

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS ORIENTADAS A NIÑOS Y NIÑAS DE 4 A 7 AÑOS
QUE PRESENTAN TDAH EN EL AULA.

INTEGRANTES DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

Gloria Patricia Cuchimba Jojoa.
Andrea Marcela Ramírez López.
Astrid Johanna Sosa Garzón.

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN DE PREESCOLAR SEMIPRESENCIAL
BOGOTÁ D.C
2008

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS ORIENTADAS A NIÑOS Y NIÑAS DE 4 A 7 AÑOS
QUE PRESENTAN TDAH EN EL AULA.

INTEGRANTES DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN:
Gloria Patricia Cuchimba Jojoa.
Andrea Marcela Ramírez López.
Astrid Johanna Sosa Garzón.

TESIS

SOLANGEL MANTERON
Directora de investigación.

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN DE PREESCOLAR SEMIPRESENCIAL
BOGOTÁ D.C
2008

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, D.C. Octubre de 2008

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su agradecimiento a:

Dra. SOLANGEL MANTERON asesora de la investigación, quien con tan excelente calidad ha dirigido, orientado, hecho seguimiento y acompañamiento exhaustivo y de rigor a todo el proceso llevado a cabo hasta el momento en el ejercicio de Asesoría de Investigación a lo largo de la carrera, además le agradecemos el apoyo brindado gracias a su gran conocimiento en el tema.

A la Dra. MARTHA PATRICIA, psicóloga Del CED DON BOSCO III, quien por medio de su gestión nos permitió ingresar al centro educativo para poder trabajar con los niños y los docentes de los grados 0 a 1.

A la Dra. MARÍA HELENA GARCÍA, Rectora del IED AGUSTÍN FERNÁNDEZ quien con su generosidad nos permitió ingresar a la institución para llevar a cabo nuestra investigación.

Al Rector del CED EL CODITO, quien nos permitió muy amablemente ingresar a sus instalaciones a realizar nuestra investigación.

A los docentes vinculados a cada una de las instituciones investigadas quienes con su espíritu de servicio y amor por los niños están apoyando el proyecto.

A los padres de familia quienes con mucha dedicación y empeño nos brindaron información importante de cada uno de sus hijos.

A las UNIVERSIDADES Y BIBLIOTECAS que manejan información acerca de la primera infancia.

Al MEN y a la SED (Ministerio de Educación Nacional y Secretaria de Educación) quienes nos brindaron información estadística acerca del tema investigado.

A todos y cada uno de ellos muchas gracias de todo corazón, les deseamos que Dios les continúe iluminando y acompañando en el desarrollo de la misión más importante que Dios nos ha encomendado la educación de nuestros niños/as los cuales son el futura de esta sociedad.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. OBJETIVOS	12
1.1 GENERAL	12
1.2 ESPECÍFICOS	12
2. JUSTIFICACIÓN.	13
3. MARCO DE REFERENCIA.	14
3.1 ESTADO DE CONTEXTUALIZACIÓN.	14
3.2 CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS.	16
4 MARCO LEGAL	19
4.1 Resolución 2565 de Octubre 24 de 2003	19
5. MARCO TEÓRICO.	22
5.1. ASPECTOS HISTÓRICOS.	22
5.2 EPIDEMOLOGÍA.	23
5.3 PREVALENCIA	25
5.3.1 Prevalencia en situaciones especiales.	25
5.3.2 ¿A Cuántos niños Afecta el Trastorno?	25
5.3.3 Diferencias por Sexo.	26
5.4 ¿QUÉ ES EL TDAH?	27
5.4.1 La Hiperactividad como desorden de la Atención.	29
5.5 ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS	32
5.5.1 ETIOLOGÍA	32
5.5.1.1 Aspectos Genéticos.	32
5.5.1.2 Aspectos Neurobiológicos.	33
5.5.1.3 Aspectos Médicos.	34
5.6 FISIOPATOLOGÍA.	35
5.6.1 Estudios Neuro-psicológicos.	35

5.6.2	Estudios Neurofisiológicos.	36
5.6.3	Estudios Neuroquímicos.	36
5.6.4	Estudios Neurorradiológicos-Neurometabólicos.	36
5.7	CLÍNICA DESDE LA PSICOLOGÍA	37
5.7.1	CONDUCTUAL.	37
5.7.1.1	Subtipos: disatencional, Impulsivo y Combinado.	38
5.7.2	El Funcionamiento Cognitivo en el TDAH.	39
5.7.3	El Desarrollo Emocional en el TDAH.	41
5.7.4	Sintomas Depresivos.	44
5.8	DIAGNÓSTICO DEL TDAH.	45
5.8.1	Diagnóstico Médico. Diagnóstico Diferencial.	45
5.8.2	Historia Clínica.	47
5.8.3	Valoraciones Comportamentales Adicionales.	48
5.8.4	Valoración Psicológica.	49
5.8.5	Diagnóstico Etiológico.	49
5.8.6	Diagnóstico Diferencial.	51
5.9	TRATAMIENTO PARA EL TDAH.	54
5.9.1	Tratamiento Farmacológico.	55
5.9.2	Tratamiento Psicológico.	57
5.9.3	Tratamiento Educativo.	60
5.10	DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE.	63
5.10.1	El Niño con Trastornos de Aprendizaje.	63
5.10.2	Dificultades en la Lectura en Alumnos con TDAH	63
5.10.3	Dificultades en la Escritura.	66
5.10.4	Dificultades en las Matemáticas.	66
6.	METODOLOGÍA	68
6.1	Población o Muestra.	69
6.1.1	Muestra.	69
6.2	Instrumentos.	69

6.3	Fases del Proceso.	70
6.4	Resultados y Analisis Esperados	72
6.4.1	Anamnesis CED Don Bosco III	72
6.5	Video CED Don Bosco III	75
6.5.1	Análisis Video CED Don Bosco III	76
6.6	Anamnesis CED El Codito	80
6.7	Anamnesis IED Agustín Fernández	85
6.8	Funciones del grupo de Investigación	90
6.8.1	Presupuesto - Recursos	90
7.	Prupuesta: Estrategias para Intervenir en el Aula con niños con TDAH	<u>91</u>
7.1	INTRODUCCIÓN	91
7.2	OBJETIVOS	92
7.2.1	GENERAL	92
7.2.2	ESPECÍFICOS	92
7.3	INTERVENCIÓN EDUCATIVA	93
7.4.1	Papel del Docente dentro de la Intervención Multiprofesional	95
7.4.2	Papel de informador	96
7.4.3	Cómo intervenir en el Aula	97
7.4.4	Modificación del Plan de Estudios	99
7.4.5	Principios de Estrategias y Soluciones	99
7.5	Aplicación en el Aula del Tratamiento Cognitivo-Conductual	101
7.5.1	Programas Específicos de Tratamiento	102
7.6	Intervención Educativa para aumentar la Atención y Reflexividad	105
	CONCLUSIONES	106
	BIBLIOGRAFÍA	108
	ANEXOS	112

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Datos Historicos en el TDAH	23
Cuadro 2. Trastornos DSM-IV-TR	24
Cuadro 3. Criterios Diagnósticos según Clasificación DSM. Cuarta Versión.	46
Cuadro 4. Clasificación según la OMS. CIE-10	47
Cuadro 5. Protocolo de Diagnóstico del TDAH.	50
Cuadro 6. Diagnóstico Diferencial del TDAH.	52
Cuadro 7. Trastorno Neuro-psiquiatricos que se asocial al TDAH.	53

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Escala de Valoración para Maestro. CED Don Bosco III	78
Figura 2. Escala de Valoración para Padres. CED Don Bosco III	79
Figura 3. Escala de Valoración para Maestro. CED El Codito	83
Figura 4. Escala de Valoración para Padres. CED El Codito	84
Figura 5. Escala de Valoración para Maestro. IED Agustín Fernández	88
Figura 6. Escala de Valoración para Padres. IED Agustín Fernández	89

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuestionarios para Maestros. Conners	112
Anexo B. Cuestionario de Conductas para Padres.	113
Anexo C. Cronograma	114
Anexo D. Matricula Oficial según Tipo de Discapacidad.	115
Anexo E. Matricula Oficial con algún tipo de Discapacidad según edad y género.	115
Anexo F. Matricula Oficial según tipo de Discapacidad por grados.	116
Anexo G. Matricula Oficial con algún tipo de Discapacidad según tipo de Colegio	118
Anexo H. Colegios Oficiales Discapacidad.	118

INTRODUCCIÓN.

El Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) es una patología de alta prevalencia dentro del desarrollo neurológico del niño. Desde el punto de vista profesional genera un elevado número de consultas médicas y es frecuente la falta de orientación del médico o psicólogo en relación a este trastorno; desde el punto de vista ambiental motiva una gran ansiedad familiar y preocupación escolar.

Motivadas por el interés creciente de esta situación, muy habitual en la infancia, hemos intentado recoger de forma amplia la opinión de diferentes profesionales especializados en el estudio de este trastorno, así como también estrategias didácticas que nos servirán tanto a padres, como a docentes, para que entiendan y comprendan el problema en el que se encuentra el niño/a.

Nuestra propuesta se basa en recopilar información acerca de las estrategias didácticas que emplean los maestros con niños de 4 a 7 años de edad que presentan problemas de TDAH.

La idea de investigar acerca del TDAH en niños de 4 a 7 años de edad, surge de observar la necesidad que tienen los niños y niñas de la localidad de Usaquén, de ser entendidos y valorados; a pesar de sus problemas de hiperactividad.

Por lo general, un niño con TDAH sólo necesita que sus allegados sean conscientes de sus dificultades y limitaciones y que reconozcan que la hiperactividad es una entidad propia, con síntomas característicos.

Esperamos que el docente que se adentre en el estudio de esta tesis pueda obtener información válida, actualizada y práctica en relación con el TDAH.

El trastorno se maneja a través de estrategias paralelas y es indispensable la intervención de un equipo interdisciplinario, donde se incluyan a médicos especialistas, a los padres y maestros. Únicamente cuando el trastorno es ocasionado por un desequilibrio químico es necesario suministrar medicamentos por algún tiempo.

Para la resolución exitosa del TDAH es fundamental el trabajo conjunto con los padres, la familia y los docentes, en algunos casos los padres de familia, no cuentan con los recursos económicos necesarios para que sus niños tengan la supervisión de un especialista en el tema; además los medicamentos que se les formula a los niños hiperactivos son muy costosos, por esta razón las estudiantes de la Universidad de San Buenaventura contribuirá con estrategias didácticas, con el fin de ayudar desde el aula de clase, a mejorar un poco su hiperactividad, logrando así que tanto niños y niñas, padres de familia, maestros, etc.; aprendan a convivir con él, y sobre todo le brinden apoyo especial al niño, para que él no se sienta solo ni rechazado, con estas estrategias se pretende que los niños con TDAH se interesen más por el estudio.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

- ❖ Diseñar estrategias didácticas para maestros en el manejo de niñas y niños con TDHA de la localidad de Usaquén, mediante el proyecto de investigación, con el fin de contribuir en la formación inicial.

1.2 ESPECIFICOS

- ❖ Identificar las principales causas del TDAH de acuerdo a la investigación que se lleve a cabo, por medio de aplicación de pruebas.
- ❖ Reconocer los efectos y las necesidades que causa en el niño la hiperactividad; en cuanto a lo afectivo, emocional y en su proceso de formación educativa, por medio de entrevistas.
- ❖ Aportar una guía didáctica a docentes, sobre cómo actuar y trabajar frente a un niño con TDAH, logrando favorecer su desempeño por medio de estrategias didácticas.

2. JUSTIFICACIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no es algo que se pueda “curar”. Un niño con TDAH, igual que cualquiera con discapacidades de aprendizaje, nunca lo “deja atrás” al crecer, aunque sus dificultades y conductas cambien de modo manifiesto a medida que madura. Los adultos significativos de su vida, tienen un papel principal en cuanto al modo en que estos niños se desempeñan, logren éxitos y se sientan agradados de sí mismos. Los adultos son los únicos que los pueden enseñar a manejar su vida del mejor modo, enfrentar sus frustraciones y compensar sus debilidades. Los docentes ayudaremos a reconocer sus propias fuerzas y a que valoren su singularidad.

La mejor ayuda que el docente puede proporcionar a los niños es la identificación precoz y la intervención agresiva a una edad temprana, para impedir el ciclo de fracaso, frustración y caída a plomo de la autoestima. En las instituciones Educativas debe existir la responsabilidad de actuar como equipo, haciendo cuanto se pueda para satisfacer con eficacia las necesidades de los niños. Esto supone proporcionar a cada niño el ambiente, las herramientas necesarias e inculcarle las habilidades, la confianza, que le permitan aprender a sentirse bien consigo mismo.

Mediante el proyecto de investigación, tiene como fin el de contribuir en la formación inicial, brindando una información práctica para que el docente haga parte en la formación adecuada que requiere un niño que presente este trastorno, de este modo se valorará la singularidad de estos niños y se contribuirá con soluciones para el restablecimiento del niño o niña con TDAH.

Hay maestros que excluyen a los niños por ser hiperactivos, por esta razón se diseñaren unas estrategias para que el maestro asimile el trastorno del niño, que se informe sobre él y sepa cómo actuar frente a este problema. Logrando así mismo que el niño no se sienta discriminado y logre trabajar a gusto a pesar de su problema.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 ESTADO DE CONTEXTUALIZACIÓN

En las diferentes universidades y bibliotecas visitadas (Universidad Pedagógica, Distrital, San Buenaventura, entre otras, y la biblioteca Luis Ángel Arango) encontramos textos, revistas y tesis, los cuales nos hablaban el déficit de atención con hiperactividad y las consecuencias que conlleva tener en el aula de clase un niño/a con este problema, estos libros nos enseñan estrategias sobre cómo tratar a dichos niños, también nos enseñan las diferentes pautas de diagnóstico para identificar a un niño/a hiperactivo. En algunos textos o memorias se describen los diferentes problemas de aprendizaje que encuentran los maestros en el aula y los padres en sus hogares, nos enseña y nos explica qué estrategias llevar a cabo para saber llevar dichos problemas.

Nos brindan estrategias didácticas útiles para el mejoramiento de los diferentes problemas, y también nos dice que en algunas ocasiones los diferentes problemas de aprendizaje, en este caso la hiperactividad debe ser controlada con la ayuda de fármacos.

En general se define “El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)” como uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en niños en edad escolar y también es frecuente en adolescentes, es una de las principales razones por las que los niños son evaluados por profesionales de la salud mental¹

También coinciden que las causas de este trastorno aun no están muy claras, se ha observado que existe predisposición familiar, además existen pruebas científicas que apoyan las conclusiones de que el TDHA tiene una base biológica y que los niños con TDHA pueden tener niveles más bajos del neurotransmisor dopamina en regiones críticas del cerebro. Otros estudios sugieren una disminución de la actividad en algunas áreas del cerebro en donde se manejan funciones de ejecución (como por ejemplo organización, integración, anticipación, etc.

El tratamiento que se sigue para estos niños es, en su mejor caso, el uso de los medicamentos.², pero es importante conocer a nivel educativo que una manera efectiva de modificar el comportamiento de un niño es a través de la ayuda educativa regida por premios, castigos, economía de fichas y contrato de contingencias.

¹ Se ha descrito desde 1865 por HOFFMAN y 1902 por STILL

² Según García Pérez y García Campuzano, grupo Alborcohs, 1999

Algunos textos se fundamentaron en los criterios más importantes que el maestro debe tener en cuenta para conocer acerca del trastorno de hiperactividad. Se nombran de manera muy puntual los comportamientos que se presentan en un niño hiperactivo, las causas biológicas y ambientales que lo ocasionan, ya que el control ambiental de la hiperactividad podría considerarse como una alternativa prometedora y efectiva para sustituir a los tratamientos psicofarmacológicos, basándose en algunas investigaciones y pruebas realizadas³.

En las metodologías encontramos varios tipos de definiciones, investigaciones, tipos de comportamiento y diagnósticos para el estudio de los niños que presentan TDHA, estas muestran de manera detallada diferentes casos con niños que presentan este problema, se mencionan los factores, las causas, efectos y tratamientos.

Se presentan algunas orientaciones para los profesores en cuanto al procedimiento para la evaluación del estudiante, el ambiente del aprendizaje y algunas actividades de relajación y entretenimiento en reducción de la tensión, también presenta actividades de atención y concentración.

En algunos textos se hizo énfasis en que la hiperactividad se conocía como un trastorno de la niñez, pero se han realizado investigaciones en donde se comprueba que la hiperactividad persiste en algunos síntomas del trastorno hasta la edad adulta, en un porcentaje importante de los sujetos que la padecen en la niñez.

Se enfatiza en la importancia que tienen los profesionales y estudiosos de las áreas relacionadas con la psicología, psiquiatría, familiares y docentes el reconocer las posibles deficiencias que pueda encontrar en cada una de sus áreas como lo es los trastornos de conducta que muchas veces son confundidos o relacionados con rabietas, caprichos de carácter infantil, cuando muchas veces la realidad consiste en que el niño padece alguna alteración psicopatológica que de no ser tratada puede afectar seriamente y de manera irreversible la vida del individuo.

Abordamos también temas como los problemas de conducta y agresividad, la hiperactividad se relaciona con el déficit de atención, impulsividad, actividad motriz excesiva y problemas de rendimiento a nivel social, familiar y escolar.

³ Investigación Descriptiva – Investigación Experimental

Se encontraron libros en donde se les enseña a los padres estrategias para el tratamiento de la hiperactividad, además estos textos permiten a los padres entender mejor el tema, por este motivo es de gran utilidad para ellos⁴.

3.2 CUADRO DE CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIA
PROBLEMAS DE TIPO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmiten poca afectividad ▪ Bajo autoestima ▪ Inseguridad. ▪ Poca tolerancia a la frustración. ▪ Poca empatía.
PROBLEMAS DE TIPO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflictos interpersonales. ▪ Rechazo y agresión. ▪ Pensamiento egocéntrico.
PROBLEMAS DE RENDIMIENTO ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca motivación ▪ Rendimiento variable ▪ Fracaso escolar
PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN EN EL COLEGIO O BIEN EN OTRAS ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja tolerancia a la frustración, dificultades para seguir las normas.
HIPERKINESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muestra continuo movimiento. ▪ Inquieto. ▪ Extremada movilidad.
DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca obediencia ▪ Dificultades para adquirir hábitos ▪ Irritabilidad
TRASTORNOS DE APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas en el lenguaje ▪ Problemas en la lectura (dislexia): asociados a problemas de visión, falta de coordinación viso-espacial

⁴ TRINIDAD BONET CAMAÑES, YOLANDA SORIANO GARCÍA, CRISTINA SOLANO MÉNDEZ "Aprendiendo con los niños hiperactivos. un reto educativo" - 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas de escritura (disgrafía): mecanismo fisiopatológico parecido a la dislexia ▪ Problemas en concentración y memorización
CONDUCTA IMPULSIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se precipita en responder antes de que se haya completado las preguntas. ▪ Tiene dificultades para guardar turno. ▪ Suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo se entromete en conversaciones o juegos).
CONDUCTA HIPERACTIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimiento constante de manos y pies. ▪ Se levanta constantemente ▪ Corretea por todos lados. ▪ cuesta jugar a actividades tranquilas ▪ Esta activado como si tuviera un motor ▪ Hable en exceso
CONDUCTA INATENTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No presta atención suficiente a los detalles ▪ Tiene dificultades para mantener atención ▪ Parece no escuchar cuando se le habla ▪ No sigue instrucciones ▪ Tiene dificultad para organizarse ▪ Extravía objetos necesarios para tareas ó actividades ▪ Se distrae por estímulos irrelevantes ▪ Descuidado en las actividades diarias
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hace caso.

PROBLEMAS COMPORTAMIENTO FRECUENTES	DE MÁS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No toma interés en las clases. ▪ Se distrae con facilidad. ▪ Tiene dificultades en lecto-escritura. ▪ Se atrasa. ▪ Le cuesta trabajo aprender. ▪ Tiene la mano pesada, no capta bien. ▪ No rinde en el colegio. ▪ Es agresivo, rebelde. ▪ Es muy lento para todo. ▪ No se queda quieto. ▪ No le gusta hacer tareas. ▪ Tiene pocos amigos.
TRATAMIENTOS		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Farmacológico. ▪ Psicológico. ▪ Educativo.
EDUCATIVO		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Premios. ▪ Castigos. ▪ Economía de fichas. ▪ Contrato de contingencias.
MEDICAMENTOS		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulantes. ▪ Antidepresivos.

4. MARCO LEGAL

4.1 RESOLUCION 2565 DE OCTUBRE 24 DE 2003

Por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales.

LA MINISTRA DE EDUCACION NACIONAL

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas por las Leyes 115 de 1994 y 715 de 2001 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 115 de 1994 en su título III, capítulo I, artículos 46 al 48, regula la atención educativa de las personas con limitaciones de orden físico, sensorial, psíquico, cognoscitivo o emocional como parte del servicio público educativo.

Que el Decreto 2082 de 1996 reglamentario de la Ley 115 de 1994 en su artículo 12, establece que los departamentos, distritos y municipios organizarán en su respectiva jurisdicción, un plan de cubrimiento gradual para la adecuada atención educativa de las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, el cual hará parte del plan de desarrollo educativo territorial.

Que el Decreto 2082 de 1996 en su artículo 13, determina que el plan gradual de atención deberá incluir la definición de los establecimientos educativos estatales que organizarán aulas de apoyo especializadas, de acuerdo con los requerimientos y necesidades previamente identificados. También establece que dicho plan podrá de manera alterna, proponer y ordenar la puesta en funcionamiento de unidades de atención integral (UAI) o semejantes, como mecanismo a disposición de los establecimientos educativos, para facilitarles la prestación del servicio educativo que brindan a estas poblaciones.

Que el Decreto 2082 de 1996 en su artículo 14, concibe las aulas de apoyo especializadas como un conjunto de servicios, estrategias y recursos que ofrecen los establecimientos educativos para brindar los soportes que permitan la atención integral de los estudiantes con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales y en su artículo 15, se refiere a las unidades de atención integral (UAI) como un conjunto de programas y servicios profesionales interdisciplinarios que las entidades territoriales ofrecen a los establecimientos educativos que integran en sus aulas estudiantes con necesidades educativas especiales.

Que el Decreto 3020 de 2002, reglamentario de la Ley 715 de 2001 en su artículo 4, establece que serán criterios para fijar las plantas de personal las particularidades de las regiones y grupos poblacionales, las condiciones de las

zonas rurales y urbanas y las características de los niveles y ciclos educativos. Así mismo, en su artículo 11, dispone que para fijar la planta de personal de los establecimientos educativos que atienden estudiantes con necesidades educativas especiales, o que cuentan con innovaciones y modelos educativos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional o con programas de etno-educación, la entidad territorial atenderá los criterios y parámetros establecidos por el Ministerio.

Que el Decreto 3020 de 2002, en su artículo 12, establece que los profesionales vinculados en propiedad a la planta de personal como docentes o administrativos y que de acuerdo con lo establecido en el artículo 46 de la Ley 115 de 1994, realicen acciones pedagógicas y terapéuticas que permiten el proceso de integración académica y social, serán ubicados en los establecimientos educativos que defina la entidad territorial para este propósito y no serán tenidos en cuenta para la aplicación de los parámetros establecidos en el artículo 11 del mismo decreto.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

ARTÍCULO 1º. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente resolución se aplica a las secretarías de educación de los departamentos y de las entidades territoriales certificadas y a los establecimientos educativos estatales.

ARTÍCULO 2º. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO. Los departamentos y las entidades territoriales certificadas definirán en la secretaría de educación, o en la instancia que haga sus veces, un responsable de los aspectos administrativos y pedagógicos para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales de su jurisdicción. Para ello tendrán en cuenta criterios de densidad de la población, demanda del servicio y número de establecimientos educativos, entre otros, y podrán organizar unidades de atención integral (UAI), en los términos del Decreto 2082 de 1996 como una instancia de apoyo de carácter territorial.

ARTÍCULO 3º. ORGANIZACIÓN DE LA OFERTA. Cada entidad territorial organizará la oferta educativa para las poblaciones con necesidades educativas especiales por su condición de discapacidad motora, emocional, cognitiva (retardo mental, síndrome Down), sensorial (sordera, ceguera, sordo-ceguera, baja visión), autismo, déficit de atención, hiperactividad, capacidades o talentos excepcionales, y otras que como resultado de un estudio sobre el tema, establezca el Ministerio de Educación Nacional. Para ello tendrá en cuenta la demanda, las condiciones particulares de la población, las características de la entidad y el interés de los establecimientos educativos de prestar el servicio. En este proceso se atenderá el principio de integración social y educativa, establecido en el artículo tercero del Decreto 2082 de 1996.

La entidad territorial definirá cuales establecimientos educativos atenderán población con necesidades educativas especiales. Estos establecimientos incluirán en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) orientaciones para la adecuada atención de los estudiantes allí matriculados y deberán contar con los apoyos especializados. Los apoyos requeridos se enmarcan en la figura del aula de apoyo especializada, definida en los artículos 13 y 14 del Decreto 2082 de 1996.

Para el caso de la población con discapacidad o deficiencia auditiva, la entidad territorial certificada organizará programas educativos que respondan a sus particularidades lingüísticas y comunicativas.

Para la educación de estudiantes con capacidades o talentos excepcionales, la entidad territorial certificada atenderá lo dispuesto en los lineamientos generales de política que sobre este tema elaboró el Ministerio de Educación Nacional.

Los niños y jóvenes que por su condición de discapacidad no puedan ser integrados a la educación formal, serán atendidos en instituciones oficiales o privadas, que desarrollen programas que respondan a sus necesidades. Esto se realizará mediante convenio, o a través de otras alternativas de educación que se acuerden con el Ministerio de Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o los gobiernos locales.

Parágrafo. La secretaría de educación de la entidad territorial definirá la instancia o institución encargada de determinar la condición de discapacidad o de capacidad o talento excepcional, mediante una evaluación psicopedagógica y un diagnóstico interdisciplinario.

ARTÍCULO 7º. TAMAÑO Y COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS. En el caso de discapacidad intelectual y autismo, el porcentaje máximo de estudiantes integrados no deberá ser superior al diez por ciento (10%) del total de estudiantes por grupo. Para el caso de discapacidad motora, auditiva o visual, este porcentaje no deberá exceder el cuarenta por ciento (40%). En el caso del translingüismo este porcentaje podrá ser hasta del 70%.

ARTÍCULO 8º. ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN EXCLUSIVA. Los establecimientos educativos estatales que actualmente atienden en forma exclusiva población con discapacidad, deberán reorganizar su oferta educativa teniendo en cuenta la demanda, la integración académica y social establecida en la Ley 115 de 1994 y el Decreto 2082 de 1996, y cumplirán los criterios básicos establecidos para el proceso de reorganización del sector educativo.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1 ASPECTOS HISTORICOS

El TDAH es un trastorno comportamental de inicio en la infancia que se ha descrito desde la antigüedad, y que ha quedado reflejado en la sociedad a través de documentos literarios o artísticos. Sin embargo, es difícil aportar la primera referencia científica al respecto, e indudablemente su inclusión dentro de un trastorno específico. Algunos señalan a H. Hoffman como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX.

Poco después, en 1887, Bourneville describe “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se le suma un leve retraso mental.

En 1902, J. Demoor señala la presencia de niños muy lábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que asocia una clara dificultad atencional.

Un año más tarde, Still describe y agrupa de forma precisa esta patología, señala niños violentos, inquietos y molestos, revoltosos, destructivos, dispersos. Ya entonces añade la repercusión escolar como característica asociada, y la apunta incluso en los niños sin déficit intelectual. Quedan sin aclarar los mecanismos etiológicos, señalando un “defecto patológico en el control moral” como causa del trastorno, pero anotando indirectamente en algunos casos la presencia de rasgos dismórficos como epicantus o paladar ojival.

En 1917, R. Lafora describe de nuevo las características clínicas de estos niños. Muestra niños sin déficit cognitivos ni sensoriales, nerviosos, indisciplinados, en constante actividad y desatentos. Tras estas descripciones clínicas, aparecen diferentes teorías etiológicas que se suceden hasta mediados del siglo XX. Hoffman en 1922 observa el comportamiento descrito como secuela de la encefalitis epidémica.

Shilder en 1931 realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos. Refiere la presencia de hipercinesia en pacientes con antecedente de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base “orgánica” de esta patología.

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH. Estos autores proponen la disfunción tronco-encefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales.

Este término es sustituido por el de “Disfunción Cerebral Mínima” por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional, no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros

trastornos del aprendizaje y problemas motores leves. Apuntan teorías neuroquímicas o neurofisiológicas como base añadida de este espectro comportamental. De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recogen el término “síndrome de disfunción cerebral mínima” para clasificar pacientes con: hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional.

Cuadro # 1. Datos históricos en el TDAH

1897	Bourneville	Niños inestables
1902	Still	Defectos de control moral
1931	Silder	Asoc. asfixia perinatal
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica
1962	Clements y Peters	Síndrome de disfunción cerebral mínima
1970´	DSM CIE	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Trastornos hipercinéticos
Datos históricos más relevantes en el TDAH		

A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (DSM-IV-TR) o el de “Trastornos Hiperkinéticos” (CIE-10)⁵.

5.2 EPIDEMIOLOGÍA.

El Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) es el problema más frecuente en la neurología del desarrollo y uno de los motivos más prevalentes en la consulta neuro-pediátrica. Se acepta generalmente que en la práctica, la prevalencia de este trastorno se sitúa aproximadamente en el 6% (3-10%). Esta

⁵ Organización Mundial de la Salud.OMS. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.

prevalencia supondría la existencia en nuestro país de 400.000 niños y adolescentes afectados.

Cuadro # 2. Trastornos DSM-IV-TR de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Trastornos DSM-IV-TR de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
Retraso mental
<ul style="list-style-type: none"> • RM leve • RM moderado • RM grave • RM profundo • RM de gravedad no especificada
Trastornos del aprendizaje
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la lectura • Trastorno del cálculo • Trastorno de la expresión escrita • Trastorno del aprendizaje no especificado
Trastorno de las habilidades motoras
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del desarrollo de la coordinación
Trastorno del desarrollo de la comunicación
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del lenguaje expresivo • Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo • Trastorno fonológico • Tartamudeo • Trastorno de la comunicación no especificado
Trastornos generalizados del desarrollo
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno autista • Trastorno de Rett • Trastorno desintegrativo infantil • Trastorno de Asperger • Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado • Trastorno disocial • Trastorno negativista desafiante • Trastorno de comportamiento perturbador no especificado
Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez
<ul style="list-style-type: none"> • Pica • Trastorno de rumiación • Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
Trastornos de tics
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la Tourette • Trastorno de tics motores o vocales crónicos • Trastorno de tics transitorios

<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de tics no especificado.
Trastornos de eliminación.
<ul style="list-style-type: none"> • Encopresis. • Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. • Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. • Enuresis (no debida a enfermedad médica).
Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad por separación. • Mutismo selectivo • Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez. • Trastorno de movimientos estereotipados. • Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

5.3 PREVALENCIA

5.3.1 Prevalencia en situaciones especiales

En la valoración de situaciones ambientales o familiares específicas, encontramos una prevalencia claramente 2-3 veces mayor en familias con padres separados. Del mismo modo, encontramos una frecuencia claramente mayor en niños adoptados. Aproximadamente el 15% de los niños con este trastorno son hijos adoptados según algunas series, lo que supone 15 veces más que la frecuencia de hijos adoptados en esa misma población y 3 veces más que la frecuencia de otras patologías psiquiátricas en estos niños. Esta circunstancia refleja posiblemente la intensificación sintomática en pacientes predispuestos debido a una situación ambiental desfavorable, y/o probablemente, la evolución sintomática de este problema en la edad adulta, con la fragilidad familiar y social característica de muchos padres que han sido hiperactivos.

Si tomamos como referencia la población de pacientes con patología psiquiátrica, observamos una frecuencia de TDAH variable entre el 30% y el 70%, dependiendo de la severidad de la patología asociada. Igualmente podemos observar una prevalencia entre el 50 y 70% en pacientes con tics crónicos.

Finalmente, si recogemos como referencia al síndrome X Frágil como una causa conocida y delimitada poblacionalmente de retraso mental, recogemos frecuencias aproximadas del 40-50% de niños afectos con sintomatología compatible con el problema que tratamos.

5.3.2 ¿A CUÁNTOS NIÑOS AFECTA EL TRASTORNO?

Estudios actuales afirman que el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es el trastorno con mayor incidencia en la infancia. Se puede afirmar que al menos un niño/adolescente de cada aula puede presentar TDAH, independientemente del entorno y el lugar del mundo en que se encuentre.

La incidencia de este trastorno es mayor entre niños que entre niñas, con una proporción de cuatro niños por cada niña. En el caso de los niños con TDAH, estos presentan un mayor grado de hiperactividad-impulsividad que las niñas, lo que conlleva conductas molestas, desorden falta de pulcritud, comportamientos impulsivos-agresivos con los compañeros, pudiendo incluso a enfrentarse con el maestro o profesor, estas conductas preocupan tanto a padres como a maestros y, por ello, suele solicitar una consulta, por lo que se diagnostica con mayor facilidad.

Las niñas a menudo presentan más problemas de rendimiento académico. Sintomatología ansiosa o depresiva y no acostumbra a mostrar conductas molestas. En estos casos la detección del trastorno es más difícil, aunque el coste personal, escolar y familiar puede ser elevado; incluso con buenas capacidades pueden presentar fracaso escolar, hecho que distorsiona la relación con el maestro y con la familia.

5.3.3 DIFERENCIA POR SEXO

La relación según el sexo, muestra mayor prevalencia en varones que en niñas. Los estudios reflejan relaciones de 1:2 a 1:6 (niñas: niños). Estas diferencias están muy condicionadas por el tipo de estudio y las características sintomáticas de las niñas, cuya hiperactividad e impulsividad es habitualmente menor. Las diferencias más significativas se encuentran en el subtipo impulsivo-hiperactivo (1:4), reduciéndose en el subtipo disatencional (1:2).

Estos aspectos ponen de manifiesto que probablemente estamos ante una patología de distribución más similar entre ambos sexos que la que realmente observamos en la clínica. Los sesgos son diagnósticos, motivados por la situación clínica predominante en cada momento de estos niños, adolescentes y adultos.

El porcentaje de niños con este problema se estima entre el 3 y el 5%, entre los niños en edad escolar, siendo seis veces más frecuente en los varones.

La hiperactividad ha sido conceptualizada tomando en cuenta diferentes aspectos, lo que ha dado origen a diversas aproximaciones teóricas y estrategias de intervención derivadas de las mismas. No obstante, en los últimos tiempos la hiperactividad ha sido considerada específicamente como un trastorno de la atención.

5.4 ¿QUÉ ES EL TDAH?

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos:

- ✓ Déficit de atención.
- ✓ Impulsividad.
- ✓ Hiperactividad motora y/o vocal.

Se identifica como un trastorno cuando estos síntomas o los comportamientos que se deriven se observen con mucha mayor frecuencia e intensidad que en los niños/adolescentes de igual edad e interfieran en la vida cotidiana en casa, la escuela y en su entorno en general.

Se debe tener en cuenta que no todos los niños con este trastorno manifiestan los mismos síntomas y con la misma intensidad. Se pueden encontrar casos de niños con dificultades relacionadas con la atención, pero que no presentan un mayor grado de movimiento a mayores respuestas impulsivas que los niños de su misma edad.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en niños de edad escolar y también es más frecuente en adolescentes, es una de las principales razones por las que los niños son evaluados por profesionales de la salud mental. Se ha descrito desde 1865 por Hoffman y 1902 por Still.

Inicialmente se llamó disfunción (o daño) cerebral mínima, y desde 1950 síndrome hiperactivo. Desde los años 1960 se describe el síndrome del niño hiperactivo, y más recientemente se detectó el aspecto del déficit de atención, en el 1980 se cambia el nombre de reacción hiperactiva de la infancia a trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad) (TDA con H, TDA sin H), poniendo más énfasis en la inatención y la impulsividad. Desde el 1994 (DSM-IV) se llama TDAH. En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), publicado por la American Psychiatric Association en su última versión, se diferencian tres tipos de trastorno dentro del TDAH:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante inatento.
 2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante hiperactivo-impulsivo.
 3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado (presenta síntomas atencionales e hiperactivos-impulsivos).
- ✓ El niño predominante inatento es un niño que parece no escuchar cuando se le habla directamente, que parece que sueña despierto, que le cuesta

ponerse en marcha y que, a menudo, olvida o pierde cosas. Acostumbra a distraerse y a valorar cualquier ruido o estímulo irrelevante, pudiéndose dispersar también en actividades de juego o atractivas para él. En el aula generalmente se muestra pasivo, pasa desapercibida y no aprende al ritmo esperado, no anota los deberes en la agenda, por lo que olvida entregar tareas y trabajos o lo hace con retraso, y cuando los entrega suelen estar incompletos. Evita, le disgusta o se resiste a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. La presentación de los trabajos es descuidada, olvida poner el nombre y fecha y tiene dificultades para planificar los ejercicios. En los exámenes, sus respuestas son desorganizadas u ocupan espacios equivocados.

El niño predominante inatento normalmente pasa por un niño poco inteligente (aunque no sea cierto), gandul o con un grado de desmotivación alarmante; es frecuente que acabe ubicado en las últimas filas de la clase y que nadie espere “más” de él o de ella.

- ✓ El niño predominante hiperactivo-impulsivo se mueve de un lugar a otro en momentos inapropiados, mueve las manos y los pies en exceso, se balancea y se levanta a menudo de su silla, acostumbra a interrumpir conversaciones y actividades, y suele inmiscuirse en los juegos de los otros.

Responde de forma precipitada, incluso antes de que se le acabe de formular la pregunta. Tiene dificultades para dedicarse a tareas o juegos tranquilos y habla en exceso.

El comportamiento de este niño resulta molesto y, a menudo, preocupa mucho por las manifestaciones de agresividad tanto en el aula como dentro del marco familiar. Este comportamiento disruptivo muchas veces hace que la familia pida ayuda profesional.

Es importante señalar la necesidad de atender de igual manera a un grupo y a otro, ya que sin darnos cuenta se puede descuidar a los que no molestan simplemente porque no parece tratarse de un trastorno.

El movimiento es una, sino es que la principal, característica de los seres vivos, es por ello que una señal de vida es cuando observamos que algo o alguien se mueven. En los niños, movimiento resulta vital como una forma de relacionarse con el mundo que les rodea. En muchas ocasiones esta actividad no es comprendida por los adultos. Así, el niño comienza a ser etiquetado como inquieto, agresivo, hiperkinético⁶ o hiperactivo.

La hiperactividad en general y en los niños en particular, puede ser considerada como una forma de discapacidad que impide que el sujeto o individuo se

⁶ VELASCO, Fernández, R. el niño hiperkinético. Editorial Trillas, México.

desarrolle normalmente toda vez que su problema le impide centrar su atención para responder convenientemente a los estímulos o las demandas que el medio ambiente le plantea.

La hiperactividad de los niños es considerada como normal, cuando se produce dentro de una etapa de la vida infantil alrededor de los dos o tres años. El que un niño sea inquieto no tiene nada que ver con la sintomatología. La falta de atención y la inquietud constante en el niño son síntomas que, por lo general, los padres comentan primero al médico de atención primaria, con frecuencia alertados por los profesores y educadores.

Este trastorno ha recibido muchos nombres en el pasado, daño o disfunción cerebral mínima, hiperkinesia, hiperactividad y déficit de atención. Pero en realidad todo ello engloba una alteración importante de la atención que, muy a menudo, se da con una extrema actividad en el niño.

5.4.1 LA HIPERACTIVIDAD COMO UN DESORDEN DE LA ATENCIÓN

Comenzaremos por distinguir dos clases de trastornos: Los trastornos que son denominados del poder cognoscitivo a los que se les conoce también como problemas para el aprendizaje, y los trastornos del estilo cognoscitivo o de la atención. En este último se comprenden a los niños hiperactivos o con atención sub-enfocada. En el caso de que se observe una extrema compulsividad también puede denominársele atención súper enfocada. Desde el punto de vista práctico significa que el niño hiperactivo toma decisiones demasiado pronto, antes de obtener o revisar suficientemente la información necesaria para determinar lo que puede producir resultados satisfactorios, o menos dañinos. Por ello se comprende el que esa clase de niños fracasen en la escuela ya que dejan de escuchar al maestro antes de que este haya dado las instrucciones de la tarea.

Por otro lado, el mismo procesamiento de información deficiente frecuentemente produce relaciones defectuosas con sus compañeros, ocasionando con ello marginación social.

Ahora bien, debido a su multicausalidad alrededor de la hiperactividad se ha generado una cortina de humo, de tal suerte que en ocasiones puede decirse que se ha generado un mito en torno a la misma, ya que los factores descubiertos, son considerablemente variados (Weimberg y Brumack, 1992; Golden, 1992). Debido a ello se ha llegado a cuestionar si la hiperactividad y la atención deficiente son un problema de aprendizaje o más bien un desorden relacionado a las variables mencionadas, lo que ha llevado a plantear que el tratamiento para este desorden

debe incluir un manejo conductual, asesoría familiar y el uso de medicamentos específicos (Silver, 1990; Cherkes, 1991 y McBurnett, 1991).

Así, los tratamientos sugeridos son diversos, por ejemplo, manejo conductual, apoyo a los padres e intervención escolar, en algunos casos una dieta especial y manejo farmacológico (Martín, 1984). Además ha sido considerado el aspecto del desarrollo emocional (Frederick y Olmi, 1994; Riccio, González y Hynd, 1994). Por otra parte, los padres también han contribuido a la identificación de las causas de la hiperactividad.

Resulta importante también conocer los principales enfoques teóricos que han intentado explicar el trastorno de la hiperactividad o del déficit de la atención. Dado que la hiperactividad es un problema de salud y educativo considerablemente significativo han sido planteados una diversidad de enfoques teóricos desde los cuales se puede interpretar el origen y desarrollo de este trastorno.

Un enfoque alternativo al anterior es el sociológico el cual coloca los factores determinantes del síndrome de inatención fuera del individuo, esto es, en los factores externos de naturaleza social y cultural. El individuo es un ser gregario por naturaleza, tiende a vivir en compañía de otros, por lo cual debe de sujetarse a las normas establecidas por el grupo, así como, participar de la herencia cultural de sus antecesores. (Ideus, 1994)

Una de las contribuciones esenciales de Vigotsky fue precisamente el concebir al individuo como un ser eminentemente social. Siendo uno de sus planteamientos más importantes el que afirma que los procesos psicológicos superiores se adquieren primero en un contexto social para ser posteriormente internalizados. (Carretero, 1993)

Otra perspectiva acerca de los orígenes de la hiperactividad es la evolutiva. En principio, cabe apuntar que la hiperactividad en el niño es normal dentro de ciertas etapas de su desarrollo dadas las actividades de exploración y curiosidad que tiene que cubrir (Papalia, 1994). En estudios practicados a niños hiperactivos no se han detectado alteraciones de tipo neurológico ni lesiones anatómicas, lo que hace deducir que existe un retardo en la maduración producto de una falta de estimulación apropiada para el desarrollo (Stone y Church, 1980).

Una aproximación teórica actual y novedosa es la que se refiere a la neuropsicología. Esta rama de la Psicología se encarga de estudiar la conducta en relación a la organización cerebral de las diferentes habilidades cognitivas.

En el caso particular de los niños, se encuentra relacionada con perturbaciones específicas del desarrollo de funciones simbólicas, con trastornos del aprendizaje y con la pérdida o disfunción de las actividades nerviosas superiores a causa de alguna lesión cerebral en las etapas en que el niño las está desarrollando o su integración se ha visto afectada (Heres, 1990). Para poder entender el comportamiento normal o patológico y evaluarlo clínicamente se debe conocer el desarrollo infantil y la forma en que se desarrollan todas las funciones cognitivas.

Es precisamente, el fracaso escolar el principal motivo de consulta. Como es de esperar, todas las alteraciones generan desconfianza, irritación y preocupación en padres y maestros, así como el rechazo por parte de los hermanos o compañeros de colegio, lo cual hace que el niño tienda a aislarse del mundo que lo rodea.

Estos problemas son objeto de consulta en las clínicas, son los que ponen en riesgo el desarrollo psicológico del niño y son los que muchas veces necesitan un tratamiento específico.

No todos los niños hiperactivos tienen trastornos de aprendizaje, ni todos los niños con trastornos de aprendizaje son hiperactivos. Los niños con problemas de atención, hiperactividad e impulsividad tienen problemas en los problemas de aprendizaje.

Los niños hiperactivos⁷ presentan desempeños académicos insatisfactorios, o en otras palabras pasan “raspando” el año y no son capaces de alcanzar toda su capacidad intelectual, diferencia que no es muy detectable en niños con coeficientes intelectuales altos, algo que es muy poco notorio en los primeros años de estudio pero en grados superiores termina por ser una dificultad importante para el desarrollo de los niños. (Psicóloga Amparo Alfonso Borda)

¿Cuál puede ser la causa de esta dificultad? La respuesta puede estar en numeroso déficit que disminuyen la posibilidad de atención del niño. Niños hiperactivos por ejemplo son muy buenos recordando dígitos pero si la labor requiere de un tiempo más prolongado de concentración su desempeño se hace deficiente.

Sin embargo, no hay que confundir este trastorno neurobiológico con la desobediencia, la curiosidad o la mala crianza de algunos niños. Un niño normal puede ser muy inquieto si presenta una excesiva actividad motriz, pero eso no significa que tenga problemas de atención o dificultad para aprender. También podemos encontrar las dos condiciones: un niño con TDAH y, además, malcriado. Otras veces, el niño con TDAH es capaz de prestar atención a más de una cosa a

⁷ AVILA DE ENCIO C, POLANIO, Lorente A. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en niños preescolares.

la vez y en ocasiones, la educación formal le resulta aburrida, por lo general estos niños necesitan otro tipo de enseñanza. En consecuencia, es necesario revisar cada caso para no equivocarnos en el diagnóstico de un niño que no encuadre dentro de los parámetros normales.

5.5 ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS

5.5.1 ETIOLOGÍA.

Uno de los aspectos más controvertidos en relación al TDAH son los aspectos involucrados en la etiopatogenia del trastorno⁸. Las diferencias en los criterios diagnósticos han motivado históricamente la inclusión en este trastorno comportamental, pacientes con unos rasgos clínicos similares originados en ocasiones por trastornos médicos absolutamente diferentes. Tradicionalmente se han atribuido diversos factores en su patogenia: factores perinatales, etiología infecciosa, traumática, tóxica.

5.5.1.2 Aspectos Genéticos

La etiología de este trastorno es desconocida, y probablemente intervengan factores genéticos y ambientales. Indudablemente, el TDAH tiene un intenso componente genético. Los estudios realizados en los últimos 30 años revelan una heredabilidad de 0,6-0,9. Otros estudios más recientes efectuados en gemelos apuntan incluso valores más elevados. Paralelamente, la frecuencia de hiperactividad en gemelos monocigóticos es 1,5 veces más elevada que en gemelos dicigóticos.

Otros estudios de análisis familiar revelan que los padres de hijos con TDAH tienen un riesgo de 2-8 veces más que la población general de sufrir también este trastorno. Del mismo modo, los familiares de niños con TDAH tienen una mayor prevalencia de trastornos neuro-psiquiátricos como la personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno disocial, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias. Esta circunstancia se ha puesto en evidencia de forma contundente al estudiar a los padres biológicos de niños adoptados que sufren este trastorno; la incidencia de patrones psicopatológicos es claramente superior en los padres biológicos que en los adoptivos. Por este motivo se han propuesto múltiples teorías genéticas que intentan justificar una transmisión asociada o simultánea del TDAH con otras patologías psiquiátricas.

⁸ Fernández. Jaén. A, Calleja. Pérez, B. trastorno de déficit de atención con hiperactividad e hipomelanosis de Ito. Rev Neurol. 2000; 31:S680-681.

La transmisión familiar ha mostrado diferente penetrancia en relación con el sexo. Aunque es muy frecuente encontrar familias con numerosos varones afectados en diferentes generaciones, cuando una niña es diagnosticada de TDAH, los antecedentes familiares positivos son más prevalentes que cuando el diagnóstico se efectúa en un varón. Para este “efecto umbral propio del sexo” como lo definen Popper y West, se proponen diferentes teorías:

- ❖ Una menor penetrancia para la expresión clínica en niñas.
- ❖ Diferencias del estilo cognitivo o de la comorbilidad.
- ❖ Diferencias de la propia sintomatología del TDAH.
- ❖ Diferencias etiológicas.

5.5.1.2 Aspectos Neurológicos

Apoyándonos en la misma teoría dopaminérgica, habría que presuponer que cualquier alteración lesiva de las vías frontoestriatales puede justificar una situación clínica similar.

La alteración de base infecciosa, traumática o isquémico-hemorrágica de las vías dopaminérgicas, especialmente de los lóbulos frontales, se han asociado históricamente al TDAH. La presencia de pacientes inquietos que han sufrido TCE severos fue apuntada a principios del pasado siglo por Meyer. Igualmente, su posible relación con infecciones del sistema nervioso central fue ya señalada por Homan en 1922 y Bender en 1942. Esta percepción se mantiene en la práctica neuro-pediátrica habitual en nuestros días.

Igualmente, las lesiones pre o perinatales pueden lesionar selectivamente las neuronas de las vías frontoestriatales. Esta circunstancia puede justificar la presencia de hiperactividad y déficit de atención en pre-términos, niños con antecedente de anoxia o con bajo peso al nacer.

La prematuridad y el bajo peso al nacer se han asociado con frecuencias entre el 20 y el 30% a hiperactividad y déficit de atención. La presencia de dificultades escolares supera el 50% de los casos en niños con peso inferior a 1000gr. Estos hallazgos probablemente ponen de manifiesto la lesión selectiva de ganglios basales y lóbulos frontales, aunque otros factores como las complicaciones postnatales y los tratamientos empleados en estos niños pueden posteriormente contribuir a la sintomatología.

Del mismo modo, la exposición mantenida a toxinas cerebrales como el tabaco, el plomo, el alcohol o la cocaína pueden favorecer, e incluso justificar, la sintomatología a estudio.

El síndrome de alcohol fetal asocia rasgos físicos peculiares, retraso mental o nivel cognitivo medio-bajo, y con mucha frecuencia, síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad.

Esta relación clínica se ha observado también en madres fumadoras o con exposición al humo del tabaco durante la gestación. La relación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la mayor prevalencia de trastornos comportamentales o alteraciones del desarrollo cognitivo en el niño se ha reflejado con frecuencia en la literatura médica con independencia de la mayor frecuencia de bajo peso o la mayor predisposición a complicaciones perinatales en el hijo de madre fumadora. A este factor, algunos autores suman un componente adicional; la madre que fuma durante el embarazo a pesar de conocer los efectos nocivos para el niño probablemente tenga una falta de autocontrol o una “tendencia compulsiva” por el tabaco, rasgos que estos autores asocian a la propia hiperactividad.

Numerosos estudios han relacionado la exposición pre o postnatal al plomo como una causa posible del TDAH. Esta exposición puede preceder la sintomatología característica de este trastorno, así como otro déficit cognitivos. Dos estudios han puesto en evidencia la clara relación entre los niveles de plomo en sangre u otros tejidos con el cociente de inteligencia en estos niños o la puntuaciones obtenidas en las escalas comportamentales. Igualmente, se ha propuesto la relación entre la prevalencia de “hiperactividad” y el área geográfica, dependiendo de la exposición a plomo en cada región topográfica.

5.5.1.3 Aspectos Médicos.

A los factores genéticos y neurológicos se suman numerosos factores no estrictamente neuro-patológicos que pueden explicar la hiperactividad y el déficit de atención.

El TDAH se ha relacionado con la resistencia generalizada a la hormona tiroidea. El 50% de los pacientes con esta resistencia muestran síntomas compatibles con el TDAH. Esta alteración se origina en la mutación autosómica dominante del receptor humano para la hormona, localizado en el cromosoma 3. Se propone como explicación etiopatogénica la asociación a alteraciones cerebrales acontecidas durante el neuro-desarrollo fetal en estos niños. Esta teoría se apoya además en la presencia de alteraciones del lóbulo temporal o de la cisura de Silvio en pacientes con resistencia a la hormona tiroidea. Sin embargo, la prevalencia de esta patología es tan baja, que escasamente puede justificar el propio TDAH, y aún menos la sistematización de estudios de resistencia a la hormona en esta población.

Igualmente se ha observado una mayor prevalencia de TDAH en niños con desnutrición grave durante los primeros meses de vida. En este grupo, más del

50% de los niños mostrarán hiperactividad y déficit de atención incluso en edades avanzadas. El origen de esta asociación se sitúa en la necesidad de un correcto aporte cualitativo y cuantitativo en la dieta del lactante para el buen desarrollo del sistema nervioso central, aunque de nuevo puedan añadirse factores ambientales y sociales a esta teoría.

Finalmente, la relación entre los trastornos neuro-psiquiátricos autoinmunes asociados con infecciones estreptocócicas (Gilles de la Tourette, trastorno obsesivo-compulsivo) y la hiperactividad, ha promovido nuevas hipótesis que relacionan al propio TDAH con bases auto-inmunológicas relacionadas con los estreptococos. Estas teorías no han podido ser aclaradas en niños hiperactivos.

5.6 FISIOPATOLOGÍA

5.6.1 Estudios neuro-psicológicos.

Numerosos aspectos psicosociales contribuyen, sin lugar a dudas, a incrementar o favorecer la sintomatología del niño hiperactivo. Diferentes estudios señalan a la mala relación entre los padres, el bajo nivel socioeconómico, el nivel cultural de los padres, las familias numerosas... como factores de riesgo para la aparición de trastornos del comportamiento, incluido el TDAH⁹.

Todos los estudios cognitivos han relacionado las características clínicas de niños hiperactivos con la presencia de un autocontrol deficitario, dificultades en la codificación de la información y funciones corticales pobres en el ámbito ejecutivo. La primera teoría es una de las más defendidas. En ella se justifica la sintomatología por un déficit en la inhibición de respuestas, es decir una dificultad para mantener las respuestas impulsivas bajo un control adecuado.

Sin embargo, los estudios neuro-psicológicos revelan que al déficit anterior se suma la dificultad en otras áreas cognitivas. No sólo está modificado de forma anormal el autocontrol, sino otras tareas corticales como la organización, el lenguaje, la ejecución de tareas de forma simultánea, la traducción y memorización de la información recibida.

Otros hallazgos apuntan hacia el llamado síndrome del hemisferio derecho. Este síndrome clínico, descrito inicialmente por Voeller en 1986, señalaría al hemisferio derecho disfuncional como responsable de un déficit de atención, de la integración viso-espacial y del procesamiento de información afectiva. Podrían justificar la presencia de dificultades de aprendizaje, memoria, concentración y organización en niños sanos a priori. Este síndrome nos apunta una disfunción, y no una

⁹ LOPERA. F, Palacio. LG, Jiménez I, Villegas P, Puerta IC, Pineda D, et al. Discriminación de factores Genéticos en el Déficit de Atención, Rev. Neurol 1999; 28: 660-664.

verdadera lesión; sin embargo, se vería apoyada por las anomalías anatómicas difusas del hemisferio derecho encontradas en algunos pacientes con TDAH. La psicometría en niños con un síndrome de hemisferio derecho señala una diferencia mayor de 30-40 puntos entre el CI verbal, significativamente mayor, y el CI manipulativo.

Según nuestro criterio, el defecto en las funciones corticales, predominantemente del hemisferio derecho o izquierdo, es una expresión clínica más que una base etiopatogénica, aunque indudablemente justifica una sintomatología propia del TDAH.

5.6.2 Estudios neurofisiológicos

Aunque los hallazgos neurofisiológicos no son característicos en ningún sentido del TDAH, nos han revelado unas respuestas diferentes respecto a la población normal. El EEG cuantificado y el mapping cerebral nos señalan la presencia de un aumento o enlentecimiento de la actividad, principalmente en áreas frontales. Los potenciales cognitivos de larga latencia muestran amplitudes disminuidas y latencias más prolongadas en los niños con TDAH, especialmente sus componentes N200 y P300. Las características de la latencia y amplitud de estas respuestas se han relacionado con la sintomatología del paciente. Por otro lado, el tratamiento con metilfenidato se ha asociado a cambio o normalización de los hallazgos descritos.

5.6.3 Estudios neuroquímicos.

Diferentes hipótesis se han propuesto para explicar el TDAH. Las teorías más aceptadas involucran a la dopamina, la noradrenalina y la serotonina en la etiopatogénica de este trastorno.

Algunas de estas teorías se han apoyado en bases genéticas y neuroradiológicas.

5.6.4 Estudios neuroradiológicos - neurometabólicos

Los primeros estudios realizados mediante tomografía axial computada aportaron datos inespecíficos. La mayor parte de los mismos apuntó una similaridad clara en estudios por TAC entre niños con TDAH y niños sanos. Un estudio basado en 24 adultos con antecedentes de TDAH, anotaron la presencia de atrofia cortical con mayor frecuencia que en el grupo control sano. Bergstrom y Bille en 1978, observaron una frecuencia de atrofia cortical, asimetrías u otras anomalías en el 30% de los pacientes estudiados. Estos hallazgos no han podido constatarse posteriormente, y probablemente reflejen la inclusión de pacientes hiperactivos de diversa etiología.

Los estudios realizados por RNM cerebral convencional han mostrado desde un punto de vista incluso histórico numerosos hallazgos, algunos de ellos muy inconstantes.

5.7 LA CLÍNICA DESDE LA PSICOLOGÍA.

Constituye una realidad clínica ampliamente documentada que, en general, los casos de TDAH no son casos puros, en su gran mayoría se encuentra asociado a diversos trastornos; aprendizaje, lenguaje, emocional y social. Todo ello no hace más que dificultar la comprensión del trastorno en las personas, ya sean familiares o profesionales que interaccionan con los sujetos de esta población.

Es tarea de la evaluación neuro-psicológica realizar un exhaustivo sobre las distintas habilidades que posee el niño que se sospeche esté afectado por el trastorno; verbales, perceptivas, motoras, viso-espaciales. También de sus capacidades de procesamiento en cuanto a estímulos recibidos del medio, aprendizaje, atención, memoria y velocidad de respuesta.

Es fundamental, desde la perspectiva clínica, ser exigente en la evaluación, de ello va a depender la elección de la correcta línea de tratamiento terapéutico a seguir. Luego, su objetivo, en principio, será la determinación del nivel del daño en el SNC (Sistema Nervioso Central) y, seguidamente los trastornos cognitivos y conductuales que puedan encontrarse asociados, para, con ello delinear la estrategia terapéutica. El grado de eficacia, control de la evolución del síndrome, junto con la prevención de futuros problemas, en la medida de lo posible, serán las siguientes pautas a seguir a lo largo de la historia neuro-psicológica ya iniciada.

5.7.1 CONDUCTUAL

Cuando hablamos de conducta¹⁰, nos referimos a los comportamientos observables que, en mucha medida, implican una serie de consecuencias en un entorno relacional, pueden, así mismo, determinar un cierto comportamiento futuro positivo o negativo. Si, el caso se tratara de un comportamiento desadaptativo y llegara a su cronificación, bien por no haber sido tratado adecuadamente, bien por no haber intervenido con la rapidez que el comportamiento en cuestión lo hubiera requerido, con toda probabilidad se habrá gravado su pronóstico futuro. Los trastornos de comportamiento, trastorno oposicionista desafiante y la conducta antisocial, constituyen patrones clínicos bien definidos y, con suma frecuencia, los vamos a encontrar en conexión con el síndrome hiperactivo.

¹⁰ CABALLO, V (1993). Manual de Técnicas de Terapia y modificación de Conducta. Madrid: Siglo XXI

Dentro del TDAH pueden producirse grados variables de inatención, impulsividad e hiperactividad, lo que ha dado lugar a que se defina un único Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con tres subtipos o manifestaciones diferentes, según predominen unos u otros síntomas. Así, en el DSM-IV-TR se distinguen tres subtipos para el diagnóstico del síndrome: el subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo, el subtipo con predominio de déficit de atención (o disatencional) y por último el subtipo combinado, en el que están presentes síntomas de los dos subtipos anteriores.

Estos tres síntomas se hallan estrechamente relacionados por lo que lo más frecuente es que los sujetos diagnosticados de TDAH los presenten todos en mayor o menor grado, aunque los comportamientos derivados de estas características se encuentran altamente influenciados por la edad y grado de desarrollo del sujeto. También existe la posibilidad de que el niño, a lo largo de su evolución, pase de un subtipo a otro. Por ejemplo es habitual que un paciente diagnosticado de TDAH subtipo combinado evolucione a un subtipo predominantemente impulsivo a medida que desarrolla estrategias para focalizar su atención de manera efectiva. Así mismo, con la edad suele remitir el componente hiperactivo, lo que hace que nos encontremos menos casos del subtipo combinado.

Analizaremos a continuación la implicación que presentan según el subtipo de hiperactividad detectado.

5.7.1.1 Subtipos: disatencional, impulsivo y combinado.

El perfil descrito como **disatencional** presenta características ansiosas, de miedo y aprensión, confusos y no demasiado atentos, lo que les lleva a una pérdida importante de información. Se muestran, además que como lentos y perezosos y dan muestras de vagar sin rumbo fijo y parecen estar fuera de lugar. En las instrucciones orales o escritas cometen errores, pero, al parecer, su caso no es debido a que trabajen de manera impetuosa o precipitada. Son niños poco agresivos, con lo cual no suelen tener demasiados problemas en crear amistades entre sus iguales. Se encuentra asociado a problemas de memoria y, en general con los que el cerebro codifica y procesa la información de entrada.

El perfil **impulsivo**¹¹, sin embargo, se muestra muy inquieto cuando debe permanecer sentado y no puede permanecer en esta posición cuando se espera que lo haga. En situaciones desapropiadas corre o trepa de forma excesiva. Habla, igualmente, de manera excesiva, teniendo grandes dificultades en permanecer callado. También se encuentra sumido en una actividad constante, como si estuviera literalmente impulsado por un motor. Comparativamente con la

¹¹ BORNAS, X y SERVERA, M. (1996). La impulsividad Infantil. Madrid: Siglo XXI.

población del subtipo disatencional, puede presentar más agresividad. Del mismo modo suelen tener mayores dificultades en establecer relaciones sociales debido a su característico impulso. La adolescencia puede ser problemática interaccionando con conductas antisociales.

En cuanto al perfil **combinado**, tan sólo indicar que han de encontrarse implicadas las características de los dos subtipos descritos anteriormente.

5.5.2 El funcionamiento cognitivo en el TDAH

El síndrome de hiperactividad no correlaciona necesariamente con ningún tipo de disfunción cognitiva. De hecho, la mayor parte de sujetos que padecen TDAH presentan cocientes intelectuales similares a los de su grupo de edad y no se encuentran más casos de niños superdotados ni con retraso cognitivo que en la población general. No obstante, lo que sí ocurre con cierta frecuencia es que el niño hiperactivo, por su dificultad para prestar atención y su tendencia a responder de manera impulsiva, sin reflexionar previamente, puntúe más bajo que sus compañeros en las pruebas psicométricas destinadas a medir su cociente intelectual. No obstante, a la hora de interpretar los resultados del test, debe tenerse en cuenta el déficit atencional del niño así como su estilo de respuesta (impulsivo e irreflexivo).

También es característico del síndrome el que, a causa de la incapacidad del niño para mantener su atención¹², se produzca un retraso escolar gradualmente, vaya perdiendo el ritmo de su grupo, y se vea obligado a repetir curso. Este retraso, no obstante, no implica que el niño realmente tenga menor capacidad intelectual que el resto del grupo, sino que su dificultad le impide rendir al mismo nivel que ellos.

Además puede darse la circunstancia de que el niño hiperactivo con capacidad intelectual límite presente un deterioro cognitivo gradual como consecuencia del rechazo social al que se ve abocado por el síndrome hiperactivo. Cualquiera de estas circunstancias conduce, como es fácil deducir, a un estancamiento del nivel cognitivo del niño, bien porque no recibe información del exterior o bien porque la que recibe no le conduce a ningún aprendizaje. Y como consecuencia presentará un nivel de madurez inferior al que le correspondería por edad.

Sin embargo, pese a que como se ha señalado, el TDAH no tiene por qué ir unido a ningún tipo de retraso o déficit cognitivo, en la práctica clínica sí nos encontramos con una serie de características comunes a la mayor parte de los sujetos hiperactivos y que, sin ser consecuencia directa del síndrome, tienen su

¹² GARGALLO, B (1997). PIAAR. Programa de Intervención Educativa para Aumentar la Atención y la Reflexibilidad. Madrid: TEA.

origen en él y en la función cognitiva atencional, gravemente dañada en muchos casos. A causa de los principales síntomas del TDAH los sujetos que lo padecen suelen presentar dificultades en todas aquellas tareas que requieren una atención¹³ mantenida, así como en las actividades en las que sea preciso memorizar material para su posterior recuperación. Al niño hiperactivo le cuesta trabajo seleccionar, de entre toda la estimulación que le llega, cual es la más importante en cada momento, a cual debe atender y cual puede obviar. Esta dificultad da lugar a no pocos errores en su ejecución.

Todo ser humano recibe en cada momento una buena cantidad de datos procedentes de su entorno, información que debe ser atendida, filtrada y elaborada para que el sujeto pueda responder de manera adecuada. Sin embargo, en el cerebro del niño hiperactivo no se produce el filtrado de información que tiene lugar en el cerebro del niño sano, y el sujeto percibe toda la estimulación externa al mismo tiempo: sonidos, imágenes, olores, temperaturas, incluso su propio pensamiento llegan al niño como una maraña de información con la que debe luchar para adaptarse al medio. Este fallo de filtraje provoca que el niño no sepa realmente qué parte de la información que le llega es importante, y por tanto debe ser atendida, y cual es irrelevante y por tanto, prescindible. Por este motivo el niño puede parecer incapaz de prestar atención más que de una manera global, y sin embargo en otras situaciones, se queda fijado en un detalle trivial, que logra captar su atención durante un largo tiempo, o incluso obsesionarle.

Es en la capacidad de abstracción donde más a menudo se manifiesta la dificultad cognitiva del niño hiperactivo. El razonamiento abstracto exige no solo prestar atención, sino manejar mentalmente una serie de datos, operar con ellos y buscar una respuesta. Para el niño hiperactivo este proceso resulta, en la mayor parte de los casos, sencillamente imposible, ya que le requiere poner en marcha precisamente aquellos procesos para los que está menos preparado. En su "almacén de datos" la información sólo se mantiene un tiempo corto y debe salir inmediatamente para permitir la entrada de nueva información de manera continua. Esto provoca que su memoria a corto plazo sea algo deficiente, gran inconveniente de cara a las tareas escolares más habituales. No ocurre lo mismo con la memoria a largo plazo, que suele estar muy bien desarrollada: al niño hiperactivo quizás le cuesta mucho recordar lo que ha sucedido tan solo unos momentos antes, pero si la información pasa al almacén a largo plazo (bien porque el material se repita con frecuencia o porque sea de gran interés para el niño), permanecerá en él durante mucho tiempo.

La dificultad del niño para el razonamiento abstracto se hace patente cuando se le administran pruebas para medir su cociente intelectual. Habitualmente la

¹³ GARCÍA, Pérez (1998). *Enfócate: Programa de Entrenamiento en Focalización de la Atención*. Madrid: Grupo ALBOR.

puntuación de estos niños en el CI manipulativo es más alta que la del CI verbal. Esto se debe a que, en las pruebas manipulativas, el sujeto tiene en las manos el material de trabajo, mientras que en las de tipo verbal el niño debe manejar palabras y conceptos abstractos, tarea que le resulta bastante más complicada.

5.7.3 El desarrollo emocional en el TDAH

❖ La Autoestima.

El síndrome de hiperactividad con frecuencia se presenta muy temprano: ya antes de los siete años suelen estar presentes algunos de los síntomas. A esta edad ya se han establecido las bases del desarrollo físico, es decir el desarrollo del organismo como tal, que a partir de este momento continuará su crecimiento. No ocurre lo mismo con el desarrollo emocional del niño, que todavía no posee una personalidad formada y está aprendiendo justamente en esa época los diferentes estilos de comportamiento y sus consecuencias, las formas de relacionarse socialmente, e incluso se encuentra en pleno proceso de creación de su propia imagen. Esto significa que el trastorno va a estar presente a lo largo de todo este desarrollo emocional del niño y por tanto puede afectarle en mayor o menor grado, según la gravedad del trastorno y el tratamiento¹⁴ que le sea aplicado.

Muchos niños hiperactivos ya desde pequeños tienen dificultades para controlar sus impulsos y se ven rechazados por otros niños porque no se integran correctamente en el juego, no siguen las normas, hacen lo que quieren en cada momento... Surgen entonces las conductas agresivas y cuando los demás niños no hacen lo que él quiere, es fácil que les insulte, les grite o incluso les pegue. Esta situación hará que, poco a poco, el niño se vea aislado y se quede sin amigos o bien se relacione tan solo con niños más pequeños que él, quienes seguramente se mostrarán más complacientes.

Si este niño no aprende a controlar sus impulsos, ni siquiera ante los demás, no será capaz de relacionarse adecuadamente con ellos. En este caso lo más probable es que se genere un rechazo ante todo lo social, un odio incluso, en que el niño se sienta apartado del grupo, sin saber por qué ni cómo solucionarlo. No debemos olvidar que el niño hiperactivo no actúa de manera descontrolada porque quiera, sino porque no sabe hacerlo de otra manera. La indefensión surgida de esta manera repercutirá en la formación de su auto-concepto y el niño se sentirá malo, tonto, poco válido. Además la sociedad le confirmará de manera continua esta etiqueta, al recriminarle permanentemente su actitud. La autoimagen del niño hiperactivo en esta situación es bastante pobre, y su autoestima por tanto, baja.

¹⁴ GUTIÉRREZ. Moyano, Z Y Becoña, E. (1989). Tratamiento de la Hiperactividad. Revista Española de Terapia del Comportamiento. 7, (Pág. 3-17)

¿CÓMO SE FORMA LA AUTOESTIMA?

En el momento en que el niño compara la imagen que se ha ido formando de el mismo (referida a cómo se de física, personal y socialmente) con la imagen ideal de la persona que querría ser es cuando empieza a formarse su autoestima. Un niño, por ejemplo, puede pensar que tiene una inteligencia normal pero aun así le desagrada porque la querría tener superior.

Si la diferencia entre la imagen que tiene el niño de sí mismo y el ideal es muy grande, la autoestima será muy baja, si la diferencia es pequeña, la autoestima será alta.

¿POR QUÉ LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS CON TDAH TIENEN UNA BAJA AUTOESTIMA?

Existen estudios que demuestran que los niños con TDAH se valoran a sí mismos más negativamente, con más problemas, más impopulares y menos felices que los niños de su edad.

Más del 50% de los niños con TDAH presentan problemas emocionales, como sentimientos depresivos, de desconfianza, inseguridad o baja autoestima. Esto puede darse por diferentes motivos:

- ❖ Los niños con TDAH son más difíciles de educar, de ahí que reciba con mayor frecuencia una información negativa sobre su comportamiento y sus tareas. Muy a menudo se les dice <no chilles>, <compórtate>, <la hoja esta sucia> o <vuélvelo a hacer>.
- ❖ A menudo se les confunde con niños maleducados, gandules, vagos o tontos.
- ❖ Estos niños crecen sometidos a un mayor número de fracasos y errores por hacer bien las cosas, por gustar a los de su entorno, pero los resultados no siempre son satisfactorios y cometen más errores que los otros, aunque se hayan esforzado más.
- ❖ A raíz de este esfuerzo sin éxito, se sienten indefensos <no sé qué hacer, haga lo que haga, fracaso>.
- ❖ A menudo se encuentran tareas que exigen una atención o autocontrol al que no están capacitados para afrontar, aumentando así su sensación de frustración o fracaso.
- ❖ Después de fracasar en algunas tareas, los adultos van dejando de ofrecer responsabilidad por miedo a que no cumpla. El niño lo vive como un

mensaje negativo <no te dejes hacer ya que no serás capaz>, lo que hace que no se sienta competente ni seguro de él mismo.

EL NIÑO CON BAJA AUTOESTIMA EN EL AULA.

Cualquiera de nosotros, cuando tenemos que enfrentarnos a situaciones que nos cuestan o disgustan, preferimos evitarlas o rechazarlas.

Ante tareas que le resultan difíciles, el niño con TDAH con una autoestima baja prefiere no tener que realizarlas, pudiendo mostrar esta baja autoestima de diferentes maneras:

- ❖ Dice: “no quiero hacer, pues me cuesta y no me saldrá bien”, este niño expresa abiertamente sus dificultades.
- ❖ Dice: “lo hará más tarde, ahora no puedo”, hace intentos de evitar la tarea porque no nos expresa abiertamente sus dificultades y trata de esconder el sentimiento de incapacidad.
- ❖ Dice: “no lo pienso hacer, pues esto es para niños pequeños, es una tontería, es superfácil”, de forma encubierta lo que nos dice es que le resulta dificultoso y lo enmascara haciéndose el prepotente. Es importante no confundir este niño con otro con una lata autoestima.

CÓMO MEJORAR LA AUTOESTIMA EN EL AULA.

Un niño con baja autoestima dentro del aula puede hacer que su rendimiento sea inferior al que quería. De ahí la importancia de dedicar tiempo a incrementarla. Podemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ❖ Aceptar las dificultades que supone tener un alumno con TDAH dentro del aula.
- ❖ Una vez se conozcan estas dificultades, es más fácil identificar los esfuerzos por parte del alumno y elogiar cuando realiza una cosa bien.
- ❖ Ofrecerle mayor grado de confianza en su persona y en sus competencias. Decirle “ayúdame, me gusta saber que puedo contar contigo”.
- ❖ Intentar modificar nuestro lenguaje para evitar el tan temible “NO” (no correrás, no haces los deberes, no molestes a tus compañeros...).
- ❖ Evitar la acusación, la ridiculización y la falta de respeto. Para expresar sentimientos negativos, cuando estamos enfadados con él, es muy conveniente utilizar la siguiente fórmula: “yo me siento...” “cuando tu haces...” “porque...”.
- ❖ Potenciar actividades que fomenten la integración social del niño con TDAH dentro del grupo de clase (trabajos en grupo, dinámicas, juegos...).

5.7.4 Síntomas depresivos.

Aunque también puede darse la situación opuesta: en gran número de ocasiones, el niño hiperactivo aprende¹⁵ desde muy pequeño una serie de estrategias o técnicas que le permiten mantener unas relaciones sociales adecuadas, sacando además el mejor partido a su problema, al menos desde su punto de vista: frecuentemente el niño TDAH se convierte en “el gracioso” del grupo, el que siempre tiene las mejores ideas –al menos eso piensan sus compañeros –, el que no tiene problemas para enfrentarse a un profesor, en una palabra: el líder. Este tipo de niños quizás presenta problemas para focalizar su atención, para controlar sus impulsos, para obedecer a sus padres... pero en el aspecto social lo tienen todo resuelto, o al menos eso parece. En función del resto de habilidades y capacidades del niño esta puede ser la solución a sus problemas y, si es capaz de vencer el resto de dificultades que su hiperactividad le origina, seguramente se convertirá en uno de esos adultos que todos conocemos que es “el alma de la fiesta”, el más divertido y el que nunca descansa. En caso contrario, los problemas aparecerán y el niño se cansará de que los amigos estén con él para reírse, pero no para apoyarle, y aunque durante un tiempo esta solución le haya servido, también él se sentirá mal.

En cualquiera de los casos expuestos, aparte de la propia imagen que tiene el niño de sí mismo y la que le devuelve la sociedad, es muy probable que aparezca la frustración¹⁶ por no conseguir rendir al mismo nivel que los otros niños, por no ser tan bueno en algunas actividades, por ser, en una palabra, inferior. El niño se siente distinto, peor, enfermo, tonto o loco y la probabilidad de que aparezcan sentimientos depresivos aumenta. En otros casos lo que surge es el negativismo desafiante, o el trastorno disocial, que no son en estos niños más que intentos por defenderse ante una sociedad que les rechaza sin saber ellos por qué. El problema es que sus características personales y principalmente su escasa capacidad de control, empeoran la situación haciendo que estas manifestaciones se conviertan en el principal problema del niño, lejos ya del TDAH.

¹⁵ NOVACK, J y GOWIN, D (1988). Aprendiendo a Aprender. Barcelona: Martínez Roca.

¹⁶ VALETT, R (1980). Niños Hiperactivos: Guía para la Familia y la Escuela. Madrid: editorial Cincel Kapelusz.

5.8 DIAGNÓSTICO DEL TDAH

5.8.1 DIAGNÓSTICO MÉDICO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En la evaluación diagnóstica del TDAH debemos valorar múltiples aspectos. El primer paso debe ser el diagnóstico clínico del propio trastorno. El segundo debería incluir el abordaje etiológico. Finalmente excluir patologías que puedan aportar una sintomatología similar.

En la actualidad, el diagnóstico del TDAH se basa en los criterios clínicos, habiéndose convertido en un diagnóstico de exclusión. Basar el diagnóstico en las características clínicas del paciente resulta en principio impreciso, ciertamente incómodo para los padres, y por supuesto, para el profesional, especialmente si hacemos notar la enorme prevalencia de este trastorno. Por lo tanto, el diagnóstico se tendrá que ajustar en gran medida al juicio clínico, y a la prudencia del mismo, apoyándonos en las técnicas adicionales que tengamos a nuestro alcance y que puedan reforzar el diagnóstico de inclusión o exclusión.

El diagnóstico es exclusivamente clínico, aunque determinados test psicométricos y exploraciones complementarias pueden ser útiles para apoyar el mismo.

Para la orientación diagnóstica y su clasificación empleamos generalmente el DSM-IV-TR; aunque para este propósito podemos emplear el CIE-10, éste muestra una menor universalización y empleo, lo cual dificulta la comparación con otros estudios. Así, según el DSM-IV-TR podemos observar los tres subtipos de TDAH.

- A. Debe cumplir 6 o más de los síntomas siguientes para el déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que debe haber estado presentes durante más de 6 meses.

Cuadro # 3. Criterios diagnósticos según la clasificación DSM, en su cuarta versión.

Déficit de atención
<ol style="list-style-type: none">1. No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente4. No sigue las instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los “recados”, a pesar de entenderlos5. Dificultades para organizar sus tareas y actividades6. Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo7. Pierde sus útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades obligatorias (lapiceros, libros...)8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria
Hiperactividad-impulsividad
<ol style="list-style-type: none">1. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado2. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado3. Corretea, trepa... en situaciones inadecuadas4. Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto5. Está continuamente en marcha como si tuviera un motor por dentro6. Habla excesivamente7. Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas8. Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

- B. Algunos síntomas presentes antes de los 7 años
- C. Síntomas presentes en dos o más lugares (escuela, casa...)
- D. Clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional
- E. Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que puedan estar justificando la sintomatología a estudio.

Cuadro # 4. Clasificación según la OMS. CIE-10

Trastornos hiperkinéticos¹⁷.

Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anomalías. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

- Excluye: esquizofrenia, trastornos de ansiedad, generalizados del desarrollo y humor (afectivos).

Perturbación de la actividad y de la atención.

- Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad
- Trastorno hiperkinético con déficit de la atención
- Excluye: trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta

Trastorno hiperkinético de la conducta

- Trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta

Otros trastornos hiperkinéticos.

Trastorno hiperkinético, no especificado

- Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia SAI.
- Síndrome hiperkinético SAI

5.8.2 HISTORIA CLÍNICA

❖ Anamnesis

La anamnesis obtenida en presencia de los dos padres nos ayudará a obtener la apreciación que cada uno tiene del problema y en qué grado está afectando el

¹⁷ Cruz. G. trastornos Hiperkinéticos. En Lecciones de Neurología Pediátrica. Madrid. Macaypa 1998. (Pág. 237-247).

mismo a nivel social y escolar. Prestaremos una especial atención a la valoración de la conducta escolar, tanto en el aula como en otros ambientes (comedor, gimnasio, autobús escolar, excursiones...). Recogeremos información de las calificaciones escolares, dejando constancia de la posible relación entre las calificaciones y la posibilidad de dificultades del aprendizaje asociadas. Anotaremos la asociación con trastornos de las habilidades de la comunicación y/o motoras, y en qué grado estas afectan la relación del niño con los demás.

Indagaremos sobre las relaciones sociales del niño con niños de su edad o diferentes, adultos. Añadiremos el funcionamiento social en relación con la situación ambiental.

Finalmente apuntaremos la situación familiar, la residencia habitual, las características de la familia.

- ❖ Antecedentes personales
- ❖ Antecedentes familiares
- ❖ Exploración física

En la exploración del niño, no debemos olvidar la observación de su comportamiento durante la consulta. Aunque ésta puede ser de gran utilidad, no debemos olvidar que el niño hiperactivo puede mostrar de forma momentánea una tranquilidad paradójica al encontrarse en ambientes nuevos; es aconsejable relajar el ambiente para observar su conducta habitual. Se valorará adicionalmente la presencia de tics o movimientos anormales.

Tras observar el comportamiento, es necesario obtener información del niño: motivos de comportamiento, relación con sus amigos, padres y profesores...

La exploración física no debe ser nunca obviada. Debe recoger la presencia de rasgos dismórficos o trastornos cutáneos, el desarrollo ponderoestatural, el perímetro cefálico, visceromegalias.

5.8.3 VALORACIONES COMPORTAMENTALES ADICIONALES

Para el correcto encuadre diagnóstico, e incluso para el seguimiento terapéutico, es necesaria la colaboración de los profesores. Para la comunicación con los mismos se pueden utilizar los métodos convencionales (contacto personal, telefónico o cartero); algunos autores señalan que el seguimiento telefónico es tan importante como el clínico. Sin embargo, en la práctica, esta tarea es prácticamente imposible, por lo que debemos hacer uso de cuestionarios estandarizados para profesores (Acters, Cap., SNAP, cuestionario-escala de Barkley, cuestionario de Gadow o el cuestionario de Connors para profesores...).

Todos los cuestionarios comportamentales reflejan, según uno o varios profesores, el comportamiento habitual del niño en la escuela, y son con

frecuencia más objetivos que la información obtenida de los padres mediante el mismo cuestionario. Aunque básicamente todos los cuestionarios son pobres en algunos aspectos diagnósticos o escasamente actualizados a los criterios diagnósticos vigentes, nosotros seguimos recomendando el cuestionario de conducta de Conners para maestros, revisada y abreviada para la población española, no sólo para el apoyo diagnóstico, sino para el seguimiento del niño tras la introducción del tratamiento. Nosotros incluimos los ítems clínicos del DSM-IV-TR, distribuidos de forma aleatoria para el apoyo diagnóstico; cada ítem tiene una valoración según intensidad, siendo dicotomizado posteriormente en falso, cuando el síntoma no aparece nunca o lo hace con escasa frecuencia, y verdadero, cuando aparece frecuentemente o siempre.

Debemos intentar que el cuestionario lo rellenen varios profesores; una valoración más global va a disminuir la propia subjetividad del test, aportando por otro lado, una información comportamental valiosa en relación a las materias que imparte cada profesor.

5.8.4 VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Desde el punto de vista neuro-psicológico, ningún test psicométrico se ha mostrado específico para este trastorno. Sin embargo pueden ser de gran utilidad no sólo para determinar el nivel cognitivo, sino para comprobar el rendimiento en cada una de las pruebas que se incluyen en el mismo. La presencia de un cociente intelectual límite o bajo no descarta el diagnóstico, aunque aumenta la dispersión atencional, dificulta aún más el buen rendimiento académico y puede relacionarse con un fracaso de las terapias farmacológicas habituales. Otras pruebas cognitivas encaminadas al estudio de la “impulsividad o flexibilidad cognitiva” ayudan a encuadrar el TDAH, pero su utilidad diagnóstica y terapéutica es escasa. El empleo de pruebas de atención sostenida o el registro prolongado del test de atención (p.e. Percepción de Diferencias) apoyan el diagnóstico aunque son enormemente inespecíficos. Del mismo modo, pueden aportar una valoración adicional en cuanto a la evolución del paciente una vez iniciado el tratamiento pautado.

5.8.5 DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

A partir de los datos recogidos hasta este momento, podremos apuntar una sospecha etiológica. En la mayor parte de los casos podremos apuntar una causa desconocida (TDAH idiopático). En un grupo menor de casos podremos relacionar una patología concreta que está justificando de forma directa el comportamiento observado, por ejemplo en la encefalopatía postraumática. La tendencia actual es agrupar a este tipo de pacientes en el apartado de TDAH de base orgánica. Un

subgrupo de estos niños mostrará ciertos rasgos físicos o comportamentales que nos apuntarán hacia una base genética u orgánica diferente que no puede ser abordada desde el punto de vista diagnóstico con las técnicas actuales. La distinción etiológica referida no solo refleja un interés profesional en la clasificación del trastorno, sino que asocia según nuestra experiencia una clara relación con la eficacia del tratamiento empleado y un pronóstico comportamental y atencional diferente.

1. TDAH idiopático. Causa desconocida. Antecedentes familiares frecuentes. Probable relación con desbalance de neurotransmisores (++dopamina-noradrenalina). Elevada a la forma idiopática.
2. TDAH sintomático. Causa conocida (encefalitis, gran prematuridad, TCE...). Antecedentes familiares pobres (reservado para trastornos genéticos conocidos como la fragilidad del cr. X). Respuesta a estimulantes menor.
3. TDAH criptogénico. Probable causa orgánica (rasgos dismórficos, Ito¹⁸, alteraciones cutáneas no encuadrables en trastornos neurocutáneos descritos...). Antecedentes familiares pobres. Asociación frecuente con otras patologías médicas. Respuesta a estimulantes menor.

Cuadro # 5: Protocolo diagnóstico del TDAH

Anamnesis

Entrevista con los padres y el niño:

- 1- Evolución de la sintomatología. Edad de comienzo. Curso de cada síntoma. Criterios diagnósticos compatibles.
- 2- Antecedentes personales. Embarazo y parto. Problemas durante el periodo neonatal. Enfermedades neurológicas. Estudios adicionales. Tratamientos empleados.
- 3- Antecedentes familiares. Tics, TDAH, trastornos psiquiátricos.
- 4- Situación familiar.

Exploración física

- 1- Valoración comportamental-atencional
- 2- Examen físico completo
- 3- Examen neurológico completo

¹⁸ FERNÁNDEZ-Jaén A, Calleja-Pérez B. trastorno de Déficit de atención con hiperactividad e Hipomelanosis de Ito, Rev. Neurol 200; 31: 680-681.

Evaluación complementaria

- 1- Entrevista estructurada, cuestionario, teléfono con profesores. Rendimiento. Comportamiento. Atención. Dificultades del aprendizaje.
- 2- Estudios psicológicos. CI. Nivel aprendizaje. Autoestima...
- 3- Estudios neuroradiológicas-analíticos según sospecha.
- 4- Estudios neurofisiológicos: dependiendo del caso y disponibilidad.

Diagnóstico etiológico

- 1- Idiopático
- 2- Origen orgánico (criptogénico o sintomático)

Diagnóstico diferencial

- 1- Trastornos médicos
- 2- Trastornos neurológicos
- 3- Trastornos neuro-psiquiátricos
- 4- Situación ambiental

5.8.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una vez llegado a este punto, y con una clara relación entre la sintomatología, la exploración física y los exámenes complementarios, es excepcional que la situación pueda llevarnos a errores diagnósticos.

Por otro lado, los criterios clínicos diagnósticos del DSM-IV-TR se asemejan o se comparten con los de otros trastornos que deben tenerse siempre presentes. El diagnóstico diferencial con estos trastornos debe establecerse siempre antes de apuntar finalmente el diagnóstico, especialmente en niños de menor edad. En otras ocasiones, el propio TDAH se va a asociar con trastornos neuro-psiquiátricos concretos que dificultan el diagnóstico definitivo.

Cuadro # 6: Diagnóstico diferencial del TDAH

Trastornos psiquiátricos
Trastornos de conducta
Trastorno negativista desafiante
Depresión mayor
Ansiedad. Trastorno de ansiedad por separación
Trastorno de angustia
Trastorno bipolar
Trastorno fóbico y obsesivo-compulsivo
Trastorno por consumo de sustancias
Trastornos médicos no estrictamente neurológicos
Trastornos tiroideos
Intoxicación-efecto de fármacos: estimulantes, broncodilatadores, antiepilépticos.
Dolor crónico. Estreñimiento. Hambre. Malnutrición.
Trastornos genéticos: Turner, síndrome X frágil, fenilcetonuria.
Tóxicos exógenos no médicos: plomo, alcohol, tabaco.
Trastornos médicos con afectación característica o predominante neurológica
Trastornos neurocutáneos: neurofibromatosis, esclerosis tuberosa...
Neoplasias: histiocitosis, leucemia...
Epilepsias generalizadas
Enfermedades degenerativas neurológicas: Wilson, leucodistrofias, lipofuscinosis.
Hidrocefalia
Procesos infecciosos: encefalitis, meningitis bacterianas.
Encefalopatía hipóxico-isquémica
Encefalopatía postraumática.
Trastornos de origen ambiental o psicosocial
Sobre-estimulación
Abandono
Privación socio-cultural
Aburrimiento
Abuso físico o sexual.

Cuadro # 7: Trastorno neuro-psiquiátricos¹⁹ que se asocian con frecuencia al TDAH.

- ❖ Trastorno disocial
- ❖ Trastorno negativista desafiante
- ❖ Trastornos del aprendizaje
- ❖ Trastorno de las habilidades motoras
- ❖ Trastorno bipolar
- ❖ Trastorno por consumo-abuso de sustancia tóxicas
- ❖ Trastornos de la comunicación
- ❖ Trastorno obsesivo-compulsivo
- ❖ Trastorno depresivo
- ❖ Tics crónicos. Trastorno de la Tourette
- ❖ Trastorno generalizado del desarrollo.
Autismo
- ❖ Retraso mental
- ❖ Esquizofrenia.

¹⁹ PEDREIRA JL. La Evaluación de los Trastornos Mentales en la infancia de Atención Primaria. An Esp Pediatr 200; 2000: S388-397.

5.9 TRATAMIENTOS PARA EL TDAH

Un comportamiento impulsivo es otro síntoma comúnmente visto en estos niños, tradicionalmente esto lo tratan con drogas como ritalin y dexedrin; estas drogas son prescritas para incrementar el nivel de dopamina en el cerebro, el objetivo es reducir lo impulsivo de estos niños y una alternativa es ver que está causando esta impulsividad para después eliminarla, muchas veces en alguna comida se encuentra lo que está causando esto.

La comida generalmente no es tan obvia como una alergia, razón por la que muchas veces no se toma en cuenta, algunos problemas que pueden causar el contenido de ciertos alimentos son dolores de cabeza, congestión nasal, ser impulsivo, distraído, hiperactivo, etc., por lo que debemos eliminar este tipo de alimentos y un nutriólogo puede darnos una dieta adecuada para nuestros niños.

Podemos hacer una prueba si nuestro niño padece este tipo de problema; el primer paso es eliminar ciertas cosas que usualmente come entre comidas o lo que mandamos de lunch a la escuela, comencemos con bebidas gaseosas, dulces, chocolates, colorantes y endulzantes artificiales, frituras empacadas, jugos enlatados o productos que contengan conservadores, disminuir un poco los productos lácteos.

Sé que estarán pensando ¿qué le voy a dar entonces? bueno algunos ejemplos que puedo darles son los siguientes: frutas y/o vegetales rayados cortados con limón y muy poca sal, palomitas elaboradas en casa, bebidas con frutas naturales endulzándolas con miel o muy poco azúcar, galletas integrales, nueces, cacahuates, un buen sándwich, etc., si ustedes hacen la prueba con esto en unos pocos días verán algunos cambios favorables en el comportamiento de sus hijos.

También el no tratar oportunamente el TDA puede generar otro tipo de problema en el aprendizaje como la dislexia, o dificultades para leer, disgrafía, problemas al escribir, además puede alterar el comportamiento de los niños, tanto en su acción como en su lenguaje, provocando hiperactividad (actuar sin reflexionar de las consecuencias).

Las lesiones cerebrales como todos los problemas pueden ir desde moderados hasta severas, cuando la lesión es moderada, muchas de las funciones del cerebro se podrán realizar correctamente Ej.: podrá hablar correctamente, ser muy hábil físicamente y despierto pero ser incapaz de leer o ser hiperactivo. Pero si la lesión es más severa muchas de las funciones del cerebro se verán afectadas como la movilidad, el habla, la capacidad manual, etc.

Los problemas de atención afectan también la organización cognoscitiva, de esta manera se observa una gran discrepancia entre sus capacidades potenciales y la ejecución que logra en individuo.

Todos los hiperactivos, ya sean niñas o niños, tienen que enfrentarse a un mayor número de fracasos que los niños sin este trastorno: cometen más errores, les cuesta más seguir la clase, organizarse, controlar sus rabietas, etc. Esta frustración constante es vivida por cada niño de manera diferente. Las niñas hiperactivas padecen comportamientos como: ansiedad desmedida, intentos de controlar el fracaso dedicando más horas de estudio, comportamientos de tipo obsesivo e hipercontrolado, y un exagerado celo en el cumplimiento de las normas (híper-adaptación a las normas).

Al igual que con la conducta hiperactiva (la persona parece estar siempre en movimiento), la historia del niño debe indicar la causa probable de la conducta distraible. Si el problema de atención ocurre solamente en ciertas ocasiones o lugares o en conjunción solo en ciertos eventos, consideren ustedes la ansiedad.

El tratamiento que ha probado tener un mayor nivel de efectividad es el que aborda el trastorno desde una perspectiva multidisciplinaria. En este enfoque intervienen tres profesionales (médico, psicólogo y educador), y los padres de familia.

El médico debe ser un especialista en neurología con experiencia en el manejo de TDA, generalmente estos especialistas le solicitan al paciente un electroencefalograma (EEG) para determinar con mayor precisión el diagnóstico y el tipo de medicamento que requiere el paciente.

En la actualidad, podemos disponer de tres modalidades para ayudar al niño: la farmacológica, la psicológica y la educativa.

5.9.1 Tratamiento Farmacológico.

Según García Pérez y García Campuzano, grupo Alborcohs, 1999 el tratamiento que se sigue para estos niños es, en su mejor caso, el uso de los medicamentos.

El principal fármaco que se utiliza es el METILFENIDATO. Esta sustancia química se comercializa con distintos nombres en diferentes países. Sus efectos inmediatos son un aumento de la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperactividad y la movilidad del niño, debido a que a través de ese agente externo se estimula al cerebro para que alcance los niveles de activación necesarios para un correcto mantenimiento de la atención (lo que repercute en

una mejora de muchos otros síntomas). Como efectos secundarios se produce en algunos casos una falta de apetito y de sueño. Sin embargo dichos efectos duran poco tiempo: se elimina por la orina en unas cuantas horas y, es preciso volver a tomar otra pastilla.

Por lo general, se toma una pastilla al levantarse y otra a medio día para que el efecto sea máximo en el momento en que el niño acude a la escuela, pero depende de la prescripción médica que se realiza en función de la edad del niño, la gravedad de sus problemas.

Los medicamentos que se utilizan con estos niños, son un buen apoyo mientras se combinen con procesos de enseñanza para que aprenda a regular su conducta por sí mismo.

Normalmente es adecuado medicar al niño después de los 5 años. Antes de esta edad no se puede medicar porque es difícil diagnosticar en el niño el déficit de atención, ya que está desarrollando su capacidad atencional y está en un período de exploración y manipulación, lo que hace difícil discriminar entre lo que es su comportamiento normal y el que no lo es. Estos fármacos no crean dependencia en el niño, aunque para que no se habitúe a la sustancia y deje de responder positivamente a ella es aconsejable su retirada temporalmente. Pero sí que puede crear dependencia psicológica en los padres ya que temen la retirada por miedo a que la situación pueda descontrolarse sin el fármaco.

Depende de la evolución que tenga el niño, se puede recomendar que se retire definitivamente o que se retome en períodos concretos. Por lo general, a partir de los 12 años no se hace necesaria, si ha recibido otra clase de ayuda psicopedagógica.

Los niños que presentan hiperactividad originado por una lesión cerebral en un porcentaje de su cerebro, si son atendidos de manera correcta, (tratando la lesión cerebral con la estimulación adecuada) le permitirá continuar con la formación correcta de su estructura cerebral y serán niños y adultos normales capaces de desarrollar su inteligencia de manera normal y hasta superior. Pero si son tratados sus síntomas sin solucionar el problema, con droga como la Ritalina que lo volverán más lentos, nunca lograran solucionar el problema y por el contrario tendrá otros ocasionados por el consumo de estas drogas y su dosis tendrá que aumentar proporcionalmente a su tamaño y a la tolerancia de su cuerpo a la misma. A no ser que ocurra un milagro o sea estimulado involuntariamente por su entorno.

Es importante que los maestros sepan que la medicina no controla al niño, ella le ayuda a filtrar las distracciones permitiéndole así concentrarse en las diferentes tareas que está realizando. Es claro que las medicinas formuladas al niño/a lo ayudan con éxito a controlar su conducta, pero no le enseñan autocontrol ni garantizan que su nivel de aprendizaje mejorara.

Las medicinas utilizadas impactan de manera notable la vida de los individuos con hiperactividad. Sin embargo, el empleo de éstas continúa siendo objeto de debates interminables. Los maestros del niño/a deben, consecuentemente observarlo y comunicar a los padres y medico los resultados que produzcan las medicinas prescritas, además de facilitar y asegurar que las toma a tiempo y en la forma correcta.

En los tratamientos de hiperactividad con Déficit de Atención se emplean típicamente dos tipos de medicinas:

Estimulantes: son los más utilizados y los que más han sido comprobados, en cuanto a su efectividad en los tratamientos de Hiperactividad. Se sospecha que estas drogas afectan neurotransmisores y pueden capacitar al niño/a para enfocar mejor su atención, regular su nivel de actividad y controlar sus comportamientos impulsivos.

Antidepresivos: se cree que actúan sobre los neurotransmisores del cerebro. Estas drogas con frecuencia, se prescriben a niños/as que no pueden tomar drogas estimulantes o a quienes muestran signos de depresión clínica.

No se recomienda utilizar tranquilizantes porque deprimiría aún más su nivel de activación, aumentando por tanto su conducta motora para estimularse y que de esa manera suba.

5.9.2 Tratamiento Psicológico.

Desde la perspectiva psicológica el enfoque terapéutico más adecuado es el Cognitivo-Conductual, este modelo de trabajo ha demostrado eficacia por el tipo de estrategias que maneja en su tratamiento²⁰, como son, premiar los cambios positivos de comportamiento y explicar claramente que se espera de las personas con TDA.

La participación de padres de familia y educadores en el tratamiento es muy necesaria debido a que el padecimiento afecta negativamente la autoestima del

²⁰ HALLOWELL, E.M y RATEY, J.J. TDA controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta. Editorial Paidós. Barcelona.

paciente (se siente menos apto), y por su impulsividad puede llegar a tener dificultades para establecer relaciones interpersonales (se siente rechazado); además las personas con TDA, suelen recibir menos halagos o menos recompensas que otros.

La vida puede ser difícil para niños con el trastorno de déficit de atención. 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 saca los juguetes y pierde tus cosas. Los niños que viven o comparten un aula con un niño con estas características, 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 desordenes, coge 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.

Ante todo esto los padres tienen que crear un ambiente familiar estable (es decir, el cumplir o no ciertas normas propuestas por los padres tienen las mismas consecuencias), consistente (no cambiar las reglas de un día para otro), explícito

(las reglas son conocidas y comprendidas por las dos partes) y predecible (las reglas están definidas antes de que se "incumplan" o no.

También contamos con otro tipo de intervenciones psicológicas que nos facilitan el tratamiento en estos niños, como son:

La terapia cognitiva-conductista ayuda a personas a trabajar asuntos más inmediatos. En vez de ayudar a personas a entender sus sentimientos y acciones, la terapia los apoya directamente en cuanto a cambiar su comportamiento. El apoyo puede ser asistencia práctica, tal como ayudar a aprender a pensar cada tarea y organizar su trabajo o fomentar nuevos comportamientos dando elogios o premios cada vez que la persona actúa de la forma deseada. Un terapeuta cognitivo-conductista puede usar tales técnicas para ayudar a un niño beligerante (aprender a controlar su tendencia a pelear) o a una adolescente impulsiva a pensar antes de hablar.

El adiestramiento en cuanto a destrezas sociales también puede ayudar a niños a aprender nuevos comportamientos. En el adiestramiento de destrezas sociales, el terapeuta habla de y muestra comportamientos apropiados tales como esperar el turno, compartir juguetes, pedir ayuda o responder a burlas, y luego le da la oportunidad al niño de practicar. Por ejemplo, un niño puede aprender a "leer" las expresiones faciales y el tono de voz de otras personas para poder responder más apropiadamente. El adiestramiento de destrezas sociales ayuda a aprender a participar en actividades de grupo, a hacer comentarios apropiados y a pedir ayuda. Un niño puede aprender a ver cómo su comportamiento afecta a otros y a desarrollar nuevas maneras de responder cuando está enojado o lo empujan.

Los grupos de apoyo conectan personas con inquietudes en común. Muchos adultos y padres de niños afectados pueden encontrar que es útil unirse a un grupo local o nacional de apoyo de este trastorno. Los miembros de los grupos de apoyo comparten frustraciones y éxitos, recomendaciones de especialistas calificados, información acerca de qué funciona, así como esperanzas en sí mismos y en sus hijos. El compartir experiencias con otros que tienen problemas similares ayuda a personas a saber que no están solas.

El adiestramiento en destrezas en cuanto al cuidado de hijos, ofrecido por terapeutas o en clases especiales²¹, les da a los padres las herramientas y técnicas para manejar el comportamiento del hijo. Una de estas técnicas es separar el niño del resto por un corto tiempo cuando el niño se vuelve ingobernable o fuera de control. Durante los tiempos en que está separado del

²¹ ARMSTRONG, T. síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Estrategias en el aula. Barcelona. Editorial Paidós.

resto de los niños, se saca el niño de la situación inquietante y se sienta solo y quieto por un rato hasta calmarse. También se les puede enseñar a los padres a darle "tiempo de calidad" al niño cada día durante el cual comparten una actividad placentera o relajada. Durante este tiempo junto, el padre busca oportunidades para observar y señalar lo que el niño hace bien y para elogiar sus fuerzas y habilidades.

5.9.3 Tratamiento Educativo.

Una manera efectiva de modificar el comportamiento de un niño es a través de la ayuda educativa regida por premios, castigos, economía de fichas y contrato de contingencias.

- ❖ **Premios:** Para un niño un premio es algo agradable que desea alcanzar, de tal modo que hará lo que sea por conseguirlo.

Las actividades que más le gustan al niño y que habitualmente suele realizar, como pueden ser jugar con sus juguetes, ver la televisión o ir al cine con sus primos pueden entenderse y emplearse como un premio. En definitiva debe ser algo que el niño quiere y que tiene ganas de conseguir. Así pues el niño recibirá un premio cada vez que cumpla con la tarea deseada.

- ❖ **Castigo:** Los castigos implican privar al niño de algo que le agrada o forzarle a hacer algo desagradable. Puede resultar eficaz a veces, pero no siempre elimina las conductas inapropiadas en el niño hiperactivo.

El castigo puede ser útil para controlar ciertas conductas temporales, pero a largo plazo carece de eficacia. Si la conducta es indeseable el castigo más eficaz es ignorarla. Siempre y cuando la conducta no sea peligrosa. Lo más aconsejable es que el tiempo transcurrido entre la conducta y el premio o castigo sea breve para asegurar su eficacia.

- ❖ **Economía de fichas:** Esta técnica consiste en dar puntos negativos o positivos en función de si se cumple o no cierta conducta.

Cada punto negativo elimina el valor del punto positivo. El número total de puntos se canjea por distintos premios. La lista con las conductas "objetivo" tienen que estar a la vista del niño, así como los puntos conseguidos. Se recomienda utilizar con niños de 3 a 12 años.

- ❖ **Contrato de contingencias:** Esta técnica se recomienda utilizar con niños de 12 ó 13 años.

Consiste en hacer un contrato por escrito con el niño acerca de su comportamiento. Cada uno tiene que dejar constancia en términos específicos de la conducta que desea en el otro. Aquí se establece un diálogo y un acuerdo entre padres e hijos. Por lo tanto el niño juega un papel importante en el control de su conducta.

EL PAPEL DE LOS PADRES:

1. Conozca e infórmese más acerca del trastorno y de las maneras de intervenir positivamente.
2. Sea consistente. Defina con claridad lo que usted espera.
3. Lleve una grafica de la mejoría en la conducta. El propósito de esto es establecer la conducta de la cual estén más preocupados.
4. Dedíquele de 10 a 15 minutos diarios de tiempo especial para escucharlo, platicar y atender a lo que hace.
5. Refuércelo positivamente y motívelo. No la motivación que se hace para que cumplan, sino la motivación que se convierte en un proceso propio.
6. Maneje el tiempo fuera. Cada vez que su hijo cometa algo indebido hay que dar el manejo como en los juegos de jockey, tiempo fuera de penalización. Para esto se necesita de un lugar tranquilo donde se siente y que no mire hacia la pared.
7. Recompense enfocándose solamente en una o dos conductas sociales.
8. Tiempo fuera también cuando se sobre estimule.
9. Hable con los maestros, lo más probable es que estén ignorantes sobre el padecimiento y su manejo. Informarles al respecto y los manejos que requiere.
10. No castigue a su hijo por factores que están más allá de su control. Si usted es paciente y persistente observará una mejoría en la conducta de su hijo (a).

QUÉ DEBE HACER EL NIÑO HIPERACTIVO:

- ✓ Cuando sea necesario, pide al maestro o al jefe que repita las instrucciones, en lugar de tratar de adivinar.
- ✓ "Rompe" o "desglosa" tareas largas o trabajos en pequeñas partes. Establece una fecha límite para cada parte y regálate una recompensa cada vez que termines una de ellas.
- ✓ Cada día, haz una lista de lo que necesita hacer. Planea el mejor orden para hacer cada actividad. Fija un horario. ¡Usa un calendario o agenda!.

- ✓ Estudia o trabaja en áreas tranquilas y sin distractores (lejos de ventanas y puertas).
- ✓ Haz una sola cosa a la vez. Maneja pequeños descansos entre una actividad y otra.
- ✓ Escribe las cosas que necesitas recordar en una libreta.
- ✓ Pon hojas auto-adheribles en diferentes partes de tu casa para recordar ciertas actividades, como en el refrigerador o en el espejo, en el locker, o en el tablero del coche.
- ✓ Guarda las cosas de acuerdo a sus usos, ejemplo: los discos en un lugar específico, las chequeras y recibos en otro etc.
- ✓ Haz una rutina. Prepárate para ir a la escuela o al trabajo a la misma hora, en la misma forma, cada día.
- ✓ Haz ejercicio, nutre tu cuerpo con una dieta balanceada, y duerme lo suficiente.

Es un aspecto importante de los problemas de un niño y debe ser identificado, porque comporta diferentes consecuencias de la conducta desafiante, agresiva o desobediente. Por otra parte, las implicaciones cognitivas no son muy específicas. Aunque los niños hiperactivos se comportan de forma caótica, no son técnicamente distraídos. Aunque su rendimiento sea inferior en las tareas de ejecución continua, no es necesariamente a causa de su impersistencia.

La hiperactividad es un término que describe un conjunto de trastornos conductuales característicos.

Muchos niños, no evidencian conductas hiperactivas a un nivel molesto hasta que inician un programa formal de educación, el cual los coloca bajo presión y les exige más demandas. En este momento, el profesor percibe una incapacidad del niño para adaptarse a las expectativas habituales de aquellos que están en contacto frecuente con él.

Cuando las células cerebrales son incapaces de funcionar adecuadamente, el niño puede tener dificultades. Muchos niños hiperactivos tienen disfunciones cerebrales debido a alguna forma de desequilibrio químico en el cerebro o en el sistema nervioso. Las conexiones neuronales pueden ser incapaces de funcionar adecuadamente: fracasan en inhibir o diferir los estímulos que entran, a través de los cuales el niño está percibiendo su entorno. En muchos casos, el sistema neurofisiológico puede estar dañado, debido a enfermedades o accidentes, y en este caso es incapaz de funcionar normal.

5.10 DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE.

Detrás de la mayoría de los niños diagnosticados de TDAH se encuentran un rendimiento académico inferior al que se espera por edad e inteligencia.

Esto se puede explicar por la propia sintomatología del trastorno, la hiperactividad, impulsividad o la dificultad atencional no son buenos aliados para un adecuado proceso de aprendizaje. Además, el TDAH suele asociarse con dificultades o trastornos propios del aprendizaje, sobre todo ante las tareas de lectura, escritura, cálculo y matemáticas.

5.10.1 EL NIÑO CON TDAH CON TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE.

Todas las personas están sometidas constantemente a estímulos²² varios en el hogar, colegio, trabajo y las diversiones, las cuales distraen e interfieren con la atención y el aprendizaje.

Los niños hiperactivos suelen presentar algunos de los siguientes trastornos:

- ◆ Trastorno de lectura: dislexia, discalculia.
- ◆ Trastorno de expresión escrita: disgrafía, disortografía.
- ◆ Trastorno de habilidades motoras.
- ◆ Trastorno de comunicación.
- ◆ Trastorno de lenguaje expresivo: lenguaje comprensivo, tartamudez y fonológico.
- ◆ Trastorno de control emocional: afectivo, ansiedad, pánico obsesivo.
- ◆ Trastorno control de movimiento: tic, epilépticos, sueño.
- ◆ Trastorno de bienestar.

Algunos ejemplos de estas dificultades:

- ❖ María lee tambor en lugar de temor.
- ❖ Marcos escribe gitara cuando lo que quería escribir era guitarra.
- ❖ Juan responde 7 cuando se le pregunta por el producto de 2 por 5.

5.10.2 DIFICULTADES EN LA LECTURA EN ALUMNOS CON TDAH.

La categoría de trastorno de la lectura se aplica a los niños que no pueden aprender a leer a pesar de unas capacidades sensoriales e intelectuales normales. Frecuentemente se denomina «dislexia» o «incapacidad específica para la lectura». Las habilidades para la lectura son complejas, incluyendo varias dimensiones que contribuyen a identificar palabras, leer con fluidez y comprender

²² STEVENS, S.H. Dificultades en el aprendizaje, Éxito en el aula, niños con discapacidad de aprendizaje y con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Editorial Apostrofe.

textos. El indicio más fiable del Trastorno de la Lectura²³ (TL) es la incapacidad para desarrollar rápidamente la habilidad de identificar palabras fuera de contexto (Lovett, 1992; Stanovich, 1986, 1994). Típicamente, la causa de esta incapacidad para identificar palabras es un déficit subyacente en habilidades específicas propias del lenguaje, denominadas *procesamiento fonológico* (para revisiones, v. Adams, 1990; Brady y Shankweiler, 1991; Vandervelden y Siegel, 1996; Wagner y cols., 1994; Wolf, 1991, citadas por Brown, 2000). Modelos más recientes también implican déficit en nombrar de forma automatizada y rápida al no poder desarrollar habilidades eficaces para identificar palabras (Bowers, 1995; Meyer y cols., 1998; Wolf, 1991).

El procesamiento fonológico implica habilidades auditivas que permiten reconocer, diferenciar y manipular los sonidos simples del habla en palabras (llamados *fonemas*), lo que a su vez favorece la habilidad para procesar el lenguaje oral y escrito (Adams, 1990; Wagner y cols., 1994). Es una estructura multidimensional que puede incluir varias habilidades latentes:

- ❖ Recuperación de códigos fonológicos o pronunciaciones asociados a letras, segmentos de palabras y palabras enteras a partir de su almacenamiento a largo plazo.
- ❖ Análisis y síntesis fonológicos, referidos a la capacidad de dividir palabras enteras en unidades constituyentes (p. ej., fonemas) y mezclar fonemas aislados para formar palabras enteras, respectivamente,
- ❖ Codificación fonológica de la información en la memoria de trabajo para almacenarla a corto plazo durante el procesamiento en curso (para revisiones más completas, v. Adams, 1990; Wagner y cols., 1994; Wolf, 1991).

Los déficit de estas habilidades dificultan mucho el aprendizaje de las correspondencias entre letra y sonido (grafema-fonema) porque el niño no tiene ninguna base para dividir los patrones ortográficos que corresponden a las unidades de sonidos, no extrae reglas para su síntesis ni las usa para descodificar por analogía (Lovett, 1992).

Se cree que una denominación rápida, que exige la pronunciación veloz de los nombres de los estímulos visuales (letras, dígitos, colores, objetos), es distinta del procesamiento fonológico e influencia el desarrollo de habilidades para identificar palabras y, posiblemente, para la comprensión lectora (Bowers, 1995; Meyer y cols., 1998; Wolf, 1991). Las deficiencias en denominación rápida pueden reflejar insuficiencias en un mecanismo preciso de sincronización necesario para

²³ Trastornos de lectura son aquellos por los cuales un niño lee por debajo del nivel esperado dada su edad, grado escolar e inteligencia. Los niños que tienen un trastorno de lectura leen despacio y tienen dificultades para entender lo que leen. Pueden tener dificultades para reconocer palabras y confunden palabras que parecen similares.

desarrollar códigos ortográficos e integrarlos con códigos fonológicos (Bowers y Wolf, 1993). Se ha observado que los niños con déficit en conocimiento fonológico y en velocidad de denominación visual (doble déficit) presentan una alteración mayor y responden menos al tratamiento que los individuos que sólo muestran un déficit fonológico (Wolf, 1991).

Los efectos de los déficit de procesamiento fonológico ejercerán su impacto a través del sistema de lenguaje y probablemente afectarán otros procesos lingüísticos basados fonológicamente, tales como ortografía, escritura, denominación evocación de palabras, memoria verbal, percepción y producción del habla, y escuchar (Shaywitz y cols., 1994).

Típicamente, aunque no de forma invariable, el TL se acompaña por déficit en el habla y en el desarrollo del lenguaje. Niños (y adultos) con TL a menudo presentan una historia de producción de frases cortas y sintácticamente simples, pronunciación incorrecta y deficiencias en el vocabulario receptivo y en el nombramiento de objetos (v., p. ej., Scarborough, 1990). Frecuentemente, también experimentan una dificultad incluso mayor con la ortografía, que continúa siendo un inconveniente a lo largo de la vida aun cuando ha mejorado la dificultad para la lectura (DeFries y cols., 1991; Stevenson y cols., 1993, citados por Brown).

- ✓ Omisiones: olvidar leer una letra, sílaba, palabra o incluso toda una frase.

Lee:

“mi hermana tiene seis año_”

- ✓ Adiciones: añadir letras, sílabas o palabras al texto que se está leyendo.

Lee:

“las casa de mis tíos”

- ✓ sustituciones: leer una letra, sílaba o palabra por otra.

Lee:

“me acerque al perro con cierto tambor” (en lugar de temor).

- ✓ Comprensión lectora deficiente: se traduce a una mala comprensión de textos escritos (lecturas), o comprensión deficitaria de las instrucciones que acompañan las tareas.
- ✓ Desmotivación ante la lectura: a menudo por fatiga, fracasos anteriores o por la misma dificultad que conlleva mantener la atención ante tareas largas.
- ✓ Dificultad ante algunos grupos consonánticos como: tr/bl/pr/bl/.

- ✓ Perdida ante la lectura: sobre todo se manifiesta durante la lectura grupal en clase, cuando ante la demanda del maestro para que lean responden: “¿por dónde vamos?”

5.10.3 DIFICULTADES EN LA ESCRITURA.

A menudo comete los siguientes errores;

Fui aver (a ver) a los aguelos (abuelos) dos semana (semanas) des pues (después) volevere (volveré) a casa.

- ✓ Unión de las palabras <aver>
 - ✓ Fragmentaciones: des pués.
 - ✓ Adición de letras: <vol-e-veré>.
 - ✓ Omisión de letras silabas o palabras: <semana-s>
 - ✓ Sustitución de letras, silabas o palabras: <aguelos>
 - ✓ Repetición o rectificación de silabas o palabras.
- ✓ Caligrafía pobre y desorganizada: a la hora de trabajar la caligrafía, será necesario pararse y preguntarse: ¿la mala letra se produce por rapidez y descuido debido a su impulsividad...? ¿se produce por despiste, no se fija donde tiene que iniciar el escrito o apoyar las palabras...? ¿Comete errores concretos en algunos trazos, no finaliza la <r>, no cierra las vocales...? En función de los errores que cometa se actuará de una manera o de otra.
 - ✓ Mayor número de faltas ortográficas: suelen presentarse mayor número de errores ortográficos que sus compañeros; esto se debe principalmente a la combinación de dos factores: les cuesta memorizar las normas ortográficas y, una vez memorizadas, por su dificultad atencional, cometen errores a la hora de automatizarlas (a la hora de aplicar una norma que conoce). Esto demuestra que no por la repetición o práctica reiterada de las normas se consigue forzosamente el éxito.
Si se considera que la mayoría de las veces estos errores se producen a causa de la inatención, lo más eficaz será el refuerzo y el hábito de repasar al finalizar la tarea.

5.10.4 DIFICULTADES EN LAS MATEMÁTICAS.

- ✓ Pobre comprensión de los enunciados. Probablemente se debe a una lectura impulsiva o falta de atención durante la lectura y análisis de lo que se pide. El trabajo mediante auto-instrucciones evitará esta lectura precipitada y le ayudará a descifrar el enunciado.

- ✓ Errores por descuido a la hora de aplicar el signo: que previamente ha decidido (el niño decide de forma correcta hacer una suma, pero al realizar la operación procede a hacer una resta).
- ✓ Dificultad de obstrucción de conceptos matemáticos: un niño pequeño que se inicia en la resolución de problemas matemáticos puede tener dificultades para entender su significado, si los datos que se presentan son muy elevados o lejanos a su realidad cercana.
Cuando nos encontramos con un niño que se pierde en esta comprensión más abstracta será probablemente necesario retroceder en este proceso y enseñarle a convertir esas cifras o datos lejanos o amplios en otros más cercanos o pequeños.

Respecto a las habilidades necesarias para resolver adecuadamente los problemas, los niños con TDAH suelen presentar falta de organización, dificultades para identificar las partes importantes o relevantes, dificultades para aplicar conocimientos previos, falta de una secuencia lógica para resolverlo y/o cálculos descuidados e imprecisos.

Una estrategia que se ha mostrado muy efectiva con estos niños para trabajar la resolución de problemas matemáticos es la aplicación de auto-instrucciones.

Se puede utilizar esta señal cuando el niño se tenga que detener a pensar antes de proceder a llevar a cabo una tarea.

- ✓ Respecto al cálculo. Probablemente se observaran errores derivados de una respuesta impulsiva incluso ante operaciones muy sencillas (le preguntamos por la suma de 3 y 2 y nos responde 6 o por el producto de 2 y 5, y nos dice 7). Nos volvemos a encontrar aquí ante un problema de falta de reflexión antes de dar respuesta. En general es necesario ofrecerles más tiempo para pensar, ayudarles a crear el hábito del repaso y permitirles rectificar.

6. METODOLOGÍA.

El método de investigación que se ha utilizado en este trabajo es la investigación acción participativa, su enfoque es descriptivo. (Entiéndase en adelante IAP) como un tipo de investigación cualitativa, los fines de esta son: La recuperación de la crítica del saber, reconocer la realidad, recuperar la historia, analizar críticamente los intentos para extraer nuevas enseñanzas, en la IAP se trabaja para activar los recursos positivos de un grupo, buscando la participación activa de todos estos.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

1. Examinan las características del problema escogido.
2. Lo definen y formulan sus hipótesis.
3. Enuncian los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.
4. Eligen los temas y las fuentes apropiados.
5. Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos.
6. Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
7. Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.
8. Realizan observaciones objetivas y exactas.
9. Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

6.1 POBLACIÓN O MUESTRA

La investigación se llevo a cavo en tres instituciones educativas de la localidad de Usaquén, con el fin de aplicar una encuesta a docentes y padres de familia de niños de cuatro a siete años, los cuales se encontraban en los grados 0 hasta primero.

6.1.1 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por sujetos del CED Don Bosco III y el CED el Codito, ubicados en el barrio el Codito de la localidad de Usaquén y el CED Agustín Fernández.

En el CED Don Bosco III contamos con un total de 14 niños (1 niñas y 13 niños), entre los 4 y 7 años, 14 padres de familia y 3 docentes. El barrio es de estrato socioeconómico tres, con condiciones sociales muy desfavorables.

En el CED el Codito contamos con un total de 11 niños (7 niñas y 4 niños), los cuales se encuentran en edades de los 4 a 7 años, 11 padres de familia y 2 docentes de la institución.

En el CED Agustín Fernández encontramos 10 niños (8 niños y 2 niñas) que presentan características de TDAH.

En la muestra total de niños son de 35 niños, 35 padres de familia y un total de 7 docentes que nos colaboraron en la elaboración de los Test.

6.2 INSTRUMENTOS.

En esta investigación se aplicaron los siguientes instrumentos: la observación participante y la no participante, en algunos de las instituciones educativas visitados nos permitieron realizar registro fotográfico y de video, también se llevo un diario de campo, entrevistas, una revisión de las hojas de diagnostico del CED El Codito, los demás no nos permitieron esta información, por último se aplico el test de Conners a padres y maestros.

- ❖ Observación: Es un proceso mental que implica la identificación de las características de los estímulos (objetos o situaciones) y la integración de estas características en un todo que representan la imagen mental del objeto o situación. Se utiliza para recolectar los datos necesarios para un estudio. La observación es un método clásico de investigación científica;

además, es la manera básica por medio de la cual obtenemos información acerca del mundo que nos rodea.

- ❖ Observación participante: Este tipo de observación está determinado por el hecho de que el observador participa de manera activa dentro del grupo que se está estudiando; se identifica con él de tal manera que el grupo lo considera uno más de sus miembros. es decir, el observador tiene una participación tanto externa, en cuanto a actividades, como interna, en cuanto a sentimientos e inquietudes.
- ❖ Registro fotográfico y video.
- ❖ Diario de campo²⁴: El diario de campo permite describir y registrar las impresiones personales, los ruidos, las conversaciones, los comentarios, los gestos, historias de vida o cualquier tipo de actividades que sirven de apoyo al momento de analizar e interpretar.
- ❖ Entrevistas: es una de las técnicas de la investigación cualitativa²⁵. Se afirma que por medio de la entrevista se obtiene toda aquella información que no obtenemos por en la observación, porque a través de ello podemos penetrar en el mundo interior del ser humano y conocer sus sentimientos, su estado anímico, sus ideas, sus creencias y conocimientos.
- ❖ Anamnesis:
- ❖ Test: prueba que evalúa, conocimientos, aptitudes, comportamientos, etc.

6.3 FASES DEL PROCESO.

Primera Etapa (IAP) Preparación:

- ❖ Antecedentes que sabe acerca de la hiperactividad.
- ❖ Selección del tema que se va a investigar
- ❖ Recolección de la información acerca del tema.
- ❖ Elaboración de RAES.

²⁴ KOTTAK, Conrad Philipp. "Métodos de Campo". En: Antropología: una Exploración de la Diversidad Humana. Editorial. McGraw. Hill. 1994. Pág. 19.

²⁵ Cerda, Gutiérrez. Hugo. "Los Elementos de la Investigación. Editorial. El Búho. 2002. Pág. 258.

Segunda Etapa la indagación:

- ❖ **Recolección de datos:** se preseleccionaron los niños que cumplían con las características para llevar a cabo la investigación y posteriormente se aplicó una encuesta a padres y maestros.
Se realizó una visita a la Secretaría de Educación (SED), con el fin de buscar información acerca del porcentaje que ellos manejan sobre TDAH en las instituciones educativas de la Localidad de Usaquén.
- ❖ **Analizar los datos:** los datos obtenidos en la encuesta dan cuenta de la presencia de indicadores de TDAH en la población.
- ❖ **Compartir los resultados.**
- ❖ **Redefinir el problema e identificación de las causas.**
- ❖ **Búsqueda de alternativas para lograr los objetivos.**
- ❖ **Hipótesis de acción y elección, decidir conjuntamente que hacer.**
- ❖ **Evaluación**

Tercera etapa: La Propuesta.

- ❖ **Por medio de la elaboración de la propuesta se brindan estrategias didácticas donde el docente pueda intervenir de manera práctica en el diagnóstico y la intervención pedagógica de niños de 4 a 7 años de edad.**

6.4 RESULTADOS Y ANÁLISIS ESPERADOS

6.4.1 ANAMNESIS CENTRO EDUCATIVO DON BOSCO III

ACOSTA GARCIA FAUSTO DAVID

Es un niño que presenta algunos de los síntomas que indican hiperactividad como lo son, disgrafía, no tiene coordinación vasomotora, es agresivo y no se mantiene quieto mucho tiempo.

ANDRÉS FELIPE SIERRA

Dentro de sus comportamientos no presenta ningún déficit a nivel de escritura o motricidad que sean graves, pero es una niño que trabaja bien pero le cuesta mantener orden en el salón de clase, ya que termina sus actividades rápido pero le cuesta quedarse sentado a esperar que sus demás compañeros terminen. Se para a jugar, en ocasiones no termina las tareas pendientes, se pone sensible y le gusta molestar a sus compañeros.

BALAGUERA JHON SEBASTIÁN

Es un niño muy inquieto y trabaja con dedicación pero en ocasiones deja tareas inconclusas, y al momento de llamarle la atención se pone sensible. Es agresivo con sus compañeras (niñas), presenta un poco de indisciplina en el salón ya que se distrae con facilidad, Es un niño que le gusta asumir retos. Debe mejorar su caligrafía y debe trabajar la separación de palabras al escribir.

RIVERA ÁLVARO.

Presenta mala escritura y por ende su lectura no es muy fluida. Debe reforzar caligrafía, ortografía y puntuación.

A nivel de comportamiento es un niño que se distrae con facilidad, deja sus actividades sin terminar, molesta a sus demás compañeros con el fin de llamar su atención, es un poco problemático le gusta buscar pelea, en algunas ocasiones ha sido sorprendido hurtando cosas del salón o de sus compañeros.

En ocasiones sus compañeros lo ignoran lo cual lo hace ponerse de mal humor.

MALDIVELSO ANDRÉS

Presenta un atraso de motricidad fina de acuerdo a su edad, no escribe bien y sobre todo se le dificulta la escritura de algunas palabras. Es inquieto, no pone atención a las instrucciones que da la maestra, en ocasiones se ve un niño triste,

es un niño explosivo; por algún comentario que le hace alguno de sus compañeros.

VALBUENA JUAN

Es inquieto, le gusta asumir retos, es un niño exigente frente a sus compañeros y le gusta que sus exigencias sean cumplidas de inmediato, o si no los molesta, les pega, le daña y quita objetos (juguetes, cuadernos, lápices, etc.) a sus compañeros, es mentiroso.

BUITRAGO KAREN

A nivel de motricidad fina, es necesario reforzar para mejorar su escritura. Es una niña agresiva y pelea con sus compañeros fácilmente.

Es una niña exigente frente a sus compañeras, cuando sus exigencias no son cumplidas llora, es un poco mentirosa, en ocasiones sus amigas la excluyen de actividades. No le gusta asumir retos, e interfiere en las actividades que están realizando sus compañeros con el fin de molestarlos.

MOTAVITA JAIVER

Participa activamente durante las actividades, pero en ocasiones deja las tareas a medias, es un niño sensible, se le observa triste, es impulsivo, también se le ha observado llorando constantemente, pero su estado de ánimo cambia de repente, se le triste, serio o bravo pero al momento ya esta alegre. Es bastante dañino y un poco mentiroso.

NIETO DANIEL

Es un niño inquieto, se distrae con facilidad, su concentración no es mayor a 5 minutos, juega en el salón, siempre debe permanecer activo, en ocasiones actúa con impulsividad llevándolo a cometer errores, los cuales lo hacen poner de mal humor.

RODRÍGUEZ JOHAN

Se distrae fácilmente, no identifica letras, pierde muy rápido en interés en las diferentes actividades que realiza, en ocasiones se muestra inquieto en otras es demasiado pasivo. Deja tareas inconclusas, es un niño muy serio para su edad, sus estados de ánimo cambian constantemente y con mucha facilidad. En ocasiones se aísla de sus amigos con el fin de estar solo.

VARGAS DUBAN FELIPE

Es demasiado inquieto, no le gusta poner atención, siempre deja sus tareas sin terminar, se distrae con facilidad le gusta interrumpir a sus compañeros, cuando están desarrollando las actividades, molesta a sus compañeros y siempre les esta buscando pelea, es agresivo, y se quiere pasar de listo frente a sus compañeros y maestros.

PARRA CHAPARRO NICOLÁS

Siempre busca la ocasión para ponerse a jugar en el aula de clase, grita, chifla, se sube a las mesas, es impulsivo, no presta atención, y por esta razón entre las tareas sin terminar, presenta problemas al momento de realizar alguna actividad que exige concentración y atención, en ocasiones molesta a sus compañeros, es un poco grosero. En ocasiones presenta problemas al momento de trabajar con niñas.

URREGO SUÁREZ EDUARDO.

Es un niño inquieto y un poco agresivo, pero es participativo en clase, le gusta trabajar en sus actividades, pero se distrae con facilidad. Se para al momento de terminar para hablar, jugar, saltar y logra distraer a sus demás compañeros. Es peleador, no respeta turnos al momento de jugar con sus compañeros, no se lleva muy bien con sus compañeros (hombres), le gusta provocarlos para pelear con ellos.

CARABUENA DANIEL

Es inquieto en exceso algunas veces es difícil de controlar, es impulsivo se enfrenta a quien sea, deja tareas sin terminar, es sensible, peleador, sus estados de ánimo cambian constantemente y con facilidad, es malgeniado cuando no consigue lo que quiere.

CONCLUSIÓN

En general se puede decir que estos niños presentan características de niños con TDAH, son niños agresivos, resuelven sus problemas a los golpes, son inseguros, hablan en clase presentan problemas de atención y concentración, también presentan problemas en la lectura y escritura, algunos de estos problemas son: la omisión de letras y la escritura de algunas (confunden letras).

También muestran diferentes problemáticas familiares, como el maltrato infantil, la falta de alguno de los padres (madre o padre), familiares que consumen

sustancias alucinógenas, familiares en prisión, niños y niñas que son dejados al cuidado de otras personas, problemas económicos. Dichas problemáticas interfieren en su correcto desarrollo intelectual, emocional, social, cultural y moral. Muchos de estos niños son maltratados física y psicológicamente, por sus padres, amigos y hasta docentes.

Estos niños y niñas al ver la situación económica por la que pasan sus padres dicen que es mejor trabajar que estar estudiando, es allí donde son niños/as que se comportan mal con sus profesoras, no prestan atención a las actividades que tienen que realizar.

La mayoría de estos niños y niñas asisten a clases los sábados con el fin de recibir un refuerzo, en las áreas donde muestran mayor dificultad de aprendizaje, es allí donde nosotras como futuras docentes hemos venido desarrollando un trabajo con ellos, al principio estos niños se muestran agresivos y desobedientes frente a nosotras pero con el paso del tiempo nos volvemos más que sus maestras en sus amigas, es por esta razón que alguno de los niños nos van contando sus historias de vida y nos damos cuenta por las diferentes situaciones por las que pasan.

6.5. VIDEO

COLEGIO	CED Educativo Don Bosco III
CURSOS OBSERVADOS	Los cursos observados fueron 0 y 1.
FECHA	Junio 13 del 2007 A las 9:00 de la mañana.
DESCRIPCIÓN.	En el centro educativo don Bosco III, se realizo un video con los niños de 0 y primero con el fin de recoger un registro para llevar a cabo un estudio descriptivo sobre estrategias didácticas para niños que presentan TDAH. Se registraron los distintos comportamientos de los niños y niñas en el aula, a si mismo la actitud de las docentes, frente a estos comportamientos.
COMPORTAMIENTOS OBSERVADOS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niños y niñas desobedientes. ▪ Niños y niñas que no podían estar sentados por mucho tiempo.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niños y niñas corriendo por el salón. ▪ Niños y niñas gritando. ▪ Docentes de mal genio y gritando a los niños por no obedecer. ▪ Niños quitándole las cosas a sus compañeros. ▪ Niños pegándoles a otros. ▪ La mayoría de los niños tratando mal a sus demás compañeros, les decían groserías.
--	--

6.5.1 ANÁLISIS VIDEO

Los niños de primero se emocionaron al ver que los estábamos grabando, cuando llegamos estaban en clase de español, en este momento los niños tenían muchos elementos distractores ya que los niños de otros cursos de encontraban en descanso, entonces se distraían con facilidad y no prestaban atención a las instrucciones de la profesora, además en el salón encontramos parlantes y en la dirección estaban dando una información a cerca de unas actividades que se iban a llevar a cabo en el colegio. Por consiguiente al oír más ruido los niños, niñas y la misma profesora empezaron a hablar más duro, para poder entender lo que decían sus compañeros y profesora.

Daniel Carabuena nos cuenta la profesora que es un niño muy indisciplinado, en ocasiones no obedece y además le pega a sus compañeros, grita en clase, se para de su puesto y cuando se le pregunta acerca de lo que se estaba trabajando no responde porque según él no sabe o sabe pero no quiere hablar, es un niño agresivo, grosero y desobediente.

En el video observamos que los niños y niñas hablan constantemente en clase y entonces la profesora empieza a gritarlos, por no hacer silencio.

Los niños se reunían en pequeños grupitos para charlar, otros niños se recostaban sobre la mesa por que no querían hacer nada, Karen para la profesora es una niña hiperactiva, es una niña que fomenta el desorden, es considerada como una niña líder varios de sus compañeros la siguen en lo que proponga. Álvaro es un niño agresivo nos hacia muecas y además se reunió con dos compañeros más para molestar por todo el salón, molestaba a los niños que si estaban trabajando, les quitaba las hojas, lápices o colores con el fin de llamar su atención, Andrés es otro niño que le gusta ser el centro de atención agarro una escoba y empezó a perseguir a sus compañeros por todo el salón con el fin de pegarles, la profesora

nos contó que habían otros niños y niñas más hiperactivos pero no habían asistido ese día a clase. La profesora nos decía que eran terribles.

Duban se reúne con su grupo de amigos para jugar en el salón se corretean por todo el salón, se dicen groserías, y en algunas ocasiones muestran comportamientos agresivos frente a sus compañeros, en algunas ocasiones no obedecía y las profesoras empezaba a gritarlo con el fin de que obedeciera, pero al contrario se hacia el loco a los llamados de atención y seguía fomentando el desorden.

En general pudimos observar que los niños y niñas permanecen hablando en clase, no obedecen a sus maestras presentan conductas agresivas frente a sus compañeros, algunos no trabajan el clase y si trabajan lo hacen como obligados, sus cuadernos están desbaratados y sucios, las profesoras terminan de mal genio y ya no tienen autoridad frente a los niños y niñas ya que muchas veces los gritan, los niños que terminan sus actividades se paran para unirse al grupo que está molestando.

Los niños se golpean se dicen malas palabras, no respetan a sus compañeros los tratan mal, en algunas partes del video observamos a niños llorando porque sus compañeros le pegaban.

Nos damos cuenta que las profesoras ya no saben cómo actuar frente a las diferentes situaciones de conducta que se presentan en el aula, ya que son grupos grandes (30 niños en cada salón) mientras ellas dan solución a un problema se presentan dos más, entonces les da mal genio, se cansan así que deciden no gritarlos más, optan por dejarlos hacer lo que ellos quieran.

La mayoría de los niños que presentan problemas de conducta, actitud, de participación y desempeño son enviados a refuerzo los sábados en la mañana, la psicóloga de la institución los evalúa y así en las practicas de la USB los sábados trabajamos en las diferentes deficiencias que presentan los niños, encontramos problemas de aprendizaje, tales como dislexia, disgrafía, etc., además muchos problemas conductuales que afectan el aprendizaje de los niños y niñas.

- ❖ Hacer conciencia para que el niño hiperactivo reciba en trato adecuado.
- ❖ Contribuir al mejoramiento de la enseñanza-aprendizaje del niño con TDHA.
- ❖ El docente debe identificar a tiempo los niños que padezcan este síntoma para que a su vez sean tratados y ayudarlos a salir adelante.



Figura 1: Muestra que las conductas que más se presentan en los niños según test aplicados a maestros de la institución CED DON BOSCO III son: Juguetea constantemente y Es inquieto o activo en exceso, presentándose en la escala de valoración en un 4%.

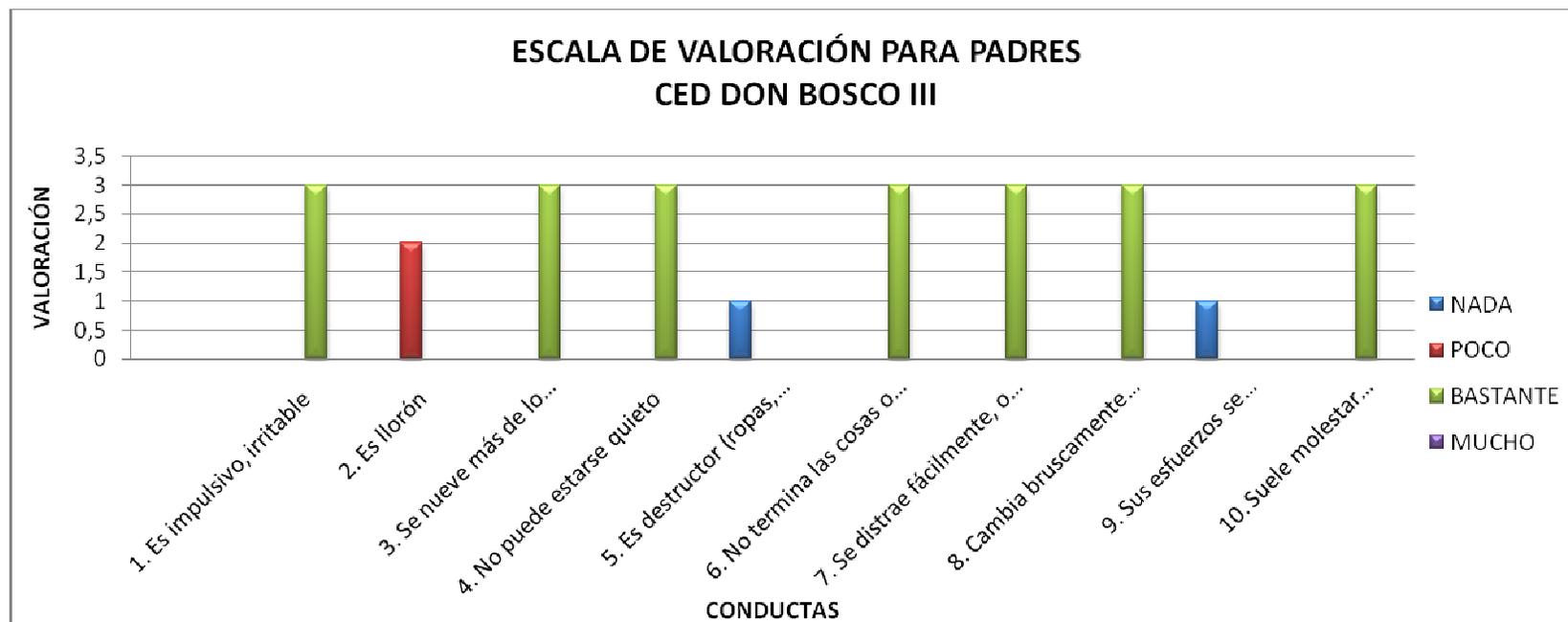


Figura 2: Muestra que según encuesta aplicada a padres de la institución CED DON BOSCO III los niños cumplen un 7% las conductas que presentan los niños hiperactivos.

6.6 ANAMNESIS CED EL CODITO

CARMEN PINTO SUARÉZ

Es una niña a nivel cognitivo, un poco distraída que se desconcentra con facilidad, cambia bruscamente sus estados de ánimo lo que le impide un rendimiento óptimo en clase.

FRANCY GARCÍA HERRERA

Presenta movimientos constantes de su cuerpo, suele llorar cuando no se le complacen sus peticiones, molesta a otros niños y generalmente deja inconclusas las cosas que empieza dispersando su atención.

INGRID VILLAREAL GÓMEZ

A nivel cognitivo trabaja con facilidad demostrando interés en las clases, sin embargo se percibe cierto rechazo hacia ella por parte del grupo y suele molestar frecuentemente con otros niños.

LINA MARÍA QUINTERO

Debido a sus cambios de ánimo con frecuencia, es una niña que presenta actitudes agresivas frente a sus demás compañeros, dejándose llevar con facilidad lo que le impide concluir sus actividades.

NIMIA KARELIS DAZA MARTINEZ

Presenta un atraso de motricidad fina de acuerdo a su edad, no escribe bien y sobre todo se le dificulta la escritura de algunas palabras. Es atenta y no es inquieta.

JOHANNA TORO A.

No pone atención en clase distraéndose con facilidad, suele molestar a los otros niños, algunas veces miente cuando se le pregunta algo. Posee escasa atención.

FERNANDO ROA

A nivel de motricidad fina, es necesario reforzar para mejorar su escritura. Es un niño agresivo y pelea con sus compañeros fácilmente.

Su ubicación espacial no está definida, es necesario reforzar más

DIEGO OSORIO

A nivel motor presenta movimientos y coordinación deficiente lo que le ocasiona el cambio de ánimo y ser un poco destructivo. Es un niño bastante caprichoso pues sus exigencias deben satisfacerse de inmediato, de lo contrario utiliza el llanto como medio de manipulación.

CARLOS AMÉZQUITA

No presta atención en clase, frente a sus compañeros es un niño peleador y cuando realiza actividades grupales se quiere pasar de listo tomando ventaja sobre ellos.

LUCAS RENDÓN

Durante las sesiones de clase es un niño excesivamente activo y le cuesta prestar atención y enfocarla por periodos prolongados. A nivel social tiene bastantes amigos y en pocas ocasiones se esmera por sobresalir, sin embargo se frustra fácilmente.

ERIKA TORRES

Se caracteriza por soñar despierta impidiéndole terminar sus tareas. A nivel social, es una niña muy tímida, le cuesta hacer amigos a pesar de llevarse bien con el mismo sexo y el sexo opuesto.

Bastante sumisa frente a sus compañeros y profesores.

Por otro lado, emite y tararea sonidos extraños en busca de distracción propia.

CONCLUSIÓN

En general se puede decir que estos niños presentan algunas de las características de niños con TDAH, algunos de ellos son inseguros, hablan en clase presentan problemas de atención y concentración, también presentan problemas en la lectura y escritura, algunos de estos problemas son: la omisión de letras y la escritura de algunas (confunden letras). También presentan problemas a nivel cognitivo. Son niños muy sociables.

En este CED encontramos más niñas que niños con algunas de las características del TDAH.

Algunos de ellos/as se muestran agresivos, al realizar actividades grupales quieren tomar ventaja sobre sus demás compañeros. Las niñas presentan variados cambios de ánimo, dejan tareas inconclusas mostrando cansancio y frustración al no poderlas realizar. Algunos de ellos muestran movilidad excesiva. No pueden permanecer quietos por mucho tiempo y se distraen con mucha facilidad.



Figura 3: Muestra que según encuesta aplicada a maestros del Colegio El Codito los niños cumplen como mayor rango en un 2% las conductas que presentan los niños hiperactivos.

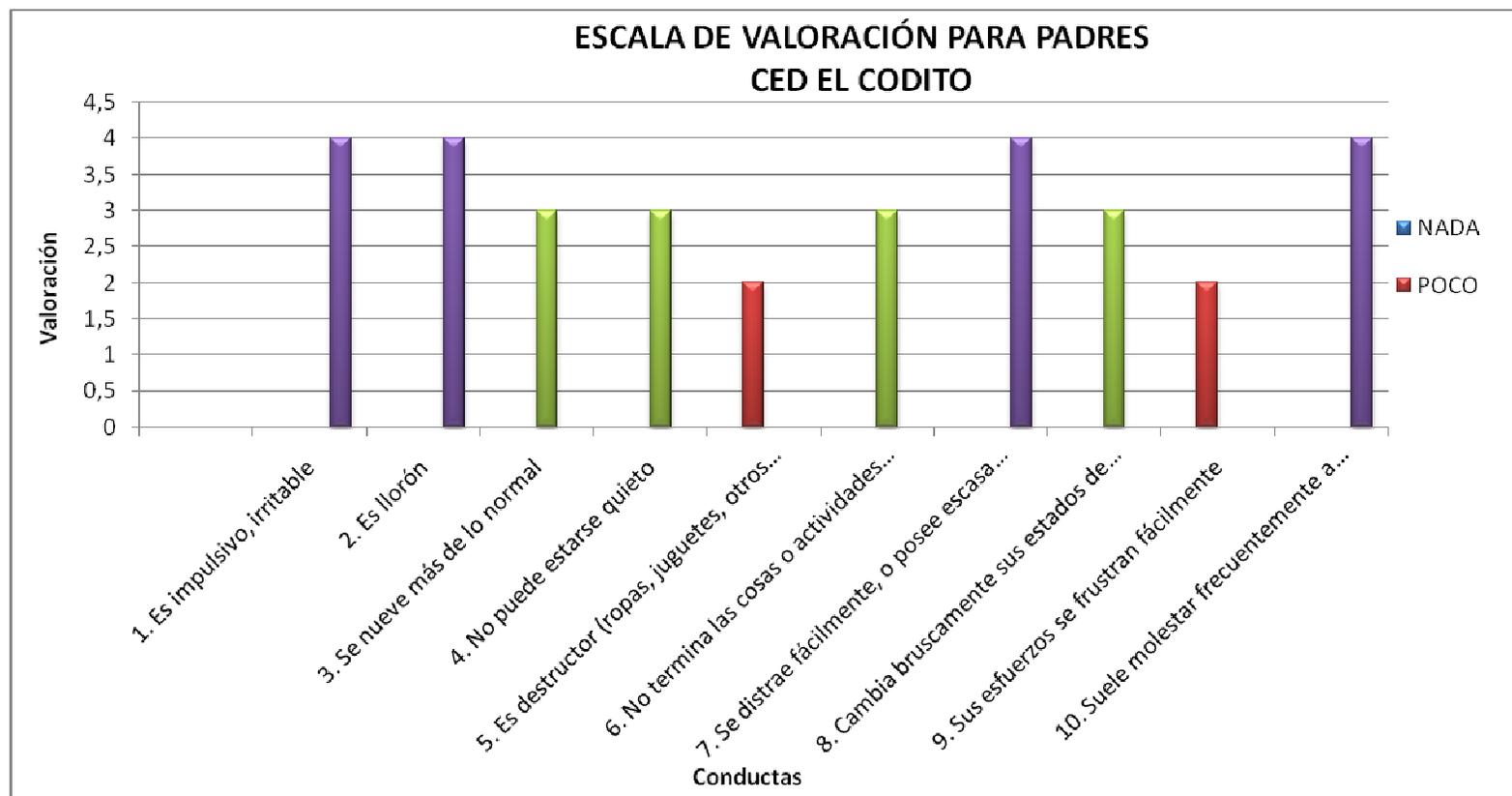


Figura 4: Muestra que según encuesta aplicada a padres del Colegio El Codito los niños cumplen como mayor rango en un 4% las conductas que presentan los niños hiperactivos.

6.7 AMNANESIS IED AGUSTÍN FERNÁNDEZ.

JUAN SEBASTIAN PINZON

El niño presenta diferentes comportamientos, es irritable y le cuesta mucho trabajo permanecer en su lugar, es muy agresivo con sus compañeros, siempre esta pagándoles por todo, no soporta que lo miren ni que lo toquen, además llora con facilidad. Cuando inicia un trabajo no lo termina, a menos que la profesora este al lado de él.

KEVIN BAHAMON

Kevin es un niño totalmente irritable, agresivo, intolerante, siempre quiere hacer su voluntad, nunca termina las actividades escolares, cuando empiezan las actividades escolares se distrae con cualquier cosa, destruye las cosas de sus compañeros, cuadernos, lápices, maletas, hurta las onces de sus compañeros y es extremadamente agresivo, además intimida a sus compañeros con amenazas.

JUSETH RIVERA MENDEZ

Juseth es un niño inquieto, con frecuencia cambia sus estados de ánimo, se distrae fácilmente con cualquier eventualidad, en ocasiones no termina sus actividades escolares.

JUAN CAMILO BERNAL PINILLA

El se mueve demasiado quiere estar siempre fuera del puesto, es extremadamente agresivo, él esconde los cuadernos de sus compañeros, cuando se le llama la atención siempre llora y niega todo lo que hace.

JOSUE JOEL BEDOYA

Joel se mueve más de lo normal comparándolo con otros niños de la clase, en pocas ocasiones termina sus deberes escolares, es un niño que se distrae fácilmente en el aula de clase, se ha visto involucrado en peleas con sus compañeros de clases, se burla de ellos utilizando apodosos o con la apariencia física de los niños.

MAICOL VELÁZQUEZ

Es un niño que se deja llevar por sus demás compañeros, el se muestra agresivo, rebelde e imponente con frecuencia, no tolera que hablen de él, la mayoría de las

veces se la pasa fuera de su puesto su ánimo es variable, en algunas ocasiones cuando está irritado llora.

SANTIAGO SOLANO DUCUARA

Santiago es un niño verdaderamente inquieto, es muy impulsivo y llora demasiado, en pocas ocasiones termina sus actividades escolares, molesta mucho a los demás niños, le gusta esconder los objetos personales de sus compañeros, en varias ocasiones cambia su estado de ánimo, no le gusta estar en un solo lugar, pero cuando se trabaja con actividades de movimiento como en educación física nunca trabaja y siempre está cansado. Es el líder del salón todo lo que él dice se hace.

VANESSA GARCIA

Vanessa es una niña muy inteligente, cumple con todos sus deberes, es la niña que copia más rápido en el salón, pero es muy difícil que ella se quede en un solo lugar, se para con mucha frecuencia de su puesto, molesta mucho a sus compañeros, cuando ella termina las actividades quiere empezar rápidamente otro trabajo, no le gusta quedarse quieta.

INGRID ZULIMA YAGAMA

Ingrid es una niña supremamente agresiva, en todo momento está peleando con sus compañeros, por cualquier cosa esta llorando, es muy difícil lograr que ella este por determinado tiempo sentada en su puesto, se burla mucho de sus compañeros y destruye sus objetos escolares, esconde los cuadernos de sus compañeros.

LUIS ALVAREZ

Es un niño que se deja llevar por sus compañeros de clase, el agrede a sus compañeros cuando ve que sus amigos lo hacen, Luis se deja manipular bastante de sus compañeros y por estar pendiente de que es lo que hacen sus amigos es que es muy inquieto, no está nunca en su puesto, le gusta variar de puesto en puesto, no respeta a sus compañeros de clase y siempre se burla de ellos, algunas veces deja sin terminan sus trabajos escolares.

CONCLUSIONES.

Los niños observados muestran algunas de las características del TDAH. Los niños en ocasiones se muestran agresivos, son inquietos, se paran

constantemente de sus puestos de trabajo, en el juego no respetan turnos, algunos de ellos lloran por cualquier cosa, en ocasiones también son groseros con sus demás compañeros, dejan tareas inconclusas. Las niñas muestran cambios bruscos en su estado de ánimo, lloran mucho, también se muestran agresivas con sus compañeros y con diferentes objetos. En general estos niños presentan TDAH.

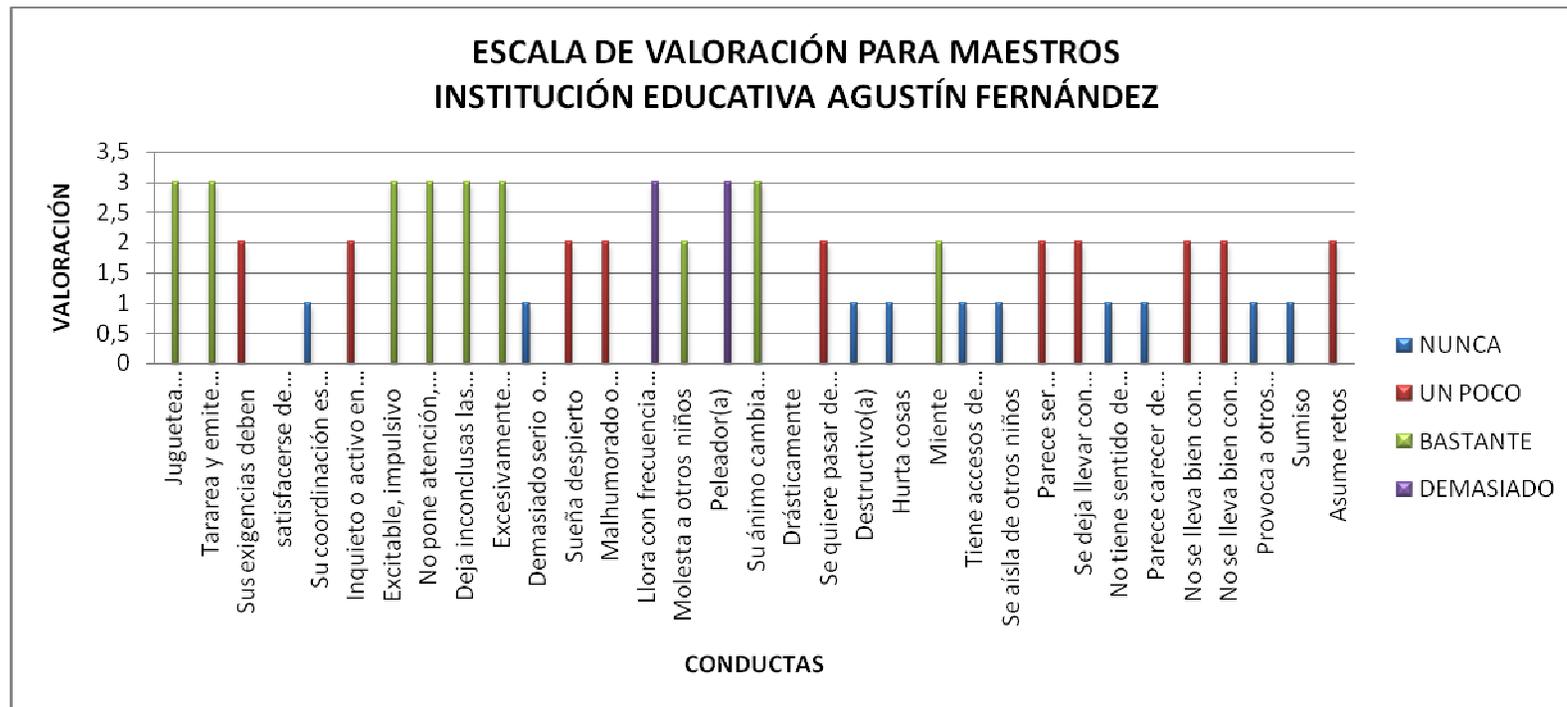


Figura 5: Muestra que según encuesta aplicada a maestros de la institución Educativa Agustín Fernández los niños cumplen como mayor rango en un 9% las conductas que presentan los niños hiperactivos.

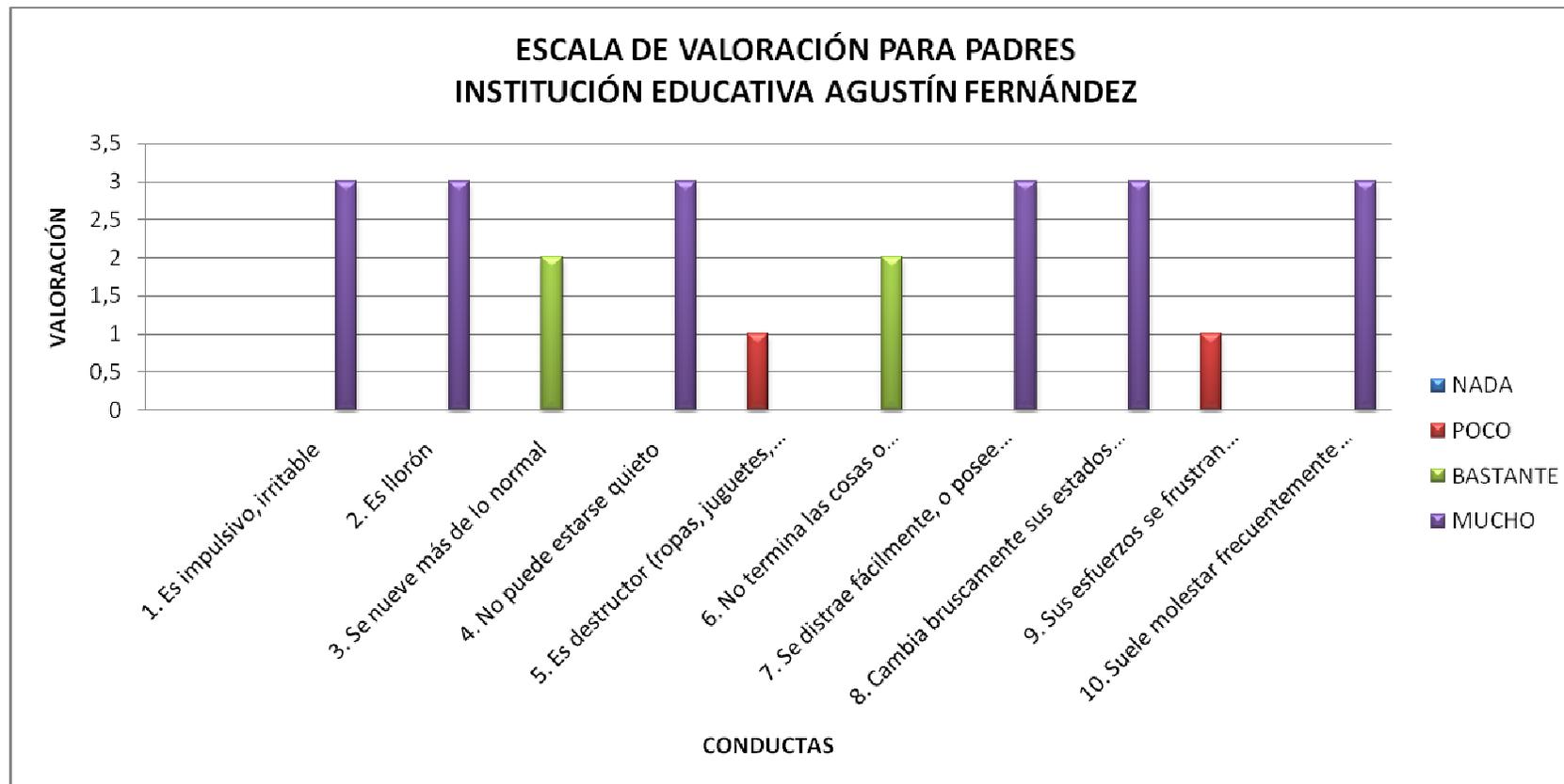


Figura 6: Muestra que según encuesta aplicada a padres de la institución Educativa Agustín Fernández los niños cumplen como mayor rango en un 6% las conductas que presentan los niños hiperactivo.

6.8 FUNCIONES DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN.

Como proceso comprende diversas fases: La formulación y definición de problemas, la formulación de hipótesis, la recopilación, sistematización y elaboración de datos, la formulación de deducciones y proposiciones generales y , por último, el análisis de los resultados o conclusiones para determinar si se confirman o no las hipótesis formuladas y encajan dentro del marco teórico del que se partió.²⁶

Podemos sintetizar las etapas en:

- ❖ Elección y enunciado del problema que motiva la investigación.
- ❖ Estructuración de un marco teórico.
- ❖ Establecimiento de hipótesis.
- ❖ Prueba de hipótesis.
- ❖ Resultados.
- ❖ Propuestas derivadas del estudio.

6.8.1 PRESUPUESTO – RECURSOS.

RUBROS	Cantidad	Costo unitario	Costo Total
Equipo portátil	1	3.000.000	3.000.000
Software	1	250.000	250.000
Cartucho de impresora	2	120.000	240.000
Resma de papel.	4	10.000	40.000
Fotocopias	500	50	25.000
Salidas de campo	10	25.000	250.000
Material bibliográfico	3	40.000	120.000
Publicaciones	1	15.000	45.000
Semestre	12	1.500.000	18.000.000
Administrativos	1	1.503.000	6.591.000
TOTAL	535	6.463.050	28.561.000

²⁶ www.monografias.com. La investigación. Documento virtual tomado a las 21:00 el 7 de septiembre del 2006.

7. ESTRATEGIAS PARA INTERVENIR EN EL AULA CON NIÑOS DE 4 A 7 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN TDAH

7.1 INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que más preocupa a los padres y educadores de los niños y niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), radica en su evolución escolar, tanto por el miedo razonable de un menor rendimiento académico debido a sus dificultades atencionales, como por los problemas conductuales, que pueden aparecer por las deficiencias que presentan en su autocontrol.

Desde la primera infancia los niños reparten su tiempo entre el hogar y la escuela. En muchos casos la escuela es la que detecta diferencias de comportamiento o rendimiento académico significativo que suelen conducir a una investigación médica y al posterior diagnóstico del TDAH.

Nuestra investigación nos ha demostrado la importancia que los educadores y padres conozcan cómo manejar tanto las conductas del niño TDAH, como las dificultades en el aprendizaje.

Si se tienen en cuenta cómo afecta el trastorno en el rendimiento académico, en su autocontrol, en la relación con los demás y en su autoestima, se les podrá ayudar para que puedan integrarse de forma plena en el entorno escolar y crecer tanto en conocimientos como en maduración personal.

Educar no es fácil. Algunos maestros y profesores manifiestan las numerosas dificultades con que se encuentran a la hora de atender a niños y adolescentes que presentan problemas para concentrarse o controlar su movimiento e impulsos.

Éstos docentes, preocupados por ofrecer la mejor educación, se preguntan cómo tienen que actuar o a quién han de acudir. Nosotros pretendemos con ésta guía, ofrecer estrategias a los profesionales de la educación para que ésta preocupación se convierta en motivación para enseñar y así pasar de la “pre – ocupación” a la “ocupación”, es decir, al manejo positivo y constructivo de los niños que presentan problemas de comportamiento como el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

7.2 OBJETIVOS

7.2.1 GENERAL

- ❖ Brindar estrategias didácticas para docentes con el fin de mejorar la calidad de la enseñanza se los niños y niñas con TDAH de la localidad de Usaquén.

7.2.2 ESPECÍFICOS

- ❖ El docente logrará identificar las principales causas del TDAH de acuerdo a las diferentes características que presenta los niños dentro del aula.
- ❖ Reconocer los efectos y las necesidades que causa el no saber entender a un niño cuando presenta TDAH.
- ❖ Lograr que el docente intervenga de manera rápida y práctica en la mejora de la enseñanza y aprendizaje de los niños/as con TDAH.
- ❖ Generar estrategias didácticas para que los docentes por medio de su enseñanza, sepan cómo actuar y trabajar frente a un niño con TDAH.
- ❖ Los docentes valoren y respeten los diferentes ritmos de aprendizaje.

7.3 INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Si los padres se quejan de las consecuencias de la conducta hiperactiva de su hijo en el ámbito familiar, es en la escuela donde muchos niños con TDAH van a experimentar mayores dificultades, ya que una mayor atención y un control sostenido de los impulsos en muchas actividades son requisitos para el éxito académico.

Si analizamos las características más frecuentes del estilo cognitivo de los niños con hiperactividad y déficit atencional: dificultad para procesar varios estímulos a la vez, en distinguir la información relevante de la irrelevante, escasa flexibilidad cognitiva y dependencia del campo perceptivo, además de las ya conocidas de falta de atención y sobre-actividad, entenderemos como son firmes candidatos a engrosar las estadísticas de fracaso escolar en nuestro país. (Uno de cada diez alumnos repite curso en la Etapa Primaria y el 25% no supera la Secundaria). Aunque TDAH no signifique necesariamente inhabilidad para aprender, sí interfiere frecuentemente con el rendimiento académico.

Cuando se hace poco o nada para mejorar la competencia académica del niño con estas dificultades, con el tiempo se registrarán problemas en sus resultados escolares. Este bajo rendimiento académico está causado por los efectos acumulativos de una falta de importantes bloques de información y de desarrollo de destrezas básicas que se acumulan de curso a curso a través de los años escolares.

Además no hay que olvidar que a la escuela no se va únicamente a aprender contenidos curriculares, se enseña y se aprende a convivir con los demás, a trabajar en grupo y a desarrollarse como individuo social.

La conducta hiperactiva y los problemas atencionales son causa de desajuste en las relaciones sociales, la impulsividad, la brusquedad, el no saber esperar turnos, el no estar atento a las reacciones de los demás, el ocupar más espacio del que te corresponde... son comportamientos que llevan en numerosas ocasiones a la confrontación, la pelea o al aislamiento social.

Podemos apuntar las principales áreas que afectan al rendimiento:

- Saber seguir instrucciones, muy ligado a los procesos de comprensión, básicos para todo aprendizaje.
- Iniciar las tareas, de manera rápida y eficaz, y coordinadas con el resto del alumnado.
- Mantener la atención en las tareas hasta su finalización sin distracciones.
- Producir trabajo a un nivel normal y en forma consistente: atender a lo global y a lo analítico.
- Hacer transiciones, saber pasar de un punto a otro sin excesiva demora o demasiado rápido de manera impulsiva.

- Organizar tareas desde distintos enfoques, que exigen flexibilidad cognitiva y no perseverarían en la respuesta.
- Utilizar estrategias de resolución de problemas, generando distintas soluciones y no únicamente ensayo-error como es habitual en estos niños.
- Completar las tareas en el tiempo previsto.
- Relacionarse con los demás tanto para realizar actividades, trabajos de grupo como para divertirse y compartir el ocio.

Es necesario que al diseñar programas para estos alumnos se identifiquen las áreas específicas donde se acumulen las dificultades del niño hiperactivo.

De otra forma, los valiosos recursos para la intervención pueden ser gastados en otras áreas que no son tan críticas. Por ejemplo, el niño con TDAH puede tener dificultades en comenzar una tarea porque las instrucciones no son claras, mientras que otro alumno puede comprender las instrucciones pero tener dificultades en hacer transiciones y, como resultado, quedarse detenido entre tareas.

La intervención, por tanto, no puede ser la misma. La más apropiada para el primer niño sería la de concentrarse en asegurar que las instrucciones sean claras y ayudar al niño a comprenderlas. Sin embargo, el segundo niño necesitaría ayuda para hacer la transición de una actividad a otra.

De este ejemplo se deduce que el primer paso en un plan de intervención educativa es el de detectar alumnos que presenten estos problemas y llegar, tras una rigurosa observación y registro conductual, a determinar su estilo de aprendizaje, cómo le afecta el entorno en su funcionamiento académico y su relación con los compañeros de una manera individualizada.

Por otra parte, las intervenciones educativas deben ser comenzadas de inmediato antes de que los problemas de rendimiento académico sean evidentes y determinantes para su futuro profesional no se deben atrasar simplemente porque el niño es muy pequeño, porque está claro que es listo o no le va tan mal en las pruebas estandarizadas de rendimiento académico.

7.4 EL PAPEL DEL DOCENTE DENTRO DE LA INTERVENCIÓN MULTIPROFRSIONAL

7.4.1 El docente como primer filtro para la detección del niño con TDA-H.

En efecto, en numerosas ocasiones es el docente de la primera etapa el que llama la atención a las familias sobre la excesiva inquietud y la desatención de su hijo. El estar en situaciones más estructuradas, con más reglas a las que adaptarse, el trato con los demás niños y con adultos que no son figuras familiares, hace generalmente que las conductas hiperactivas se activen aún más, quedando más patente las características conductuales de estos niños.

Apuntamos las posibles áreas dónde podemos detectar dificultades en nuestros alumnos:

- Posibles alteraciones en la primera etapa del desarrollo del niño TDA-H (3-6 años). Etapa Infantil.

Desarrollo del lenguaje:

- Retraso en la aparición del habla.
- Retraso en la comprensión y expresión.

Desarrollo motor:

- Dificultades en motricidad gruesa.
- Dificultades en motricidad fina: Dispraxias.

Aspectos conductuales y sociales:

- Excesiva actividad motora.
- Bajo umbral de frustración: irritabilidad.
- Problemas para aceptar los límites.
- Impulsividad
- Agresividad

- Posibles alteraciones en la segunda etapa del desarrollo en el niño TDAH. (6-10 años). Etapa Primaria

Estilo de aprendizaje:

- Estilo cognitivo impulsivo y poco reflexivo
- Procesamiento global de la información.
- Falta de flexibilidad cognitiva
- Dificultad para procesar varios estímulos a la vez.
- Dificultad para distinguir la información relevante de la irrelevante.
- Falta de atención o dificultades de atención sostenida.
- *Fracaso escolar.*

- Dificultades en el área del lenguaje escrito
- Dificultades en el área de las matemáticas.
- Aspectos conductuales:*
- Conducta inatenta.
- Hiperactividad menos acentuada
- Conducta impulsiva.
- Desorganización y la falta de autonomía.
- Problemas en la interacción con los compañeros.
- Baja autoestima.
- Depresión.

7.4.2 Papel de informador: Informar a los padres una vez detectado el problema en el aula.

- ¿Qué información debemos dar a la familia?

El docente debe informar a la familia sobre aquellos aspectos que le han llamado la atención en su alumno. La mejor manera de hacerlo es aportar datos concretos sobre las dificultades de conducta y de rendimiento académico detectadas, contrastando estos datos con los registrados por los padres en el entorno familiar. Destacando similitudes y diferencias en la conducta del niño en los dos ámbitos de su vida, evitando especular sobre lo que le ocurre al niño, para no generar ansiedad e incertidumbre a la familia.

Si el comportamiento inquieto y desatento se registra por igual en la familia y la escuela, el docente debe tener la capacidad de derivar a otros profesionales que van a ayudar a determinar las causas del problema y las pautas a seguir para su resolución.

- Orientar a las familias a **otros profesionales** para determinar el problema de forma específica:
La finalidad de derivar a otros profesionales es la de establecer un diagnóstico diferencial que permita iniciar una línea de intervención apropiada para la resolución del problema.
- Pediatra de cabecera y Neurología infantil.

El pediatra remitirá, si lo estima conveniente al neurólogo infantil que es el especialista que va a determinar en última instancia si existen indicios neurológicos suficientes para determinar un TDAH y el subtipo al que pertenece. El papel del neurólogo no es solo el de colaborar con otros profesionales en el establecimiento de un diagnóstico diferencial, sino también el de establecer el tratamiento farmacológico.

- Derivamos al psicólogo clínico

El psicólogo es el especialista que debe evaluar la capacidad intelectual del niño, así como los trastornos conductuales y las dificultades de aprendizaje que este pueda presentar. Esta valoración ayudara a establecer un diagnostico diferencial y a elaborar los programas de tratamiento conductual y de abordaje de las dificultades de aprendizaje.

- Información sobre el **diagnostico**.

Uno de los aspectos más importantes para que el docente pueda participar de una forma eficaz en la intervención multidisciplinar del niño hiperactivo, es que cuente con la mayor información posible a cerca del diagnóstico de TDAH.

Para ello el psicólogo deberá informarle de los resultados de la evaluación y del tipo de intervención que se va a realizar. Dentro de este contexto el docente debe conocer las distintas estrategias que puede aplicar en el aula paralelamente, para optimizar el rendimiento de su alumno, así como para reducir las conductas desajustadas que esté presente.

También es necesario que el docente cuente con bibliografía de referencia, que le ayude a entender el problema y elaborar estrategias para adaptarse a las necesidades individuales del alumno con TDA-H dentro del aula.

7.4.3 Cómo intervenir en el aula: Pautas para Intervenciones Educativas.

Las instrucciones precisas y concretas referentes a cuál debe ser comportamiento correcto en el aula, son necesarias pero no suficientes para lograr la conducta deseada. Resulta más eficaz combinar la información con los elogios y los refuerzos.

A continuación, se encuentran algunas pautas generales para mejorar el rendimiento académico y social de los niños con TDAH en el ambiente escolar regular y de educación especial.

El docente:

- Actitud positiva, con fuerza de ánimo, y capaz de solucionar los problemas de una manera altamente organizada.
- Conocimientos sobre TDA Y TDA/H, es decir el docente mantendrá una estrecha relación con los padres y los profesionales que participen en el tratamiento del niño.
- El trabajo en equipo con el resto de los docentes, con el docente de apoyo y de la institución docente.

- Ser un buen modelo que permita a sus alumnos aprender estrategias de afrontamiento y resolución de problemas
- Conocer y practicar técnicas de modificación de conducta: saber elogiar y recompensar a los alumnos, establecer límites y aplicar consecuencias.
- Valorar las diferencias de estos alumnos, la diversidad de estilos de aprendizaje y darles la oportunidad de sacar a la luz lo que saben hacer bien.
- Enseñar y entrenar en habilidades sociales con sus compañeros aprovechando las circunstancias naturales de la interacción cotidiana entre los alumnos.
- Es esencial proporcionar a los alumnos TDAH un ambiente estructurado y predecible:
 - Informe de las reglas y normas de la clase y que estén siempre a la vista
 - Mantenga también a la vista los horarios y las tareas diarias. Uso de las agendas y claves con pictogramas para los más pequeños.
 - Llame la atención sobre los cambios de horario y a cualquier variación de la rutina, anticipe las novedades.
 - Establezca horas específicas para tareas específicas.
 - Diseñe un lugar de trabajo tranquilo a ser usado de acuerdo a la necesidad. Utilice pantallas entre los pupitres para concentrarse en el trabajo de manera puntual.
 - Coloque al niño junto a compañeros que sirven de modelos positivos: los coterapeutas
 - Establezca actividades que impliquen movimiento: estiramientos, cruzar piernas, borrar la pizarra, repartir los cuadernos.
 - Proporcione descansos frecuentes y regulares
 - Utilice técnicas para llamar la atención como el manejo de las luces, señales secretas, códigos con colores diferentes.
 - Proporcionarle un refuerzo positivo cuando haya terminado la tarea, aunque sólo sea por haberla acabado.
 - No prestarle atención cuando nos requiera frente a una tarea no concluida.
 - Mostrar interés cuando esté trabajando correctamente en su mesa. Podemos acercarnos a su sitio y observarle. Le reforzaremos, animándole a que siga trabajando respetando las normas.
 - Hacerle participe de las rutinas del aula. (Repartir material a los compañeros, apuntar las actividades en la agenda grupal, etc.).
 - Cuando observamos que pierde la atención en la explicación, acercarse a la mesa, incluso tocarle mientras seguimos las explicaciones.

7.4.4 Modificación del plan de estudios: las adaptaciones curriculares.

Generalmente no es necesario para este tipo de alumnos alterar o prescindir de los contenidos y objetivos del curso o etapa, es decir, las modificaciones no tienen porque ser significativas, pero sí conviene adaptar la temporalización de los objetivos, las agrupaciones, y el sistema de evaluación a las características de estos alumnos.

En muchos casos, los alumnos con TDAH pueden beneficiarse de la máxima "menos es más", es decir que si el alumno demuestra eficiencia en la resolución de diez problemas matemáticos y empieza a distraerse y a no mantener la atención, no es necesario cumplimentar los veinte que hemos mandado al resto de los compañeros.

Las modificaciones también pueden incluir:

- Una mezcla de actividades de alto y bajo interés; es conveniente empezar por las menos atractivas, dejando las más gratas para el niño para después a modo de recompensa final.
- Materiales informáticos de aprendizaje, el uso de novedades y juegos que capten su interés
- La simplificación y aumento de presentaciones visuales.
- La enseñanza de destrezas para la organización y estudio, siempre de manera aplicada a las tareas concretas.
- El uso de estrategias mnemotécnicas
- El uso de referencias visuales para la instrucción auditiva.
- El trabajo en grupo y el aprendizaje cooperativo
- Las modificaciones del ambiente: el lugar dónde se sientan que sea espacioso, la cantidad de luz del aula, los distintos agrupamientos, la cercanía al docente y el permanente contacto visual con este y con las tareas, el control de los distractores.
- Atención con las tareas para casa, disminuya su cantidad, compruebe que sabe resolverlas antes en clase, no mande lo que haya quedado incompleto en el aula, explique a la familia cómo la va a implicar y su grado de control sobre la ejecución de los deberes (intentar que sea el mínimo, los deberes son la pesadilla de las familias y motivo de problemas permanentes) y premie su realización antes que su correcta competencia

7.4.5 Principios de Estrategias y Soluciones²⁷.

Para la Actividad Excesiva: Se levanta continuamente, tropieza con los demás, se acelera y excita con las actividades, sale siempre corriendo sin guardar fila ni

²⁷ Sydney Zentall, 1993

turnos... La idea clave para estas situaciones de exceso de actividad que tanto alteran la marcha de la clase y son causa de muchas situaciones agresivas entre los alumnos, es la de utilizar la necesidad de movimiento de estos niños, orientándola y reconduciéndola de manera productiva para ellos y para el resto de la clase.

- Trate de guiar la actividad hacia vías aceptables y constructivas. Por ejemplo, en lugar de tratar de reducir completamente la sobre-actividad del alumno, el profesor puede fomentar un movimiento dirigido en la clase, repartir el material que se va a utilizar o permitir a estos alumnos que se pongan de pie mientras trabajan, especialmente hacia el final de la tarea.
- Utilice la actividad como recompensa. Para premiar la conducta apropiada o una mejora en la conducta del niño, como por ejemplo el acabar una parte de la tarea, el maestro podría permitirle hacer un recado, limpiar la pizarra, organizar el material, u ordenar las sillas de la clase.
- Utilice respuestas activas, que impliquen acción en las clases. Las actividades de enseñanza que fomentan respuestas activas tales como la expresión oral, dramatizaciones el movimiento, la creación y organización de murales, o trabajo en el tablero sirven para ayudar a muchos alumnos con TDAH.
- Establezca un sistema de puntos a lograr por el hecho de permanecer sentados realizando el trabajo de clase, mida el tiempo, corto, de pocos minutos al inicio para ir aumentándolo más adelante.
- Encárguele que sea el que cierre o abra la clase a la hora de los recreos, evitará que salga corriendo por los pasillos.
- Practique en clase períodos cortos de relajación y autocontrol. Enseñe a sus alumnos a respirar profunda y lentamente, a cerrar los ojos y a sentir la diferencia entre tensión y relajación en las distintas partes del cuerpo. Practique diariamente

Para la Inhabilidad de Esperar:

- Dele al niño la oportunidad de hacer actividades motoras o verbales mientras espera. Esto podría incluir enseñar al niño a continuar las partes más fáciles de la tarea (o tarea que sirve como sustituto) mientras espera la ayuda del maestro.
- Anime al niño para que use listas y para que organice sus asignaciones: utilice las agendas, escriba las tareas en la pizarra, y asegure que el niño las anote.
- Establezca rutinas para colocar y ubicar fácilmente aquellos objetos que el niño utiliza a menudo tales como libros, tareas, y ropa. Los docentes

pueden animar al niño para organizar su escritorio o armario con placas y lugares para ciertos objetos

- Enseñe al niño para que al salir de un lugar a otro se pregunte, "¿Traje conmigo todo lo que necesito?"

7.5 APLICACIÓN EN EL AULA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Las técnicas operantes se orientan hacia el control de la conducta que depende de factores y acontecimientos presentes en el ambiente. Por tanto, si controlamos estas circunstancias ambientales será posible modificar el comportamiento del niño.

Las conductas se producen y se mantienen por los efectos, las consecuencias que provocan en el ambiente, si estas consecuencias son agradables, la probabilidad de que esta conducta se repita es mayor, si por el contrario a la conducta infantil le sigue unas consecuencias negativas, castigos o pérdida de recompensas ya adquiridas, es menos probable que dicho comportamiento vuelva a suceder.

En el caso de la hiperactividad, el control de la actividad motora es siempre un requisito previo para realizar cualquier tipo de tarea escolar, pero parece más favorable orientar la terapia conductual a favorecer la realización de actividades escolares, aumentar el tiempo de atención, los hábitos de estudio que las terapias que estimulan conductas incompatibles con el exceso de movimientos.

Las técnicas más utilizadas y eficaces serían las siguientes:

- El uso de reforzadores, de recompensas apropiadas para el niño, cosas o actividades.
- La economía de fichas, estableciendo de antemano su valor, las reglas de cambio y las condiciones de uso es de las más eficaces en clase.
- La extinción, no prestar atención a la conducta disruptiva.
- El tiempo fuera consiste en eliminar durante unos minutos las recompensas que mantienen las conductas sacando "fuera" al niño de la situación.
- Coste de respuesta, implica la retirada de los reforzadores obtenidos, fichas o privilegios.
- La sobre-corrección consiste en la reparación de los efectos causados por los comportamientos destructivos del niño de manera exhaustiva.
- Los contratos conductuales entre el adulto y el niño con compromiso mutuo por ambas partes.
- Sin olvidar el uso paralelo y continuo de reforzadores sociales, gestos de aprobación, comentarios positivos, atención que irán sustituyendo progresivamente a las recompensas materiales.

7.5.1 PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO:

❖ Entrenamiento en “auto-instrucciones” en el aula: Programa “Pensar en voz alta”.

El entrenamiento en auto-instrucciones consiste en modificar las verbalizaciones internas que un sujeto emplea cuando realiza cualquier tarea y sustituirlas por verbalizaciones que son apropiadas para lograr su éxito.

El objetivo del programa es enseñar el lenguaje como auto-guía para la resolución de problemas siguiendo las directrices de sus creadores²⁸. No consiste en enseñar al niño qué tiene que pensar, sino cómo ha de hacerlo

El niño debe aprender a hacerse las siguientes preguntas y utilizarlas en el momento preciso y de forma adecuada:

- ❖ ¿Cuál es mi problema/tarea? ¿Qué es lo que tengo que hacer?
- ❖ ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Cuál es mi plan? Esta es la pregunta más importante y difícil ya que implica generar alternativas distintas y seleccionar las más eficaces
- ❖ ¿Estoy siguiendo mi plan?
- ❖ ¿Cómo lo he hecho? Enseñar a evaluarse críticamente sin caer en el simplismo de bien o mal, mejor determinar en qué y cómo puedo mejorar.

La elección de la tarea dependerá de la edad y conocimientos del niño –colorear, hacer rompecabezas, recortar...

El programa se desarrolla en cinco pasos:

1. En un primer momento es el adulto el que realiza las verbalizaciones y la ejecución de la tarea. (Modelado)
2. En el segundo paso, el adulto verbaliza y es el niño el que sigue las instrucciones y ejecuta la tarea.(Guía externa manifiesta)
3. En el tercer paso, el niño dice en voz alta lo que tiene que hacer mientras ejecuta la tarea.(Auto-instrucción manifiesta)
4. El niño lleva a cabo la tarea mientras se susurra a sí mismo las instrucciones (Auto-instrucción mitigada).

²⁸ Meichenbaum y Goodman (1971)

5. Por último, realiza la tarea siguiendo las instrucciones con un lenguaje interior, en silencio. (Auto-instrucción encubierta)

El principal objetivo es que el niño internalice las instrucciones, y que sea capaz de pensar de forma reflexiva en su vida diaria. La utilización de auto-instrucciones, primero por parte del adulto y más tarde por parte del niño, ayudará a lograr una atención adecuada, a dominar su impulsividad y a razonar la toma de decisiones ante distintas alternativas

❖ Estrategias de resolución de problemas:

1. Técnica de la tortuga²⁹ (Schneider y Robin)

Diseñadas para que los niños hiperactivos ganen en autocontrol, se le enseña la técnica en forma de cuento. Incluye modelado y entrenamiento en relajación.

“A veces, tus padres o el docente pueden pedirte que hagas algo y cuando no lo haces se enfadan. Cuando sucede esto tú te pones furioso porque piensas que ellos te tienen rabia. En esta situación es bueno que recuerdes cómo solucionan las tortugas sus problemas. ¿Sabes lo que hacen? Pues se meten en su caparazón. Te voy a contar lo que hizo una tortuga llamada Pepe en una situación difícil.

Pepe, a veces hacía las cosas muy bien, pero otras se olvidaba de hacer lo que debía. Bien, un día los padres le dijeron que recogiera sus juguetes antes de irse a la calle. Bien, a Pepe se le olvidó, tú ya sabes que las tortugas pueden olvidarse a veces de las cosas, y se fue a jugar con un amigo. Entonces oyó cómo le llamaba su madre y decidió no hacerle caso porque no quería que le regañara otra vez, y corrió al menos tanto como pueden correr las tortugas, que ya sabes que no es mucho.

Por la carrera llegó a casa del viejo señor tortuga, el más sabio del lugar. Cuando el señor tortuga vio a Pepe le preguntó por qué estaba tan triste, y Pepe le contó lo que le había pasado y le explicó que, a veces, se portaba mal sin saber por qué. El señor tortuga le sonrió y le dijo que comprendía lo que le había contado porque hacía mucho tiempo, antes de que fuera tan sabio, él también se enfadaba cuando hacía cosas que no estaban bien. Pepe se sorprendió.

Y le preguntó cómo había aprendido a portarse bien. El señor Tortuga le dijo “Bien, Pepe, he aprendido a utilizar mi protección natural, mi caparazón,” El señor tortuga le contó a Pepe que había aprendido a dominarse en las situaciones

²⁹ Ana Miranda y Mercedes Santamaría en su libro *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje* enseñan la técnica de la tortuga a los niños en forma de historia

difíciles metiéndose en su caparazón, respirando profundamente y relajándose. Entonces pensaba en la situación en la que se encontraba y en la forma de solucionarla. Después planteaba cuatro o cinco ideas e imaginaba lo que sucedería si ponía en práctica cada una de estas cosas. Finalmente, seleccionaba la mejor. Así es como llegó a ser sabio.

La técnica implica varios pasos:

Primer paso:

El niño/a ante la palabra clave “tortuga” tiene que reaccionar replegándose en su cuerpo, es decir, cerrando los ojos, y respirando profundamente.

Segundo paso: El niño aprende a relajarse en la posición de la tortuga, manteniendo la tensión y luego aflojando todo el cuerpo.

Tercer paso:

Se le van a enseñar estrategias para solucionar los problemas.

Cuarto paso:

Se les explica esta estrategia a los padres, para que puedan ayudar a aplicarla en casa, muy importante para la generalización o automatización.

❖ **Entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas interpersonales.**

Otro aspecto muy importante del tratamiento es entrenar a los niños en habilidades sociales. Como hemos comentado anteriormente, la imagen empobrecida que tienen de sí mismos los niños hiperactivos es una de las causas de que no sean bien aceptados por sus compañeros, carezcan de amigos, no sean invitados a eventos sociales como cumpleaños, excursiones, juegos...

También su conducta molesta, perturbadora, de incumplimiento de las normas, su falta de paciencia para respetar turnos, les hace ser rechazados y que muchas de las interacciones acaben en peleas.

En efecto, a pesar de que el niño hiperactivo posea una tendencia pro-social y le guste interactuar, tiende a tener dificultades en sus relaciones con los otros niños y a ser rechazado por los demás.

Sus deficiencias en el procesamiento de la información y su estilo cognitivo rígido y poco flexible no favorece los cambios de rol ni adaptar su comportamiento a las exigencias de la situación.

Además responden menos a los intentos de comunicación de sus compañeros, ignorándolos con frecuencia y proporcionando escasa información relevante para los juegos y tareas compartidas.

Se impone pues el implementar un programa de entrenamiento en competencia social que trabaje distintos módulos. A través de representaciones los niños, van entrenándose en habilidades básicas como: saber dar un cumplido, el pedir un favor, el poder resolver adecuadamente un conflicto con un compañero.

El objetivo es que desarrolle una conducta más asertiva, defendiendo sus derechos y respetando los derechos de los demás al ser la escuela el ambiente óptimo para enseñar conducta social de calidad.

7.6 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA AUMENTAR LA ATENCIÓN Y LA REFLEXIVIDAD: (PIAAR. B. GARGALLO, 1997) TEA

Los sujetos impulsivos emplean muy poco tiempo en analizar los estímulos, son poco atentos y cometen más errores que los reflexivos.

Con el programa PIAAR³⁰, se trata de enseñar a los alumnos a tomar conciencia de los procesos cognitivos que se utilizan en el aprendizaje para aprender a controlarlos, reconducirlos y optimizarlos.

Las técnicas de intervención utilizadas son:

1. La demora forzada: los alumnos a tomar el tiempo necesario antes de dar respuesta al ejercicio.
2. Estrategias de escudriñamiento y análisis de detalles. Mirar al modelo, fragmentar las variantes en las partes que lo componen, compararlas, eliminar las que difieran del modelo y elegir la correcta.
3. Auto-instrucciones por medio de autocontrol verbal: ya mencionadas en párrafos anteriores.
4. Entrenamiento en solución de problemas: análisis de las consecuencias de cada alternativa generada para la resolución de un problema.
5. Modelado participativo: el educador ejemplifica ante los alumnos la realización de los ejercicios del programa y los corrige verbalizando las estrategias de solución.
6. Uso de reforzadores: Para reforzar de modo contingente la ejecución de los alumnos se debe utilizar en cada ejercicio además del refuerzo social, el establecer un sistema de puntos para intercambiarlos por recompensas tangibles.

³⁰ PIAAR. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad. Madrid: TEA.(1997)

CONCLUSIONES

El TDAH es un trastorno psiquiátrico frecuente en los niños y se acompaña en muchas ocasiones de otros problemas asociados. Estos problemas pueden ser síntomas acompañantes, complicaciones del TDAH, o casos de comorbilidad, algunos con una vulnerabilidad de base común y otros independientes. Muchos casos de comorbilidad tienen peor pronóstico que los casos aislados de TDAH y requieren una atención especial en su tratamiento.

En el momento actual, el diagnóstico del TDAH se basa en los criterios clínicos y en la exclusión de trastornos médicos o psiquiátricos que pueden justificar una situación sintomática similar.

La posibilidad “médica” de poder establecer un diagnóstico sintomático en pacientes afectos con otras patologías o bien en aquellos que asocian problemas neuro-psiquiátricos facilita el diagnóstico.

Sin embargo, la falta de precisión diagnóstica en relación a los posibles factores etiológicos o la patología añadida conducirán al profesional de forma inequívoca al fracaso terapéutico y al pronóstico erróneo.

El TDAH es en la actualidad un problema que afecta a población infantil, en las aulas visitadas con una cantidad de 35 niños/as, entre las edades de 4 a 7 años, 10 de ellos presenta síntomas característicos de TDAH y 3 de los 10 son niñas.

La terapia farmacológica está clara y científicamente sustentada como tratamiento eficaz para el TDAH. No todos los niños con este trastorno necesitan medicación. Sin embargo, el pronóstico a largo plazo del TDAH justifica el tratamiento farmacológico siempre que otros tratamientos no consigan una buena o suficiente adaptación socio-familiar del niño, o haya una repercusión en el estado anímico, en las relaciones sociales, autoestima o rendimiento académico. A veces, la gravedad del trastorno en el momento de la evaluación, o su repercusión, justifican el tratamiento farmacológico desde el principio. Cuando la farmacoterapia es necesaria, es preciso evaluar individualmente en cada caso la medicación adecuada. En el caso de los TDAH los fármacos no curan una enfermedad de base. Lo que hacen es regular la función cerebral de manera que los síntomas del trastorno (impulsividad, inatención, hiperactividad) se atenúen y no impidan un desarrollo educacional, emocional y social normal.

Debe coexistir una estrecha colaboración entre docentes y padres, basada en el adecuado conocimiento del TDAH, el planteamiento de objetivos realistas y la motivación y mutuo apoyo. Cuando los padres culpan al colegio o al docente de las dificultades de su hijo, y viceversa, se suele establecer un círculo vicioso de reproches y solicitudes erróneas de intervención que sólo retrasarán el manejo adecuado del problema, dejando además al niño y su educación al margen para dirimir culpas, muchas veces inexistentes.

Evitar la culpabilización, reconocer los fallos y las propias capacidades, y trabajar en conjunto para el niño y su correcto desarrollo generalmente conducirá a un ajuste cada vez mejor de éste en casa y en el colegio.

El docente debe modificar su forma de comportarse con el niño para atender más a las actitudes positivas que a las negativas con el simple método de plantear objetivos menos ambiciosos pero más realistas y a corto plazo, por lo que dispondrá de más oportunidades para felicitar al niño que para reñirle.

Potenciar la autonomía y la responsabilidad en el niño, dejarle vivir la consecuencia de sus actos en la medida de lo posible, estar a su lado pero no encima de él es, en definitiva, la mejor ayuda que le podemos ofrecer para que se produzca el cambio en su conducta desadaptada.

La forma de tratar el "trastorno de déficit de atención con hiperactividad" es modificar o compensar lo más posible aquellas conductas típicas que repercuten negativamente en la vida diaria del niño y de su familia. El objetivo principal es reducir su impulsividad e inquietud motriz y aumentar su atención, que son la fuente de sus principales problemas.

BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ ÁLVAREZ, Aurelia H. Guía de Investigación. UST. Bogotá 1983.
- ❖ ARMSTRONG. Thomas. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad ADD/ ADHD. Estrategias en el aula. Buenos Aires. Paidós. 2001.
- ❖ BARKLEY, R (1998) El desorden de hiperactividad y déficit atencional. Investigación y ciencia. 266.48-53
- ❖ BEAUDY, Belleteulle, Isabelle. Problemas de aprendizaje en la infancia. Editorial CEAC S.S. (1998).
- ❖ BERRY, Brazelton. Su hijo. Momentos claves en su desarrollo desde el período prenatal hasta los seis años. Norma.
- ❖ BORNAS, X y Servera, M. La impulsividad infantil. Madrid: Siglo XXI. (1996).
- ❖ CABALLO, V. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI. (1993).
- ❖ CERDA, Hugo. Los elementos de la investigación. Editorial el Búho LTDA.
- ❖ COLONNA, Preti – Caterina. El déficit de atención con hiperactividad en el aula preescolar. Intervención de la maestra. Editorial PUCP – Fondo Editorial. Lima (2005).
- ❖ CONTRERAS, Rolando. Algunos Problemas Metodológicos en la Investigación Acción en América Latina. Revistas Educación. N° 9. 1985.
- ❖ GARCÍA, Ruiz, Matilde (jefe de servicio de neurología pediátrica instituta nacional de pediatría). Trastorno por déficit de atención diagnóstico y tratamiento. Editores de textos Mexicanos, S.A. de C.V. (2004).
- ❖ GARCÍA, Pérez. Enfócate: Programa de entrenamiento en focalización de la atención. Madrid: Grupo ALBOR. (1998).
- ❖ GARGALLO, B PIAAR. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad. Madrid: TEA.(1997)

- ❖ GIORGIO, Víctor. “Investigación Acción Participativa, Una Opción Metodológica”. CIDC-Uruguay. IV Seminario Latinoamericano. Chile. Pág. 25.
- ❖ GONZÁLEZ, Eugenio (coordinador), Tomas de Andrés, Arrillaga María, Barriguete Carmen, Bueno A. José, Castañeda Celedonio, Toledo María Estela, Izquierdo Ángel, González Pilar, Orjales Isabel, Palacios Julián, Quintana Guillermo y Vílchez F. Luís. necesidades educativas especiales. intervención psicopedagógica. ¿qué es el déficit de atención con hiperactividad? Editorial CCS, Alcalá. Madrid (1995).
- ❖ HALLOWELL, Edward/ Ratey, Jhon. TDA: controlando la hiperactividad. Como superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta. Ediciones Paidós. (2001).
- ❖ KOTTAK, Conrad Philipp. “Métodos de Campo”. En: antropología: una exploración de la diversidad humana. Editorial. McGraw. Hill. 1994. Pág.-31.
- ❖ LERMA, Héctor D. Metodología de la investigación, propuesta, anteproyecto y proyecto. ECOE Ediciones. 1999.
- ❖ MENDOZA, Estrada María Teresa. ¿Qué es el trastorno por déficit de la atención? Ediciones Trillas. (2003).
- ❖ MIRANDA, A y Santamaría, M (1986) Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Valencia: Promolibro.
- ❖ MORENO, García Inmaculada. Hiperactividad (prevención, evaluación y tratamiento en la infancia). Ediciones Pirámides, S.A. Madrid (1998).
- ❖ MUÑOZ, Christian. Niños hiperactivos: ¿moda o enfermedad? Edición # 86. Revista Bienestar. (2006).
- ❖ MYERS, P., y Hammill, D.) Niños con dificultades en el aprendizaje. Editorial. Limusa. México (1982).
- ❖ NOVACK, J y Gowin, D (1988) Aprendiendo a aprender. Barcelona: Martínez Roca.
- ❖ ORJALES, Villar Isabel. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. CEPE, S.L. ciencias de la educación preescolar y especial. Pardiñas (2002).

- ❖ Peñafiel, M. Coord. (2001) Guía de pequeños para grandes. Volumen I y II. Madrid: Editorial Laberinto.
- ❖ POLAINO-Lorente y cols. (1997) Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial
- ❖ PUIG, Conxita y Bales, Cristina. Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Grupo editorial CEAC. S.A Barcelona (2003).
- ❖ RIEF. Sandra; Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad: técnicas y estrategias. Buenos Aires. Paidós, 2002.
- ❖ ROSS. Alan, O. Terapia de la conducta infantil. Principios, procedimientos y bases teóricas. Editorial Limusa, S.A. Grupo Noriega Editores. (1997).
- ❖ RUSSELL, A, Barkley. Niños hiperactivos, como comprender y entender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Ediciones Paidós. Barcelona Buenos Aires. (1999).
- ❖ SED. Como abordar los problemas de aprendizaje en el aula y el hogar. Memorias de un seminario.
- ❖ SERRANO, I (1990) Tratamiento conductual de un niño hiperactivo. En Méndez, X y Maciá, D. Modificación de conducta en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.
- ❖ SILVER, Larry; El niño incomprendido. México: fondo de la cultura Económica. 1988.
- ❖ SILVER, Larry. Hiperactividad, distractibilidad con un corto lapso de atención y otros problemas.
- ❖ SOUTULLO, Esperón, Cesar. Convivir con niños adolescentes con trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Editorial Médica Panamericana S.A (2004).
- ❖ STEPHEN, L. Yelon, Grace Weinstein. La psicología en el aula. Editorial Trillas, S.A. México (1988).
- ❖ TAYLOR, Eric. El niño hiperactivo, Barcelona. Martínez Roca. 1991.

- ❖ VALETT. Robert. Niños hiperactivos. Guía para la familia y la escuela. Madrid. Cincel 1988.
- ❖ VAN-WIELINK, Guillermo. Déficit de atención con hiperactividad. Editorial trillas, S.A. (2000).
- ❖ www.monografias.com. La investigación. Documento virtual tomado a las 21:00 el 7 de septiembre del 2006.

ANEXOS

ANEXO A. CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA MAESTROS

NIVEL DE ACTIVIDAD	NUNCA	UN POCO	BASTANTE	DEMASIADO
Juguetea constantemente			3	
Tararea y emite ruidos raros			3	
Sus exigencias deben satisfacerse de inmediato.		2		
Su coordinación es deficiente	1			
Inquieto o activo en exceso		2		
Excitable, impulsivo			3	
No pone atención, se distrae con facilidad			3	
Deja inconclusas las cosas que empieza, no enfoca su atención por periodos prolongados.			3	
Excesivamente sensible			3	
Demasiado serio o triste	1			
Sueña despierto		2		
Malhumorado o resentido		2		
Llora con frecuencia fácilmente				3
Molesta a otros niños			2	
Peleador(a)				3
Su ánimo cambia rápida y Drásticamente			3	
Se quiere pasar de listo(a)		2		
Destructivo(a)	1			
Hurta cosas	1			
Miente			2	
Tiene accesos de rabia, es explosivo.	1			
Se aísla de otros niños	1			
Parece ser rechazado el grupo		2		
Se deja llevar con facilidad		2		
No tiene sentido de lo que es jugar con equidad.	1			
Parece carecer de liderazgo	1			
No se lleva bien con el sexo		2		

opuesto				
No se lleva bien con el mismo sexo		2		
Provoca a otros niños o interfiere en las actividades.	1			
Sumiso	1			
Asume retos		2		

ANEXO B. CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA PADRES.

CONDUCTAS	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es impulsivo, irritable				3
2. Es llorón				3
3. Se mueve más de lo normal			2	
4. No puede estarse quieto				3
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)		1		
6. No termina las cosas o actividades que comienza			2	
7. Se distrae fácilmente, o posee escasa atención				3
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				3
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente		1		
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños				3
TOTAL		2	4	18

ANEXO C. CRONOGRAMA
Cronograma de actividades IAP primera etapa

TIEMPO ACTIVIDADES	MESES																							
	Julio				Agosto				Sept				Octu				Nov				Dic			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Primera Etapa</i>																								
1.Antecedentes	■																							
2. Selección del tema	■	■																						
3.Recolección de Información			■	■																				
4.Elaboración RAES				■	■	■																		
5.Presentación de la propuesta					■	■																		
6.Corrección propuesta						■	■		■															
7.Apoyo teórico IAP									■	■														
8.Entrega Final 1 Etapa											■													
<i>Segunda etapa</i>																								

Fuente: LERMA, Héctor D. Metodología de la investigación, propuesta, anteproyecto y proyecto. ECOE Ediciones. 1999. Pág. 1

ANEXO D.**Bogotá, D.C Matrícula Oficial con algún tipo de Discapacidad según tipo de Colegio año 2007**

TIPO DISCAPACIDAD	DISTRITAL	CONCESIÓN	SUBSIDIO	TOTAL
Sordera profunda	612	2	417	1.031
Hipoacusia	499	17	162	678
Baja visión	848	15	97	960
Ceguera	213	9	30	252
Parálisis cerebral	51	3	67	121
Lesión neuromuscular	300	11	124	435
Autismo	125	3	186	314
Deficiencia cognitiva	3.242	55	656	3.953
Síndrome de Down	133		128	261
Múltiple	63		26	89
Total	6.086	115	1.893	8.094

Fuente: Subdirección de Análisis Sectorial con base en el Sistema de Matrícula, SED Fecha de corte: Febrero 10 de 2007.

ANEXO E.**Bogotá D.C Matrícula Oficial con algún tipo de Discapacidad según Rangos de edad y Género, año 2007**

TIPO DISCAPACIDAD	3 – 4 años	5 - 6 años	7 - 11 años	12 - 15 años	16 - 17 años	18 - 20	21 - 25	26 y más	TOTAL
Sordera profunda		25	225	428	192	69	32	60	1031
Hipoacusia		20	410	179	55	8	2	4	678
Baja visión	4	181	444	233	76	15	4	3	960
Ceguera		3	181	34	24	2	4	4	252
Parálisis cerebral		14	53	41	10	2	1		121
Lesión neuromuscular	3	35	212	135	43	5	1	1	435
Autismo		30	149	112	18	2	3		314
Deficiencia cognitiva	1	79	1572	1502	524	197	56	22	3953
Síndrome de Down	1	45	125	62	19	4	5		261
Múltiple		14	35	27	11	2			89
Total	9	446	3406	2753	972	306	108	94	8094

Fuente: Subdirección de Análisis Sectorial con base en el Sistema de Matrícula, SED Fecha de corte: Febrero 10 de 2007.

ANEXO F. Bogotá, D C. Matrícula Oficial con Discapacidades por Grados según

Tipo, Año 2007

GRADO	Sordera profunda	Hipoacusia	Baja visión	Ceguera	Parálisis cerebral	Lesión neuromuscular	Autismo	Deficiencia cognitiva	Síndrome de Down	Múltiple	Total
prejardin											0
jardin											0
Grado 0	12	4	116	3	9	27	15	41	30	4	261
Grado 1	23	17	79	5	13	45	17	141	45	10	395
Grado 2	36	25	62	6	13	44	23	319	15	9	552
Grado 3	30	38	82	6	4	51	23	333	12	2	581
Grado 4	39	71	81	28	7	53	11	374	8	7	679
Grado 5	57	237	163	131	3	35	18	302	4	7	957
Grado 6	94	72	101	12	8	33	19	266	6	6	617
Grado 7	95	36	59	10	7	30	11	177		3	428
Grado 8	88	36	60	12	2	17	10	98	3	3	329
Grado 9	69	27	58	11	4	30	3	64	2		268
grado 10	42	23	38	8	2	21	4	34	1	2	175
grado 11	49	8	22	6	2	12	2	23		5	129
grado 12											0
grado 14 (talleres)							155	1721	133		2009
grado 15 (talleres)	282	71									353
grado 16 (talleres)			1	4							5
grado 17 (talleres)					43	26					69
grado 18 (talleres)										28	28
ciclo 1 (grado 2 y 3)			3	1				2			6
ciclo 2 (grado 4 y 5)	10	1	2					4	1		18
ciclo 3 (grado 6 y 7)	28	2	10	3	1	1		10			55
ciclo 4 (grado 8 y 9)	37	3	4	2		1	1	3		1	52

9)											
ciclo 5 (grado 10)	33	3	5	2		1	1	2			47
ciclo 6 (grado 11)	5	1	4	2				1			13
Acelera- ción	2	3	10		3	8	1	38	1	2	68
Total	1031	678	960	252	121	435	314	3953	261	89	8094

Fuente: Subdirección de Análisis Sectorial con base en el Sistema de Matrícula, SED Fecha de corte: febrero 10 de 2007

ANEXO G.**Bogotá, D.C. Matricula Oficial con algún tipo de discapacidad según tipo de colegio.**

TIPO DISCAPACIDAD	2004	2005	2006	2007
	Colegios Distritales	6.086	n.d	6.931
Colegios en concesión	115	n.d	153	117
Colegios en convenio	1.893	n.d	1.636	460
Total	8.094	7.147	8.720	8.572

Fuente: Subdirección de Análisis Sectorial con base en el Sistema de Matricula, SED
Fecha de corte: febrero 10 de 2007

**SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN.
SUBDIRECCIÓN DE ANALISIS SECTORIAL**

ANEXO H.**COLEGIOS OFICIALES DISCAPACIDAD 2007 BOGOTÁ D.C**

No LOCALIDAD	LOCALIDAD	DISCAPACIDAD	Total matricula
1	USAQUEN	13	286
2	CHAPINERO	3	78
3	SANTA FE	10	45
4	SAN CRISTOBAL	38	352
5	USME	53	303
6	TUNJUELITO	12	414
7	BOSA	29	306
8	KENNEDY	44	715
9	FONTIBON	10	234
10	ENGATIVA	33	598
11	SUBA	26	459
12	BARRIOS UNIDOS	10	489
13	TEUSAQUILLO	2	108
14	MARTIRES	8	92
15	ANTONIO NARIÑO	5	17
16	PUENTE ARANDA	16	133
17	CANDELARIA	2	6
18	RAFAEL URIBE	28	872
19	CIUDAD BOLIVAR	39	690
20	SUMAPAZ	4	4
TOTAL		385	6201

Fuente: Subdirección de Análisis Sectorial, con base en el Directorio de colegios. Oficiales.

