Obviamente, es posible que produzcan euforia en niños sin TDAH.

2

## **b) Psicológico:**

Un artículo de la revista BBC en Argentina<sup>3</sup> afirma que la investigación afirma que fármacos como Ritalin y Concerta, no funcionan mejor que una psicoterapia después de tres años de tratamiento. Además, los científicos creen que el uso a largo plazo de estos fármacos podría atrofiar el crecimiento de los niños.

El estudio, dado a conocer en el programa Panorama de la BBC, fue llevado a cabo por científicos en Estados Unidos quienes mantuvieron un registro del tratamiento de 600 niños desde la década de los años 90 en ese país.

---

<sup>2</sup> SCANDAR O. RUBÉN. "El niño que no podía dejar de portarse mal" Editorial DISTAL, Buenos Aires 2000.

<sup>10</sup> NAVAS, María Elena, Reportaje: "TDAH: medicinas no son efectivas" BBC Ciencia. Argentina. 12 Noviembre 2007

Según los investigadores, los beneficios de estos medicamentos fueron "exagerados" en el pasado. "En Argentina estamos a favor de combinar los medicamentos con la psicoterapia", dijo a BBC Ciencia la doctora Alexia Rattazzi, psiquiatra infantil del Instituto argentino de Neurología Cognitiva.

### **Terapias psicológicas sugeridas:**

La TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL es un tratamiento que ayuda a la gente a realizar cambios concretos y observables en sus vidas. Se enfoca en la manera en que los pensamientos y las actitudes de las personas afectan sus sentimientos y comportamiento. La premisa es que algunas personas desarrollan percepciones negativas y distorsionadas de sí mismos que interfieren con su desempeño cotidiano. Esto puede conducir a depresión y ansiedad, así como la desidia tan recurrente en los adultos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. La terapia cognitivo conductual ayuda a los pacientes a examinar las creencias que los detienen y a aprender estrategias para contrarrestarlas. <sup>4</sup>

Ayuda a los padres: mediante cursos de formación, conferencias, grupos de trabajo....

Asesoramiento a profesores: mediante información del TDAH y/o cursos de formación.

Cursos para el niño/a adolescente de habilidades sociales.

### **Psicólogos y Padres**

Para los padres nunca es fácil enterarse de que su hijo sufre algún problema en su desarrollo. Las reacciones ante esta situación suelen ser parecidas; angustia, culpa, desconcierto, miedo, depresión. Lo mismo ocurre con las parejas cuyos hijos sufren TDAH. No saben qué hacer; creen haberlo intentado todo y no

---

<sup>4</sup> Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados.

encuentran una solución; sienten que son los únicos que tienen un problema en casa.

Los sentimientos ante el diagnóstico son muchos, pero detrás de ellos se esconde el miedo a una ruptura de las expectativas y valores familiares. Esto puede dar lugar a conductas paternas ansiosas o agresivas que pueden ser muy perjudiciales para el niño.

Por esta razón, es importante que los padres que se enfrenten a un diagnóstico de **TDHA** conozcan la cadena de reacciones que este trastorno puede generar sobre ellos. De esta forma se sentirán menos solos y podrán reflexionar sobre las causas y consecuencias de su comportamiento. Además, les será más fácil aliviar su ansiedad y encauzar sus esfuerzos hacia la búsqueda de la mejor forma de educar y comportarse con su hijo.

Las reacciones comunes a un diagnóstico suelen ser las siguientes:

### ***Desconcierto***

- Se da en aquellos padres con niños muy pequeños cuyos síntomas son controlables en el ámbito familiar. Por esta razón, no pueden comprender que el niño tenga problemas en el colegio

### ***Negación***

- “Esto no le puede estar pasando a mi hijo, a mi familia”. La negación surge de la mano del miedo a que su hijo sea rechazado por compañeros y profesores. En estos casos, negar los síntomas de **TDHA** no protege al niño del rechazo social, solo le impide recibir ayuda adecuada.
- Por otra parte, algunas parejas no se sienten capaces de afrontar un trastorno crónico y tienden a responsabilizar a profesores, parientes o incluso a sí mismos por los problemas del niño. La negación puede rápidamente convertirse en ansiedad, pena, ira u hostilidad. Estos

sentimientos suelen dirigirse al personal médico involucrado en el diagnóstico del niño. El enfado puede además afectar a la comunicación en la pareja.

### ***Enfado***

- Tiene que ver con la frustración ante la sospecha (errónea) de que el niño podría superar su problema si se esforzara lo suficiente. Por otra parte, el padre siente rabia hacia sí mismo, por sentir que le ha fallado a su hijo. Detrás del enojo se esconden sentimientos de desamparo, desesperanza y frustración.
- ***Culpa***
- De entre todas las preguntas que podrían llegar a surgir ante un diagnóstico de **TDAH**, la pregunta más angustiante es: “Es culpa mía que mi hijo sufra este trastorno?”. Dudas sobre descuidos durante el embarazo, y sobre la educación que le han proporcionado al niño; dudas acerca de su alimentación o posibles traumatismos que éste haya podido sufrir. En estos momentos, surgen preguntas acerca de cualquier hecho que haya podido generar un **TDAH** en su hijo.

### ***Miedo***

- Esta sensación surge ante el desconocimiento del **TDAH** y suele paralizar a algunos padres. Al ser éste un trastorno poco conocido, los padres se preguntan qué sucederá con su hijo a los cinco, veinte, treinta años.
- Además tienen miedo de que el problema de su niño sea peor de lo que posiblemente pudiera ser. Surge el miedo al rechazo de la sociedad, a cómo los hermanos o incluso ellos mismos podrían ser afectados, preguntas sobre si otros miembros de la familia, o incluso ellos mismos podrían sufrir **TDAH**, preocupaciones acerca de si el niño tendrá amigos, si llegará a tener pareja, si podrá ir a la universidad o sabrá ganarse la vida.

## ***Rechazo***

- El rechazo puede estar dirigido hacia el niño, hacia el personal médico, o hacia otros miembros de la familia. En aquellos padres con depresión profunda, una de las formas más serias de rechazo es un “deseo de muerte” para el niño, que les genera a su vez una enorme sensación de culpa. La sacudida de sus expectativas hace que a muchos de los padres les cueste aceptar al niño como una persona de valor en desarrollo.

Por otra parte, si uno de los padres del niño también tiene **TDAH** (dado su carácter genético), el hijo se vuelve un recordatorio doloroso de las dificultades experimentadas por él mismo años atrás, y que aún no ha sido capaz de resolver.

## ***Impotencia y desamparo***

- Estos sentimientos surgen ante la imposibilidad de cambiar lo que le sucede al niño. En estos casos los padres se verán obligados a depender de especialistas y profesores. Esto puede resultarles particularmente difícil, ya que a la mayoría les gusta sentir la sensación de que pueden proteger a su familia ante cualquier peligro. Y en estos casos se ven obligados a dar información íntima y a depositar su confianza en desconocidos.

## ***Desilusión***

- Ante la posibilidad de que su niño no sea perfecto. Los padres deberán tener mucho cuidado a la hora de enfrentarse a este sentimiento. Su frustración puede llevarlos a no aceptar al niño tal como es y a exigirle cosas que él no puede hacer, lo que generará en él sentimientos de hostilidad y resentimiento.

## ***Alivio***

- Algunos padres sienten un verdadero alivio al enterarse del diagnóstico. Al ser el **TDAH** un trastorno de carácter genético, se sienten menos culpables

e incompetentes en lo relativo a la educación de su hijo. Además, la identificación del trastorno los hace conscientes de la posibilidad de recibir ayuda.

### ***Compensación***

- Los padres tratan de compensar los “fallos” del niño organizando sus actividades, estudiando por ellos o contactando con sus amigos; una actitud exageradamente sobreprotectora que impide que el niño madure. Esta actitud tiene que ver con la ansiedad de los padres ante un trastorno que desconocen, y que perciben más grave de lo que es. A su vez, los padres pueden responsabilizarse en exceso del futuro de sus hijos.

### ***Aceptación con respuesta poco eficaz***

Los padres reconocen el problema del niño, pero no pueden organizarse para ayudarlo; se olvidan, aplican medidas educativas de forma inconstante o tardan mucho en contactar con el especialista. Todo esto hace que la situación con su hijo llegue a un punto insostenible y deteriora su relación con él.

### **d) Psicopedagógico y escolar:**

El tratamiento no cura pero favorece una mejor adaptación social, académica, familiar y personal, y aborda los problemas y/o trastornos asociados con la intención de evitar que se compliquen.

Para los niños con TDA-H, el lograr el éxito académico es a menudo especialmente difícil. De hecho, un gran número de estudios documentan que el

bajo rendimiento académico es una de las consecuencias más frecuentes de este trastorno.

Existe una gran variedad de razones por las cuales esto puede suceder. Primero, los métodos de instrucción tradicionales durante la escuela primaria pueden no ser favorables para fomentar el aprendizaje en muchos estudiantes con TDA-H.

Segundo, hay un porcentaje importante de niños con TDA-H que tienen algunas incapacidades específicas de aprendizaje; la presencia de una incapacidad en esta área puede hacer todavía más difícil para un niño adquirir las habilidades académicas básicas para lograr el éxito en la escuela.

Aún cuando no estén presentes algunas dificultades específicas de aprendizaje, los problemas para atender dentro del salón de clases pueden interferir con la adquisición de habilidades académicas y con el conocimiento. Esto se ha demostrado claramente en un gran número de estudios publicados, y podemos imaginar fácilmente que una criatura que lucha con la atención en clase fallará en dominar estas habilidades así como a los compañeros, aún cuando el niño sea igualmente capaz intelectualmente. Como resultado esta criatura estará menos preparada para tener éxito en grados subsecuentes y podría empezar una espiral descendente.

Una propuesta razonable para prevenir que esto ocurra sería identificar a los niños con dificultades de atención durante el primer grado y proporcionarles ayuda extra de manera que puedan adquirir habilidades críticas necesarias para lograr el éxito académico. Por ejemplo, ya que los problemas de atención pueden interferir para dominar sus habilidades de lectura temprana, probablemente las tutorías especializadas les ayudarían a aprender cosas que de otra forma se perderían y en consecuencia se les estarían proporcionando bases para obtener un éxito académico más sólido.

## **Medio**

### **Consideraciones ambientales**

Mientras que es importante tratar a cada alumno como un individuo y diseñar intervenciones para cada reto específico de conducta, la investigación ha identificado diferentes estrategias que son potencialmente efectivas. Las estrategias específicas que promueven el éxito entre los alumnos con TDAH, incluyen los siguientes elementos:

### **Programa de enseñanza**

#### **Estrategias para maestros**

El trastorno de déficit de la atención (TDAH), que afecta entre un 3 a un 7% de la población, es uno de los más comunes entre los desórdenes de conducta en la infancia. Asociados con síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, existen una gran variedad de conductas disruptivas en el salón de clases (como gritar, levantarse de la silla, interrumpir las actividades, etc.). En consecuencia, no es para sorprender que estos niños, frecuentemente, requieran de intervenciones de conducta.

Las expectativas para el uso de las intervenciones de conducta con estudiantes que presentan TDAH se han generado por la Sección 504 del Acta Vocacional y de Rehabilitación de 1973 y del Acta de Educación de Individuos con Incapacidades de 1997 (IDEA, por sus siglas en inglés). La Sección 504 se ha utilizado para solicitar el desarrollo de enmiendas en los planes generales de educación. Estos planes se diseñan para asegurar que los estudiantes con TDAH sean provistos de una educación gratuita y apropiada. Entre las recomendaciones hechas para estos planes están una gran variedad de intervenciones en la clase (que incluye planes de intervención conductual), con un especial énfasis en



modificaciones ambientales. De manera similar, la reautorización de IDEA, con sus requerimientos sobre la evaluación de conductas funcionales, ha incrementado la frecuencia con la que las intervenciones conductuales basadas en las conductas dentro del salón de clases son consideradas para estos estudiantes.

## **SINOPSIS DE LA PROBLEMATICA ESCOLAR DEL NIÑO CON TDAH**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad afecta a un 3-5% de los niños en edad escolar y la escuela es, fuera del hogar, el contexto en el que más dificultades evidenciarán estos niños debido a la estructura de las instituciones educativas. La tríada diagnóstica de inatención, impulsividad e hiperactividad produce una serie de desajustes:

*"(...), porque estos niños a menudo tienen problemas para mantener la atención en el curso de tareas que requieren un esfuerzo significativo y para completar sus trabajos independientes en el salón de clase. Su desempeño en el salón de clase puede comprometerse por falta de atención a las instrucciones que posibilitan la ejecución de las actividades. Son otros posibles problemas asociados con la inatención la pobre ejecución en test; deficientes habilidades de estudio, cuadernos, escritorios y entregas escritas desorganizados y falta de atención a la exposición del docente y/o discusiones grupales."*

*"Los niños con TDAH a menudo perturban las actividades en el salón de clase y de esta manera perjudican el aprendizaje de sus compañeros. Por ejemplo, la impulsividad de ellos puede exhibirse de formas variadas, incluyendo frecuentes expresiones en voz alta y sin autorización, hablando a sus compañeros en momentos inapropiados, enojándose cuando deben enfrentar reprimendas o tareas frustrantes. La precisión en las tareas, tanto en el aula como en el hogar, también puede ser dañada debido a un estilo impulsivo y descuidado de abordar estas tareas."*

*"Problemas relacionados con la sobreactividad pueden evidenciarse al dejar los niños sus asientos sin permiso, jugar con objetos inapropiados (por ejemplo, materiales en escritorio no relacionados con la tarea en ejecución), golpeteo con manos o pies y moverse o bambolearse en el asiento" (G. DuPaul & G. Stoner, 1994)*

Además de los problemas directamente vinculados con aquel grupo de síntomas primarios, aparecen dificultades de otro tipo aunque con frecuencia estadística algo menor :

*"la escuela comienza demasiado a menudo con un fracaso... y desde allí (el niño con TDAH) continúa cuesta a abajo" (R. Reeve, 1994).*

Por ello, sabemos que un niño con TDAH y de igual capacidad intelectual que otro niño tiene más posibilidades de fracasar en la escuela ya que es usual verificar un rendimiento académico crónicamente por debajo de sus posibilidades. (G. Weiss y col., 1971 y R. A. Barkley, 1998). Si evaluamos el desempeño a la edad de 17 años, es probable que el ahora adolescente con TDAH ya haya perdido un año escolar, o que un 35% haya dejado la escuela.

Además se ha verificado que a la edad de 11 años, el 80% de los niños con TDAH tienen un retraso de 2 años en el aprendizaje de habilidades relacionadas con la lectura, la escritura, la ortografía, el cálculo y la resolución de problemas matemáticos; a pesar de que la presencia de auténticos trastornos de aprendizaje abarca, según el grado de estrictez de la definición que tomemos, los siguientes porcentajes: dislexia entre el 8% y el 38%, discalculia entre el 12% y el 30% y Disortografías entre el 12 y el 27% (P. J. Frick, y col., 1991).

*No solamente los síntomas principales y secundarios son responsables de este cuadro dramático. Aunque se acepta que el niño con TDAH tiene un déficit*

*inhibitorio que le impide adaptarse, parcialmente, a los requerimientos de la escuela tradicional en cuanto al nivel de atención, autocontrol (R. A. Barkley, 1997) y de seguimiento de las reglas que conducen al desarrollo de una capacidad creciente de trabajar en forma organizada y autónoma (R. Reeve, 1994 y S. Goldstein & M. Goldstein, 1992) también es cierto que casi todos los especialistas coinciden en aceptar que gran parte de las dificultades emergen por un desajuste entre el niño y el contexto institucional (A. Pelligrini, A., & M. Horvat. 1995). Sería muy apropiado que el docente, además de conocer las características neurocomportamentales del TDAH, identifique la forma en que el niño entra en conflicto con el sistema escolar: será sumamente provechoso pensar en términos de desajuste social y no solamente en términos biológicos (R. Rossi, & A. Montgomery, 1994).*

Por lo tanto, modificaciones programadas del ambiente escolar pueden ser extremadamente valiosas (N. Legters y col., 1994). En tal sentido, se ha pensado el Modelo de Estrategias Preferenciales.

## MODELO DE ESTRATEGIAS PREFERENCIALES:

### **Pequeños acomodamientos**

Las intervenciones están destinadas a que el ambiente educativo y el currículo realicen simples acomodamientos. Estos "movimientos" conducen a cambios significativos en el comportamiento cognitivo y conductual del niño.

## **Sistematicidad**

Estos pequeños acomodamientos sólo obtienen tal eficacia si se integran dentro de un plan de trabajo sostenido en el tiempo y con objetivos definidos operacionalmente.

### **Necesidades básicas que el maestro debe satisfacer.**

Muchas de las habilidades y características siguientes son requerimientos básicos para cualquier docente y en cualquier circunstancia, aquí se presentan las áreas que es necesario tomar en cuenta para el plan:

#### **1. AREA COGNITIVA**

- Finalidad de las intervenciones cognitivas : Aumentar el autocontrol, reflexividad y reducir la impulsividad

- Terapias cognitivas :

##### **(1) Entrenamiento en autocontrol (Meichenbaum, 1971)**

- Procedimiento : Modelado de habla externa instruccional, imitación gradual encubierta desde habla abierta a subvocal y refuerzo
- Técnicas : Modelado, Entrenamiento en Auto instrucciones, Resolución de problemas y uso contingente del refuerzo

##### **(2) Terapia de control cognitivo (Santostéfano, 1990)**

.Procedimiento: Uso del juego para ajustar las velocidades con las que el niño mueve sus cuerpos en función de referentes externos y temporales (regulación del tempo del yo corporal)

.Técnicas : Al niño con orientación externa (hiperactivo ligado a estímulos externos) se le propone el juego "moviéndole de prisa y despacio ". Al niño con orientación interna (hiperactivo ligado a la fantasía) se le propone el mismo juego pero pidiéndole que genere una fantasía que se vá acoplando a los movimientos.

## **2. AREA AFECTIVA**

.Finalidad de las intervenciones afectivas: Aumentar la autoestima del niño y facilitar que aprenda a expresar sus emociones de un modo adecuado

.Terapia cognitiva para la hiperactividad socioafectiva (Darrás, 1994) :

-En un formato grupal de niños se entrenan ,mediante juegos, a los niños hiperactivos socioafectivos a identificar y expresar distintas emociones

-En un formato de terapia individual y/o familiar se le enseña a los padres/ niño a reforzar diferencialmente sus experiencias de logro, a no ser críticos con las debilidades y a facilitar su autoestima

## **3. AREA SOMATICA**

.Finalidad de las intervenciones somáticas : reducir la sintomatología hiperactiva y los síntomas afectivos que presentan los familiares

**(1) Tratamiento psicofarmacológico** : El 75% de los niños suelen responder adecuadamente de su hiperactividad con diversos fármacos, siendo los más efectivos los siguientes :

-Psicoestimulantes : Metilfenidato, Dextroanfetamina y Pemolina

-Antidepresivos tricíclicos (Nortriptilina)

-Otros fármacos aún en estudio : Clonidina, Bupropión, Carbamazepina y Litio

En general, los psicoestimulantes son los fármacos más empleados hasta el momento. Sin embargo, presentan una serie de efectos secundarios que hay que manejar y controlar: la disminución del apetito, la dificultad para conciliar el sueño, la somnolencia diurna, la conducta retraída , la hiperactividad de rebote , síntomas depresivos y desarrollo de tics.

**(2) Terapia dietética:** Se han empleado diversas dietas con un resultado incierto y poco contrastado. Una de ellas es la dieta de Fenagol (baja en silicatos y colorantes)

**(3) Terapia psicofarmacológica para trastornos paternos** (antidepresivos en padres con síntomas importantes de corte afectivo)

#### **4. AREA INTERPERSONAL :**

. Finalidad de la terapia interpersonal: Manejo de conflictos familiares o conyugales y diseño educativo del niño

**(1) Estructuración ambiental de la estimulación:** Se intenta organizar el hogar y el ambiente de la clase reduciendo y estructurando la cantidad de estímulos disponibles (Ej. la cantidad de juguetes y mobiliario)

**(2) Orientación y apoyo a los padres:** Los padres a menudo están estresados y desesperados por el trastorno. Se les orienta sobre en qué consiste la hiperactividad y se les guía en cómo manejar determinadas conductas mediante habilidades basadas en la teoría del aprendizaje cognitivo-conductual (ejemplo: refuerzo, extinción, etc.). Se puede conformar grupos de padres de niños hiperactivos con la anterior finalidad

**(3) Terapia familiar :** Si se advierten problemas conyugales o familiares importantes que se relacionan directa o indirectamente con la hiperactividad, la terapia familiar o de pareja puede estar indicada.

**(4) Educación especial :** El equipo psicopedagógico con los profesores diseñan programas generales e individualizados para el niño hiperactivo en ambiente escolar a fin de normalizar su aprendizaje y adquirir nuevas habilidades .Por lo general el programa requiere una evaluación previa del nivel de aprendizaje del niño, su funcionamiento cognitivo y conductual y la interacción en clase.

## **5. AREA CONDUCTUAL**

.Finalidad del tratamiento conductual: Reducir las conductas disruptivas (desafiantes, agresivas e impulsivas) y aumentar la conducta atencional

.Técnicas: Reforzamiento contingente a la conducta adecuada y extinción, coste de respuestas o tiempo fuera con las conductas inadecuadas . Es deseable que los padres y profesores actúen de coterapeutas. También estas intervenciones suelen formar parte de un programa que conlleva también el empleo de técnicas cognitivas (ver área cognitiva)

.El planteamiento cognitivo conductual de la hiperactividad constitucional conlleva un programa basado en : (Darras, 1994)

- (1) Psicofármacos
- (2) Técnicas operantes de refuerzo y extinción de conductas
- (3) Entrenamiento en relajación
- (4) Entrenamiento en psicomotricidad
- (5) Entrenamiento cognitivo en autocontrol
- (6) Participación de profesores y padres en el programa

## **ESTRATEGIAS PARA EL APROVECHAMIENTO ESCOLAR**

### **DURACIÓN DE LA TAREA**

Para adecuarse a los cortos períodos de atención, las tareas académicas deberán ser breves y recompensadas inmediatamente. Los proyectos más largos deberán ser fragmentados para manejarlos de una forma cómoda. Los límites cortos de tiempo para terminar las tareas deberán estar bien especificados y ser reforzados con cronómetros.

## **INSTRUCCIÓN DIRECTA**

La atención en la tarea mejora cuando el alumno con TDAH está comprometido con el liderazgo del profesor, comparando con las actividades que se realizan de manera independiente, sentados en la banca. Además, aprender a tomar notas aumenta los beneficios de la instrucción directa. La comprensión y la conducta en la tarea, mejoran con el desarrollo de estas habilidades.

## **OBSERVACIÓN DIRECTA DEL TUTOR**

Una observación directa del tutor durante la clase provee muchas de las variables instruccionales reconocidas como importantes en el logro del éxito de los alumnos con TDAH. Por ejemplo, provee de retroalimentación frecuente e inmediata. Cuando se combina con economía de fichas, la tutoría personalizada ha dado resultados altamente satisfactorios.

## **CALENDARIZACIÓN**

Basados en la evidencia de que la conducta durante la realización de las tareas empeoran progresivamente a lo largo del día, se sugiere que la instrucción académica se realice en la mañana. Durante la tarde, cuando las destrezas de resolución son especialmente pobres, deberán programarse actividades de mayor actividad y de tipo no académico.

## **NOVEDAD**

La presentación de materiales novedosos, interesantes y altamente motivacionales mejorará la atención. Por ejemplo, aumentar la novedad e interés de las actividades a través de un aumento de la estimulación (por ejemplo, a través del color, la forma, la textura, etc.) reduce el nivel de actividad, aumenta la atención y mejora el desempeño general.



## **ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN**

Las clases deberán estar estructuradas cuidadosamente y los puntos más importantes deben ser identificados claramente. Por ejemplo, solicitar un resumen de una lectura es una herramienta útil que mejora la memoria y la obtención de las ideas centrales. Los alumnos con TDAH muestran mejoras en la memoria cuando el material está estructurado para ellos de manera más significativa.

## **REGLAS PARA RECORDAR Y GUÍAS VISUALES**

Las reglas dadas a los alumnos con TDAH deberán estar bien definidas, ser específicas y reforzarse frecuentemente a través de modos de presentación visibles. Las reglas bien definidas con consecuencias claras son esenciales. Confiar en que los alumnos memorizarán las reglas no es suficiente. Los recordatorios visuales o claves deberán estar puestos por todo el salón. También es útil revisar las reglas antes de cambiar de actividad o de ir a recreo. Por ejemplo, los sistemas de economía de fichas son especialmente efectivos cuando las reglas para este programa se revisan diariamente.

## **GUÍAS AUDITIVAS**

Proporcionar guías auditivas que favorezcan la conducta adecuada dentro del salón de clases es una estrategia útil para los alumnos con TDAH. Por ejemplo, el uso de una cinta con tonos puesta a intervalos irregulares para recordar a los alumnos revisar su conducta de elaboración de tareas se ha encontrado útil en la producción de aritmética.

## **ESTABLECIMIENTO DE TIEMPOS DE TRABAJO**

Cuando sea posible, es útil permitir a los alumnos con TDAH establecer sus propios ritmos de trabajo para completar las tareas. La intensidad de la problemática de conducta del TDAH es menor cuando el trabajo se ha autorregulado en tiempo de entrega, en comparación con situaciones donde los tiempos de entrega los establecen otros.

## **INSTRUCCIONES**

Debido a que los alumnos con TDAH tienen dificultades para seguir instrucciones múltiples o complejas, es importante que éstas sean cortas, específicas y directas. Lo que es más, para asegurar que han entendido, es útil que a estos alumnos se les pida que repitan las instrucciones en sus propias palabras. De manera adicional, los maestros deben estar preparados para repetir frecuentemente las preguntas y reconocer que los alumnos no han prestado la suficiente atención a lo que se explicó.

## **MOVIMIENTO FÍSICO PRODUCTIVO**

Los alumnos con TDAH pueden tener dificultades para permanecer sentados. Debido a esto, el movimiento productivo deberá planearse. Es apropiado permitir al alumno con TDAH oportunidades para moverse controladamente. Por ejemplo, un viaje a la oficina, sacar punta al lápiz, llevar una nota a otro profesor, regar las plantas, alimentar a las mascotas de la clase o simplemente pararse junto al escritorio después de completar una tarea. La alternancia entre las actividades a realizar sentado y otras en las que se permite el movimiento es esencial. También es importante tener en mente que algunos días será más difícil para el alumno mantenerse sentado que otros. Así, los profesores necesitan ser más flexibles y modificar las demandas de acuerdo con la situación.

## **ENVOLVIMIENTO ACTIVO CONTRA ENVOLVIMIENTO PASIVO**

En el mismo orden de ideas de proveer movimiento físico productivo, las tareas que requieren respuestas activas (contra las pasivas) pueden ayudar a los alumnos con TDAH a convertir las conductas disruptivas en respuestas constructivas.

## **DISTRACCIONES**

Generalmente, la investigación no ha apoyado la eficacia de la eliminación completa de todos los estímulos irrelevantes dentro del ambiente del alumno.

Como sea, estos estudiantes tienen dificultades en poner atención al inicio de una actividad. Por esto es importante que los trabajos alternativos a la tarea y que resultan atractivos se minimicen. Por ejemplo, los centros de actividad, los móviles, los acuarios y los terrarios no deben estar dentro del campo visual del alumno.

## **ANTICIPACIÓN**

El conocimiento del TDAH y sus síntomas primarios es útil para anticiparse a ciertas situaciones. Es importante tener en mente que algunas situaciones serán más difíciles que otras. Por ejemplo, las tareas de resolución de problemas que requieren de un gran esfuerzo suelen ser problemáticas. Estas situaciones deben anticiparse para hacer los ajustes necesarios. Cuando se presenta una tarea que el profesor sospecha que rebasará la capacidad de atención del alumno, es apropiado reducir el tamaño de la tarea y hacer énfasis en la calidad de ésta, en vez de la cantidad.

### **Manejo de la contingencia:**

#### **ALENTANDO EL COMPORTAMIENTO ADECUADO**

Aunque los cambios ambientales dentro del salón de clases pueden ayudar a reducir las conductas problemáticas y los problemas de aprendizaje, son insuficientes solos. Así, las contingencias necesitan estar disponibles para reforzar las conductas apropiadas o deseadas y para desalentar las conductas inapropiadas o indeseables.

#### **REFORZAMIENTO EXTERNO**

Primero, es importante considerar que las contingencias o consecuencias usadas con estos alumnos deben ser dadas de inmediato y más frecuentemente que lo que se acostumbra en otros alumnos. Además los reforzadores utilizados necesitan ser más poderosos y de una magnitud mayor que lo requerido por los alumnos sin TDAH. Los alumnos con este trastorno requieren de la obtención de

criterios externos para tener éxito y necesitan un pago por mantener este desempeño. El apoyo con recompensas intangibles puede no ser suficiente.

Mientras que las prácticas corrientes hacen énfasis en el uso de reforzadores positivos, se ha sugerido el uso de ambos tipos, el positivo y el negativo para que el trabajo con niños que tienen TDAH sea efectivo. Antes de incluir los reforzadores negativos, deben desarrollarse incentivos apropiados y ricos para reforzar la conducta deseada. Es esencial ofrecer mucho aliento, elogios y retroalimentación porque estos chicos se desalientan con facilidad. Cuando se administran refuerzos negativos, deben ofrecerse en una forma que no avergüence o minimice a los alumnos. Además, es importante considerar que los premios usados con estos alumnos pierden su efecto de refuerzo rápidamente y deben ser cambiados o rotados con frecuencia.

### **ECONOMÍA DE FICHAS**

Estos sistemas proveen estrategias conductuales para mejorar el desempeño tanto académico como conductual de los estudiantes con TDAH. Normalmente, estos programas contemplan que a los estudiantes se les den fichas (por ejemplo, cartas de póquer) cuando muestran una conducta apropiada. Estas fichas son cambiadas después por premios tangibles o privilegios en tiempos específicos.

### **PROGRAMAS DE RESPUESTA-TIEMPO**

Estos programas ofrecen refuerzos negativos medios cuando se muestra una conducta negativa. Por ejemplo, un alumno puede perder puntos ganados o privilegios cuando rompe las reglas previamente establecidas. Existe evidencia de que estos programas disminuyen los síntomas del TDAH como la impulsividad. Se ha encontrado que un programa efectivo costo-respuesta consta de darles a los estudiantes un número específico de puntos al principio del día. Cuando se rompe una regla (cuando se presenta un problema de conducta), se retiran puntos. Así, para mantener los puntos, los alumnos deberán evitar romper las reglas. Al final del período o día, los alumnos están autorizados a cambiar los puntos que

ganaron por premios tangibles o privilegios. Aunque estos procedimientos son efectivos con los alumnos que padecen TDAH, se recomienda que sean usados sólo con los que presentan las conductas más disruptivas de la clase y sólo cuando el personal ha sido cuidadosamente entrenado.

## **TIEMPO FUERA**

Sacar al alumno de donde se encuentra el estímulo positivo, o darle un tiempo fuera, normalmente implica sacar al alumno de las actividades dentro del salón de clases. El tiempo fuera puede ser efectivo para reducir acciones agresivas y disruptivas dentro del aula, particularmente cuando estas conductas se utilizan para llamar la atención. El tiempo fuera no es útil cuando el problema de conducta resulta del deseo de un alumno de evitar la tarea escolar. El área de tiempo fuera deberá ser un ambiente neutro y el alumno será puesto en éste por un período corto de tiempo. La terminación del tiempo fuera se basa en un límite de tiempo predeterminado (y breve) y la aparición de una conducta adecuada de parte del alumno. Al final del tiempo fuera, se favorecerá una pequeña discusión entre el alumno y el profesor sobre lo que estuvo mal y la manera de prevenir este problema en el futuro. Como en el caso de los programas respuesta-costo, en tanto que estos procedimientos son útiles con niños que sufren TDAH, se recomienda que sólo sean utilizados con los casos más disruptivos de las conductas en el salón de clases y siempre que se tenga personal bien entrenado.

**Ingreso, evaluación inicial y evaluación final**  
**HISTORIA CLINICA MULTIMODAL**

Nombre:                      Edad:                      Fecha:  
Domicilio:  
Telefono:                      N°Clinica:

**1. MOTIVO DE CONSULTA:**

**2. FACTORES DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL:**

**3. ANTECEDENTES PERSONALES:**

- 3.1. Estado somático actual y pasado. Hábitos de salud y dieta
- 3.2. Antecedentes de trastornos psíquicos

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES :**

- 4.1. Composición familiar :Sexo, Edad, Parentesco, Profesión
- 4.2. Trastornos somáticos actuales y pasados relevantes
- 4.3. Antecedentes actuales y pasados de trastornos psíquicos

**5. VALORACION DEL SOPORTE SOCIO-FAMILIARES :**

- 5.1. Reacción y/o apoyo familiar al trastorno actual
- 5.2. Calidad y cantidad de relaciones sociales
- 5.3. Problemas y satisfacción conyugal o de pareja
- 5.4. Problemas y satisfacción laboral-estudios

## **6. OTRAS OBSERVACIONES :**

## **8. DIAGNOSTICO INICIAL**

-Eje I (Trastorno identificado: por ejemplo depresión, anorexia nerviosa. etc.)

-Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad. Carácter. Por ejemplo: obsesivo, histriónico, etc.

-Eje III (Trastornos somáticos identificados. Por ejemplo :hernia discal)

-Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico. Por ejemplo: Graves problemas de relación conyugal y situación de despido laboral vivida depresivamente)

-Eje V (Grado de adaptación psicosocial. Por ejemplo: Bien adaptado socialmente con amigos y presencia de problemas con compañeros de trabajo)

## **1 . Evaluación general -Escala/Fichas Primarias:**

Fecha:

Nombre del niño/a:

Edad:

Nombre de los padres:

Domicilio:                      Teléfono:  
Curso escolar actual:      Centro escolar:  
Nombre del tutor/a:

### **1. MOTIVO DE CONSULTA**

- Descripción del problema por los adultos consultantes
- Preguntarle al niño si sabe por qué le traen hasta aquí

### **2 .IDENTIFICACION DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA**

- ¿Cuándo comenzó este problema?
- ¿A qué lo atribuyen los familiares y el mismo niño?
- ¿Como ha ido evolucionando?
- ¿Como han intentado solucionarlo cada familiar?

### **3.ANTECEDENTES PERSONALES**

- Estado somático del niño actual y enfermedades pasadas relevantes
- Otros problemas emocionales anteriores del niño
- Hábitos de salud: comida, sueño, esfínteres ,ejercicio...Problemas
- Datos de embarazo y parto
- Desarrollo psicomotor (primeros pasos, promesas palabras..)
- Desarrollo intelectual (nivel de lenguaje y conocimientos)
- Desarrollo socio afectivo (relaciones con otros niños y adultos)

### **4. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

- Composición familiar: componentes, parentesco, edades y profesión
- Antecedentes somáticos actuales y pasados
- Antecedentes psíquicos actuales y pasados
- Problemas socioeconómicos
- Problemas familiares y conyugales

### **5.PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIARES**



**Nota :** Permite ampliar la información anterior. Tiene sub áreas para los familiares y el niño. A menudo, excepto en casos de grave retraso en el desarrollo, es deseable la entrevista conjunta niño-adultos, y si es posible con el niño a solas después. Es importante explicar al niño que tiene derecho a la confidencialidad de sus datos respecto a los adultos (ejemplo: los padres); e informar a los padres previamente de ello.

### 5.1. Área cognitiva:

#### -Padres:

- .Como describen el carácter del niño, su manera de ser
- .Con qué padre le identifican más (¿a quien se le parece más?)
- .A qué causa atribuyen los problemas cada padre
- .Que normas exigen cumplir al niño ( estudios, aseo..)
- .Cuales considera cada padre, que son las mayores virtudes y defectos de su hijo/a
- .Preguntar si tienen proyectos sobre su hijo en el futuro
- .Preguntar sobre si le observan algún retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar
- .Preguntar si el niño refiere preocupaciones-temores y de qué tipo

#### -Niño/a:

- .Preguntarle que nos diga que tipo de niño/a es, que nos diga como es su manera de ser
- .Proyectos del niño: ¿Que te gustaría ser de mayor?.¿Que edad te gustaría tener?  
¿Que clase de cosas te gusta soñar o imaginar ?
- .Sexualidad: ¿Si volvieras a nacer te gustaría ser niño o niña..?.¿Puedes explicarme en que se diferencia un niño de una niña ?
- .Contar algún sueño o pesadilla
- .Dibujar un niño y pedirle que nos cuente-invente una historia sobre él/ella

### 5.2. Área afectiva:

-Padres:

.Que cosas han observado que le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza al niño/a

.Como expresan su alegría y disgusto al niño (alabanzas, regalos, actividades conjuntas, etc.)

-Niño/a:

.Pedirle que nos cuente que cosas le dan mas miedo, alegría, enfado y tristeza

.Pedirle que nos haga un dibujo sobre los sentimientos ("dibuja un niño que está alegre, triste, asustado o enfadado ") y cuéntame que le pasa, como se siente

### 5.3.Área somática:

-Padres:

.Problemas de salud actuales del niño y tratamiento en curso

.Pedirles que nos describan si hay problemas de sueño, alimentación o control esfinterial.

-Niño/a:

.Pedirle que nos diga si padece molestias o dolores corporales y a qué los achaca

.Preguntarle si tiene problemas de sueño, comida o esfínteres

.Pedirle un dibujo sobre la enfermedad y que se invente una historia al respecto

### 5.4.Área interpersonal:

-Padres:

.Problemas familiares, conyugales, laborales y económicos

.Como se relaciona el niño con cada padre, y hermanos, otros familiares cercanos, amigos y profesores.

.Con quién se lleva peor y mejor. ¿Que sucede en eso?

-Niño/a:

.Pedirle que nos hable de su familia, padres, hermanos...

.¿Que te gustaría que cambiara de (cada padre, hermano...)?

.¿Tienes amigos/as? ¿Como se llaman? ¿Que te gusta hacer con ellos?

- .¿Cuales son tus juegos preferidos? ¿Juegas con tus padres, hermanos...?
- .¿Celebran tus cumpleaños? ¿Como? ¿Quienes participan?
- .Pedirle que dibuje a su familia y cuente una historia sobre ella. Después lo mismo con un amigo y el colegio.

#### 5.5.Área conductual:

##### -Padres:

- .Qué conductas agradan mas y menos a los padres de su hijo/a y como actúan ante las mismas (castigos y premios)
- .Actividades, juegos y personas preferidas del niño, según cada padre

##### -Niño/a:

- .Colegio: Pedirle que nos diga que le gusta/disgusta mas del colegio y que asignaturas se le dan mejor/peor; así como se lleva o le parece su profesores
- .Pedirle que nos cuente que actividades ,juegos y personas se los pasa mejor
- .Pedirle que nos diga cuales personajes de los dibujos, cuentos, y tele son sus preferidos y que les gusta de ellos
- .Como y con quién celebra su santo y cumpleaños y si se lo pasa bien
- .Posibilidad de si tenemos juguetes a mano pedirle al niño que seleccione los que desee y se invente una historia con ellos y nos la cuente (preguntarle por los personajes, que ocurre, que siente y piensa cada uno, y como terminará la historia).

## **EVALUACIÓN INTERMEDIA Y FINAL**

En este caso es recomendable hacer una entrevista con preguntas abiertas que sea grabada y mas tarde transcrita, esta deberá aplicarse al paciente y mas tarde a sus padres o responsable, así mismo se compartirá con los especialistas los resultados que se obtengan para lograr compatibilidad entre todos.

#### 1.Área cognitiva:

- Preocupaciones más frecuentes y molestas

- Conciencia y modelo de enfermedad del paciente-familia
- Ideación suicida. Actitud ante la vida. Ganas de vivir y razones de ello
- Trastornos del pensamiento y de otras actividades mentales (alucinaciones, delirios..)
- Autovaloración personal: Aspectos mas positivos y negativos de si-mismo
- Satisfacción con la imagen/aspecto corporal
- Sueños y fantasías más frecuentes (agradables y desagradables)
- Expectativas de tratamiento (a qué causa atribuye su malestar y cual cree que es la intervención a desarrollar y el papel que le corresponde en la misma

## .2.Área afectiva:

- Estado de ánimo actual más frecuente
- Principales temores actuales
- Principales desencadenantes de ira actuales
- Situaciones, actividades y personas con las que se siente más tranquilo y más alterado
- Como suele expresar sus emociones más intensas (amor, ira..) y a quién

## 3.Área somática

- Preocupaciones respecto al funcionamiento físico
- Medicamentos consumidos durante los últimos seis meses
- Problemas de hábitos de salud: Ejercicio, dieta, peso, tabaco, alcohol y otras drogas
- Enfermedades actuales: diagnósticos y tratamientos en curso
- Sensaciones y molestias corporales
- Satisfacción y problemas sexuales

## 4.Área interpersonal:

- Relaciones, problemas y satisfacción laboral/estudios
- Relaciones familiares: problemas y apoyos de quién-como

- Relaciones de pareja: problemas y áreas de satisfacción
- Relaciones sociales: cantidad/calidad de amistades
- Relaciones con servicios de apoyo (servicios sociales, médicos..)

#### 5. Área conductual:

- Como afronta sus dificultades motivo de consulta: Que hace y evita al respecto
- Hábitos que desearía aumentar o disminuir
- Actividades más gratificantes-reforzantes y desagradables-aversivas, actualmente

Al finalizar con la entrevista deberá elaborarse un reporte que indique el resumen de lo hablado en la entrevista así como las actitudes y comentarios adicionales y finalmente la opinión del aplicador.

## CONCLUSIONES

A pesar de que los estudiantes con TDAH tienen una gran variedad de problemas comunes, conforman un grupo bastante heterogéneo. En lugar de enfocarnos en los síntomas del TDAH por sí mismos, la intervención conductual deberá ser primeramente dirigida al problema específico de conducta. Después, una alternativa apropiada de conducta, incompatible con el problema de conducta, deberá ser seleccionada. Es importante mantener ambas conductas en mente. No sólo es importante identificar a los estudiantes por sus conductas inaceptables (las que no queremos que realicen), sino también es esencial dejar clara cuál es la conducta aceptable (la que queremos que realicen). Estas conductas deberán ser cuidadosamente definidas de modo que el profesor sea capaz de supervisarlas.

También es importante asegurar que el plan de la intervención conductual está basado en un análisis cuidadoso y funcional de las conductas. Los antecedentes y las consecuencias del problema y las conductas que reemplazarán a las anteriores, necesitan ser estudiados. Los antecedentes se utilizarán para sugerir cambios ambientales que establecerán el éxito o fracaso del alumno. El análisis de las consecuencias, por el otro lado, ayudará a identificar las contingencias ambientales que pueden reforzar ambas conductas, las deseables y las indeseables. El funcionamiento del problema conductual deberá servir como guía para los planes de intervención. Por ejemplo, si la conducta se mantiene por reforzamiento negativo, (que le permita evitar una tarea académica no deseada), *la intervención deberá asegurar que este objetivo no se obtenga por el problema de conducta*. Al mismo tiempo, la intervención deberá enseñar al alumno que si desarrolla la conducta deseable tendrá un desempeño deseable más efectivo.

Los alumnos con TDAH deben alcanzar las metas de aprendizaje establecidas pero para ello es necesario realizar ciertos movimientos de acomodación entre sus capacidades y los requerimientos curriculares establecidos ya que no habiendo déficit intelectual, deben ser educados en clases regulares.

No existe intervención alguna (o un grupo de ellas) que mejore el funcionamiento dentro del salón de clases de todos los alumnos con este trastorno. Así, se sugiere que las modificaciones dentro del aula se adapten para las necesidades únicas de conducta de cada alumno. Para desarrollar estas intervenciones tal vez lo mejor sea empezar por examinar cómo el ambiente dentro del aula podría cambiar para aumentar la probabilidad de éxito para cada estudiante con TDAH. El siguiente paso es considerar la implementación de un sistema de administración de contingencias diseñado para ofrecer incentivos externos para conductas adecuadas dentro del salón. Para hacer esto es importante recordar que los programas de soporte conductual deben ser aplicados de manera consistente. Lo que es más, es esencial evitar un uso excesivo de estímulos negativos (como regaños y tiempos fuera) para evitar el uso de estándares irreales que limiten severamente las oportunidades de éxito. En otras palabras, es esencial que los alumnos sean reforzados frecuentemente por lo que queremos que hagan, más que sólo castigados por lo que no queremos que hagan.

### **Integración y actividad**

La metodología es integradora en la medida en que procura mantener al niño en el contexto de clases regulares y favoreciendo la creación de encuentros, sociedades y consensos entre docentes, padres y alumnos. Los docentes deben tener un rol activo en la detección de problemas y en la organización, ejecución y evaluación de las soluciones.

### **Abordaje en equipo**

La realización de todas estas tareas debe hacerse a través de equipos de trabajo. Cada área importante y problemática de la actividad escolar debería estar cubierta por un equipo de trabajo. Estos equipos formados por docentes, psicólogos y/o asistentes educativos (si los hubiera) son muy útiles.

### **Interviniendo con rapidéz**

La mayoría de las dificultades que motivan que un niño con TDAH sea enviado a la consulta psicológica o pedagógica, por ejemplo, cuando tiene 8 ó 9 años ya estaban claramente presentes a los 5 ó 6 años. Esta dilación daña la relación del niño con la escuela, con el aprendizaje mismo, con sus pares y con su autoestima.



## BIBLIOGRAFIA

ALANIS VILLALON, ROXANA. Guía Multimodal de 2º orden de la hiperactividad. Asociación Mexicana para el Déficit de Atención con Hiperactividad. México, 2000.

ABEL, D. Teacher Handbook. Estados Unidos. Editorial Callister. Año 2000.

ARMSTRONG, T. (2001). Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Estrategias en el aula. Paidós.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (A.M.A.) Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV), 2003.

BARKLEY RA, ANASTOPOULOS AD Y COL(1991). Adolescents with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning and treatment utilization. Journal of The American of Child and Adolescent Psychiatry, 30:752-761.

BROWN, T. (2000). Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children,

Adolescents and Adults. Estados Unidos: American Psychiatric Press, Inc.

BURNS ,D. DAVID. Feeling Good: The New Mood Therapy (rev ed); Avon, 1999:  
**ISBN 0380810336**

CANTWELL D.P. Attention déficit disorder,a review of the past 10 years. J. Acad Child Adolescet Psychiatry, 1996; pp. 95, 978-987.

CLASIFICADOR DE ENFERMEDADES MENTALES. OMS (Organización Mundial de la Salud) CIE 10.

CHADD. (2000). 12th Annual CHADD International Conference. Estados Unidos:  
CHADD

DECLARACIÓN RESUMEN DE LA CONFERENCIA DE CONSENSO SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD, Instituto Nacional de Salud Mental, Noviembre 17-18 1998, Washington, DC, USA.

DUPAUL, G.J., & STONER, G. (2003) ... 27. DUPAUL, G.J., & ECKERT, T.L. (1997) Tratamiento conductual para los niños y adolescentes con TDA/H (WWK 7 versión corta)

DUPAUL, GEORGE & STONER, G. "ADHD in the Schools. Assessment and Intervention Strategies" ... Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención. E.u. 2006.

FLOWER, M. (1995). Educators Manual. (2º Ed.) Estados Unidos: CHADD.

FRANK Y. Y BEN-NUN, Y. "Toward a clinical subgrouping of hyperactive and non hyperactive attention deficit disorder. Results of a comprehensive neurological and neuropsychological assessment. *AJDC*, pp.153-155.

G. DUPAUL & G. STONER Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastornos de aprendizaje. Edit. MUNDOGAR. Bilbao, España. 1994

GARCÍA NIETO Y YUSTE. EI ADL-MAE Hernanz (primero y segundo educación general básica). Editorial ICCE.

GARCÍA PÉREZ, E.M. Y MAGAZ, A. Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad. Guía para Padres y Profesionales Edit. GRUPO ALBOR-COHS. Año de Publicación: 2003. España.

GOLDSTEIN S Y GOLDSTEIN M (1998) Managing Attention Deficit Disorder in Children-Second Edition, New York, N .Y; Wiley Intersciences Press. Biederman J, Newcom J y Sprich S (1991). Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.

JAMES P. JR. MCCULLOUGH, Treatment for Chronic Depression : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) Guilford Press; (August 27, 2003) [ISBN 1572309652](#)

LAZAROUS, ARNOLD. "Live case consultation" [psychotherapy.net](#) E.U. 2006.

LEE, CARROLL Y TOBER, JAN. "Los niños Indigo" Editorial Obelisco, México 2003. pp.40

MARKOWITZ, J., DEVANE, C. (2000). The Ritalin Handbook. What Every Parent and Patient Should

MÁXIM, G. "Los muy jóvenes, guía para los niños desde la infancia hasta la edad temprana" Wadsworth, Belmont, CA, 1980, pag. 22

MEICHENBAUM. Entrenamiento en autocontrol. Edit. DIANA. México, 1971.

MIRANDA, A. Y SANTAMARÍA, M. (1986), Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación. Valencia: Promolibro.

N. LEGTERS Y COL., Programa de Estrategias Preferenciales. Asociación mexicana por el Déficit de Atención con Hiperactividad y trastornos asociados. México, 1994.

ORJALES, I. (1999), Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores. CEPE.

ORJALES, I (2000). Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. CEPE.

ORJALES, I. Y POLAINO-LORENTE, A. (2001), Programas de Intervención Cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. CEPE.

POLAINO, A.; AVILA, C.; CABANYES, J.; GARCÍA VILLAMISAR, D.; ORJALES, I. Y MORENO, C . (1997). Manual de Hiperactividad Infantil. Unión Editorial. México.

P. J. FRICK, Y COL, Proyecto TDAH, Dimensiones del problema. Hospital J. N. Navarro, México. 1991.

RABINER, MALONE, Et. Al. Diario de la Psicología del Niño Anormal (*Journal of Abnormal Child Psychology*) E.U. 2004.

RABINER, DAVID L.; COIE, JOHN D.; MILLER-JOHNSON, SHARI; BOYKIN, ANNE-SYLVIE M.; LOCHMAN, JOHN E. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, v13 n3 p131-140 Fall 2005 Journal Articles; Reports – Evaluative. 2005.

RIEF, S. (1999). Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del niños con TDA/TDAH. Paidós.

*RUBÉN O. SCANDAR ( Director de Docencia e Investigación), Programa de Estrategias Preferenciales. México, 2002.*

SAMEROFF, A. "Longitudinal studies of preterm infants: a review of chapters 17-290" S. Friedman yM. Sigman (Dirs.), Preterm birth and psychological development, Academic Press, Nueva York, 1981 pag. 392.

SANTOSTÉFANO. Terapia de control cognitivo(2 edición), Argentina, 1990.

SATTERFIELD, J. AND CANTWELL, D., 1974. **CNS function and response to methylphenidate in hyperactive children. psychopharmacology bulletin 10, pp. 36–37 ...**

SCANDAR, RUBEN O. PSICOLOGIA INFANTIL Editorial: DISTAL. ISBN:978-987-502-195-2. Argentina.

SROYER C. Y ZENTALL,S.S. Effects of rate, nonrelevant information, and repetition on the listening comprehension of hyperactive children. The journal of Special Education.pp 20, 231-239.

### **BIBLIOGRAFÍA PRUEBAS PSICOLOGICAS**

La batería pedagógica no, 3 . de Fernández Pozar (BP-3). Castellano en el ciclo medio. Editorial TEA.

Las pruebas psicopedagógicas de aprendizajes instrumentales de Canals. Contiene pruebas del primero al quinto grado de educación general básica. Editorial Onda.

SOCRATES: Protocolo de Evaluación de Variables Moduladoras del éxito-fracaso escolar

LEyBE: Programas Genéricos para el dominio de la lectura y la escritura grupo albor-cohs. 2008. Madrid, España.

### **BIBLIOGRAFÍA INTERNET**

EL RINCÓN DEL TDAH @myblog.es

[www.feaadah.org/default.cfm?id\\_seccion=1390&id\\_c=3](http://www.feaadah.org/default.cfm?id_seccion=1390&id_c=3) -

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178198000729>

<http://www.deficitdeatencion.org/m01.htm>

[www.tdah.org.ar/popup\\_15.html](http://www.tdah.org.ar/popup_15.html)

[www.tdah.org.ar/popup](http://www.tdah.org.ar/popup)

[Mundogar: En el colegio - Ficha - El Síndrome de Déficit ...](#)

[www.mundogar.com/ideas/ficha.asp?FN=4&ID=14359](http://www.mundogar.com/ideas/ficha.asp?FN=4&ID=14359)

[Tratamiento psicosocial de niños y adolescentes con TDA/H \(WWK7\)](#)

[www.help4adhd.org/es/treatment/behavioral/WWK7](http://www.help4adhd.org/es/treatment/behavioral/WWK7)

[www.monografias.com/trabajos25/hiperactividad/hiperactividad.shtml](http://www.monografias.com/trabajos25/hiperactividad/hiperactividad.shtml) - 130k

DUPAUL, G.J. & STONER, G. [Focus on Education](#)

. ADHD in the Schools (2nd ed .) E.U. 2003.

[www.help4adhd.org/documents/Spanish Aug 04.pdf](http://www.help4adhd.org/documents/Spanish_Aug_04.pdf)