

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicopedagogía



Trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.

(Artículo Especializado)

Andrea María Loranca Melgar

Guatemala, mayo de 2014

Trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.
(Artículo Especializado)

Andrea María Loranca Melgar. (Estudiante)

Licenciada Rosa Noemí Cardona Polanco (Asesor).
Licenciado Mario Alfredo Salazar Marroquín (Revisor).

Guatemala, mayo de 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica

M.A. Cesar Augusto Custodio Cobar
Vicerrector administrativo

EMBA. Adolfo Noguera Bosque
Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decano

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Artículo Especializado

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

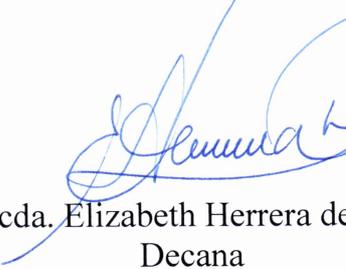
ASUNTO: **Andrea María Loranca Melgar**

Estudiante de la **Licenciatura en Psicopedagogía** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Artículo Especializado** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 3 de marzo del 2,014

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicopedagogía se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Artículo Especializado** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Andrea María Loranca Melgar** recibe la aprobación para realizar su Artículo Especializado.


Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decana

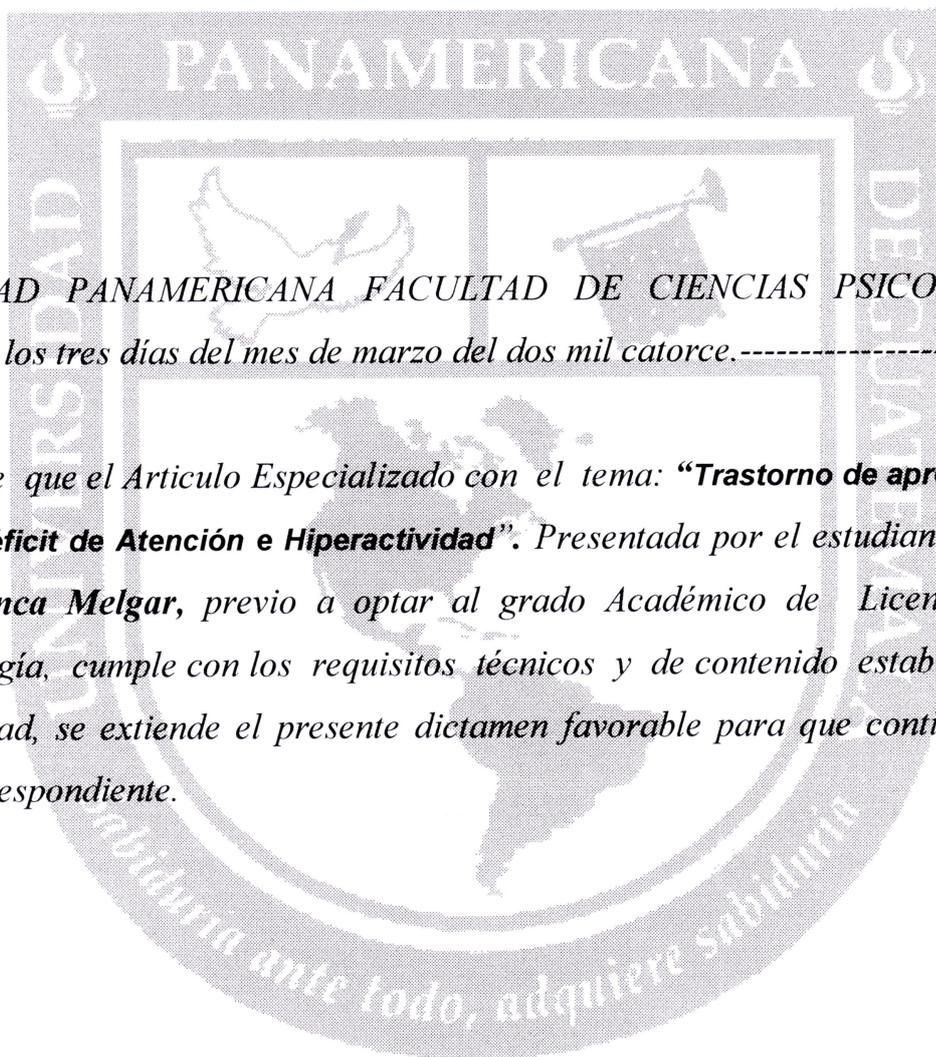




*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala a los tres días del mes de marzo del dos mil catorce.-----*

*En virtud de que el Artículo Especializado con el tema: “**Trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad**”. Presentada por el estudiante: **Andrea María Loranca Melgar**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicopedagogía, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

***Licda. Noemí Cardona**
Asesor*



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala a los tres días del mes de marzo del dos mil catorce.-----

En virtud de que el Artículo Especializado con el tema: **“Trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad”**. Presentada por el estudiante: **Andrea María Loranca Melgar**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicopedagogía, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Salazar
Revisor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los tres días del mes de marzo del dos mil catorce.-----

*En virtud de que el Artículo Especializado con el tema: “**Trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad**”. Presentada por el (la) estudiante: **Andrea María Loranca Melgar**, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicopedagogía, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Artículo Especializado.*

Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: “Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
1. Trastorno de Hiperactividad con déficit de atención	1
2. Problemas de Aprendizaje	4
a. La lectura	4
b. La escritura	5
c. Psicomotricidad	5
d. Problemas del lenguaje oral	5
e. Discalculia	6
f. Memoria de corto plazo	6
g. Memoria de trabajo	6
3. Evaluación y Diagnóstico	7
a. Diagnóstico	7
b. Manifestaciones principales	8
c. Evaluación	8
d. Entrevistas	9
e. Escalas de calificación de conducta	11
f. Observaciones Directas	11
g. Diagnóstico diferencial	12
4. Pautas terapéuticas para un niño con TDAH	12

5. Sintomatología	13
a. Síntomas de desatención	13
b. Síntomas de hiperactividad	14
c. Síntomas personales	15
6. Prevalencia	15
7. Causas	16
a. Etiología	
o Exógenas.	
o Endógenas.	
b. Funcionamiento biológico	16
c. Aspectos electrofisiológicos	17
d. Complicaciones durante el embarazo	17
8. Tratamiento	18
a. Tratamiento farmacológico	18
b. Modificaciones de conducta	19
c. Intervención conductual – cognitiva	19
9. Características de Interés para el maestro	20
10. Consideraciones Educativas	24
11. Estrategias de Enseñanza	28
12. Consideraciones Finales	31
Referencias	32

Resumen

En la presente investigación, encontraremos que el trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia; Este trastorno en los niños tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, estrés familiar, problemas académicos y vocacionales así como una importante disminución de la autoestima del niño afectado. La etiología no está completamente aclarada; parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base biológica cerebral y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Se han encontrado alteraciones en la estructura, función y neurotransmisión cerebral en pacientes con TDAH.

El tratamiento será multidisciplinar e individualizado para cada paciente y cada familia, e incluye principalmente un abordaje farmacológico y un apoyo psicosocial que van a conseguir el control del trastorno. Es importante destacar la posición privilegiada que ocupan el pediatra y el médico de atención primaria para poder actuar sobre este.

Se necesita que las alteraciones estén presentes antes de los siete años de edad y que el deterioro se produzca en dos ambientes diferentes.

Los padres y profesores informan del déficit de atención, quejándose de que los niños no se concentran en una sola tarea, no siguen las instrucciones, no terminan la tarea asignada, tienen baja autoestima, son impulsivos ya que actúan sin pensar, aunque estos niños muestran un nivel de inteligencia dentro de los límites normales y a pesar de esto muchos tienen fracaso escolar y problemas de aprendizaje.

El trastorno se presenta de 4 a 9 veces más en niños que en niñas.

Palabras Clave: Trastorno de aprendizaje, Déficit de atención, Hiperactividad.

Introducción

El trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, es un importante problema de salud pública debido a varias razones: su alta prevalencia, el inicio en etapas precoces de la infancia, ser un proceso incapacitante y crónico, afectación de las diferentes esferas comportamentales (familiar, escolar y social), su alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el futuro del niño, como son trastornos del aprendizaje, problemas de conducta o trastornos emocionales, entre otros.

En este trastorno son esenciales un diagnóstico y un tratamiento precoces ya que van a mejorar mucho su pronóstico de aquí el importante papel que tienen el pediatra y el médico de Atención Primaria.

También se puede mencionar que el trastorno por déficit de Hiperactividad TDAH es actualmente uno de los trastornos frecuentemente más diagnosticado dentro de la neurología infantil y por lo tanto constituye uno de los cuadros con mayor incidencia en el niño y el adolescente.

El curso del TDAH, aporta elementos conceptuales que permiten la comprensión de los procesos neurológicos y el comportamiento del niño con TDAH como ser integral y la influencia que este ejerce sobre la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño.

En esta investigación se estudiarán las características de interés para el maestro, sus consideraciones educativas y algunas estrategias de enseñanza, para que sean empleadas adecuadamente en su debido momento.

Trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad

Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención

Al realizar la investigación profunda de toda la información disponible del Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH), para conocer sus características, diagnóstico, tratamiento y su incidencia en el aprendizaje. Se eligió a algunos profesionales como John W. Santrock en la segunda edición del libro “Psicología de la educación”, Silvy Arce de Wantland y Beatriz García de Zelaya en el libro “Problemas de conducta”, Rita Wicks y Allen Israel en el libro “Psicopatología del niño y del adolescente entre otros, quienes en sus aportes demuestran que el trastorno de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad son poco conocidos por la falta de entendimiento del TDAH, por lo tanto algunos de ellos no son diagnosticados a tiempo para proporcionarles el tratamiento y apoyo que estos requieren.

Los autores que se seleccionaron evidencian en cada una de sus obras una recopilación de investigaciones sobre el tema y en el caso particular se denota que todas las fuentes consultadas de diferentes expertos, teóricos e investigadores son bastante coincidentes en sus contenidos. Derivado de esto es la selección de los que se presentan en esta investigación porque ellos logran agrupar desde diferentes perspectivas los conceptos específicos tratados por otros autores.

Hay que hacer énfasis y hacer claras diferencias entre el conocimiento del trastorno y reconocerlo como tal en el entorno social donde se encuentra. La bibliografía consultada demuestra que como se mencionó anteriormente, que han sido coincidentes los estudios científicos y la demás teoría existente, sin embargo, en los círculos sociales no se quiere abordar el tema como un trastorno.

En la práctica, el trastorno ha sido abordado desde diferentes perspectivas y puntos de origen a través de la aplicación de las más modernas teorías, y los resultados han sido favorables en el sentido de una corrección y los efectos que van perdurando en el tiempo son más fáciles de controlar cuando se reconoce a tiempo.

Se evidencia también, que la conceptualización en torno al trastorno ha ido unificando criterios importantes y este se traslada a una mejor comprensión tanto de afectados, su entorno y quienes lo atienden.

Las características del TDAH, se pueden manifestar en diferentes intensidades y/o haciendo una combinación de ellas, muchas veces la consistencia de una o varias de ellas procura una guía que sienta las bases para un adecuado tratamiento. Las características que son coincidentes en las fuentes de información, de igual forma serán en las que se concentra la investigación del trastorno, estas son: Falta de atención, Hiperactividad e Impulsividad.

“El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una discapacidad en la que los niños muestran consistentemente una o más de las siguientes características durante un tiempo: Falta de atención, Hiperactividad e Impulsividad. Los niños poco atentos tienen dificultad para concentrarse en cualquier cosa y se aburren de una tarea en unos cuantos minutos. Los niños hiperactivos presentan altos niveles de actividad física, y parece que casi siempre se están moviendo, son impulsivos tienen problemas para controlar sus reacciones y no saben pensar antes de actuar” (Santrock, 2006).

Habiéndose definido las características del trastorno, el niño o la niña serán objeto de un estudio personificado para determinar el diagnóstico que les corresponde, el cual a través de la aplicación de diferentes métodos puede identificarse con una preponderancia en una o varias características.

“Dependiendo de las características que manifiestan los niños con TDAH, se les puede diagnosticar: TDAH predominante con falta de atención, TDAH predominante hiperactivo – impulsivo y TDAH con falta de atención e hiperactividad – impulsividad” (Santrock, 2006).

La ocurrencia del trastorno se ve fuertemente dominado por niños, en su mayoría las teorías consultadas coinciden en presentarlo como una vulnerabilidad mayor para niños, sin embargo, cabe mencionar que se menciona que el entorno social y la cultura ejercen una influencia

importante en el comportamiento y esto se hace evidente en las conductas características del trastorno, lo que pudiera dificultar su diagnóstico como tal.

“El trastorno se presenta de 4 a 9 veces más en niños que en niñas. Existe una controversia acerca del creciente diagnóstico del TDAH (Terman y colaboradores, 1996). Algunos expertos atribuyen este incremento principalmente a una mayor conciencia del trastorno” (Santrock, 2006).

La sintomatología del comportamiento y las normas de conducta pueden en algunas ocasiones dar algunos indicios de la presencia del trastorno, por lo que se hace necesario que padres y maestros, especialmente en la edad preescolar registren estas actitudes que serán de mucho valor en términos de seguimiento de casos. Esto especialmente cuando la actividad del niño o niña combina exceso de actividad con falta de atención. Es difícil identificar síntomas y características cuando se hace común entre grupos comentarios como: él siempre está activo, no está en silencio ni un momento, pareciera que no escucha, no hace caso y no se junta con nadie. No quiere decir esto que aunque se presenten en edades iniciales escolares, el trastorno será clasificado años después durante los años de educación primaria. Afortunadamente, se conoce más del tema y se aborda con la seriedad que merece. El acceso a la educación también tiene un efecto en la actualidad con relación al trastorno, ya que responde directamente proporcional entre la población escolar y las posibilidades de detectar un caso.

Cabe mencionar que como un corolario a las posibilidades de acceso a la educación y a la perspectiva de educación en otros niveles como la secundaria, diversificado y universitario los casos de TDAH se han podido estudiar con mayor exactitud y seguimiento dando como resultado en la mayoría de teorías que su disminución es casi de una tercera parte menor.

“Antes se creía que el TDAH disminuía en la adolescencia, pero ahora se considera que no siempre es así, estimaciones sugieren que el TDAH solo disminuye en una tercera parte de los adolescentes. Cada vez se reconoce más que este problema también puede continuar en la adultez” (Sanuelson, Lundberg y Herkner, 2004; Sparks, Javorsky y Phillips, 2004).

Problemas de Aprendizaje

El trastorno TDAH se presenta en todas las edades y esto hace que su identificación se dificulte especialmente en la primera etapa de la vida, durante esta etapa son confundidos o llamados de otra forma, sin embargo conforme el niño o la niña crecen e inician etapas de educación formal son más evidentes y entonces es cuando se hace necesario su estudio y tratamiento. Por esta razón el trastorno se identifica con una mejor relación entre las conductas y el aprendizaje por que estos se relacionan íntimamente con problemas en la lecto – escritura, discalculia, psicomotricidad y la memoria.

Estudiado el trastorno y su implicación en casi todos los aspectos del comportamiento, se incrementa la posibilidad de sufrir o asociarlo con problemas susceptibles a potenciarse y que aún con coeficientes intelectuales altos, no deja de afectar al niño o niña.

“En el caso de niños con TDAH, la probabilidad de sufrir de dislexia es de un 20% ya que hablamos de un trastorno que afecta el desarrollo de la lecto-escritura. Cuando ambas patologías se asocian se potencia el fracaso académico, incluso en los niños que tienen un alto Coeficiente Intelectual (CI). La existencia de un síndrome disléxico, se evidencia cuando el niño tiene dificultades para la lectura y ya ha superado por ejemplo 1ro. Primaria y ha tenido un CI dentro de los límites de la normalidad. Las dificultades de la dislexia son muy características y no tienen que ver con la entonación, la rapidez, o la afición a la lectura, aun que por supuesto todo esto también está alterado.

- La lectura: es muy lenta, siempre por debajo de la media del grupo de su clase. Se producen en ella continuos tartamudeos, no suele hacer puntuaciones y es muy fácil que se cambien de línea y se salten alguna porque su orientación espacial esta deficiente.

Además existen claras inversiones, en las silabas especialmente trabadas, puede leer pardo por prado, persa por presa.

Las rotaciones también son frecuentes, confunden la d y la p o la p y la q, d y b, h y v, con giros en su percepción de la letra de derecha – izquierda o arriba – abajo. Confusión de

letras parecidas, omisiones son constantes, los padres dicen que “come muchas palabras y letras” o que “lee muchas mentiras”.

- La Escritura: presenta las mismas dificultades que en la lectura, es uno de los síntomas más fáciles de detectar por lo “evidente”.

En los niños con TDAH se asocia también una disgrafía con mucha frecuencia, cuando hablamos de disgrafía hablamos de una caligrafía totalmente deficiente.

Hablamos de niños que escriben con dificultades, su letra es grande o demasiado pequeña, con continuos retoques, borraduras, desorganizada, con aspecto de sucia y desordenada. A veces puede llegar a controlarla poniendo mucho control, pero suele cansarse a menudo y vuelven a escribir mal.

Estos son los síntomas más claros de un síndrome disléxico, pero según qué factores estén afectados nos encontramos con multitud de áreas alteradas o inmaduras que no siempre son las mismas en todos los síndromes disléxicos y que están más o menos afectadas según el grado o gravedad de la afección disléxica.

- Psicomotricidad: pueden ser niños torpes, siempre tropiezan, poco hábiles con las manos, les cuesta ensartar, moldear con plastilina, colorear, abrocharse, atarse los zapatos, les cuesta trabajo aprender a andar en bicicleta, tienen mal equilibrio y desde siempre mala coordinación, sobre todo cuando se trata de seguir movimientos con cierto ritmo.

Se observa muchas veces en los niños con TDAH.

Conceptos como Espacio – temporales, en ocasiones no han madurado, pues no saben distinguir la derecha y la izquierda a la edad que lo hacen los demás niños, no se sitúan en el espacio de la hoja de papel.

- Problemas en el lenguaje oral: suelen tener muchos problemas de expresión, pierden la línea argumental, se van por las ramas, no organizan la charla, de forma que dan mil rodeos hasta llegar a lo que verdaderamente quieren decir, lo que desespera al que le escucha.

Su lenguaje conversacional no es bueno, puesto que no saben escuchar, interrumpen constantemente, no es bueno el contacto ocular que es necesario para establecer comunicación con el interlocutor.

La comprensión oral es deficiente al perder información por su falta de atención y escasa memoria.

- **Discalculia:** estos niños pueden tener dificultades no por no poder calcular mecánicamente, sino porque encuentran dificultades en mantener la concentración en cuentas de varias cifras, sobre todo cuando tienen que “llevar”. También son comunes las dificultades en la solución de los problemas, también más que por falta de capacidad intelectual por cometer errores debido a su impulsividad, leen demasiado rápido la información y se saltan datos que son importantes para la resolución del ejercicio.
- **Memoria a corto plazo:** los niños con TDAH suelen tener buena memoria a largo plazo, pero su memoria a corto plazo deja mucho que desear.

La memoria a corto plazo, es la que permite que uno recuerde si presta la debida atención en el momento en el que recibe la información, pero si se interrumpe la concentración, como sucede continuamente en el niño, no retenemos la información, pudiendo llegar a olvidar incluso lo que iba a contestar cuando ha levantado la mano, les cuesta trabajo recordar listas, no pueden retener información secuencial.

Es por esta falta de memoria por lo que pierde objetos y es tan olvidadizo, sin embargo pueden perfectamente recordar algo que ha pasado hace un año, cuando son incapaces de reproducir lo que se acaba de explicar.

- **Memoria de trabajo:** es la que hace que podamos tener varias cosas en la cabeza al mismo tiempo, lo que hace que tenga problemas en el rendimiento.” (Isabel Menéndez Benavente, Clínica de Psicología, Introducción al Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad. Recuperado: http://www.isabelmenendez.com/escuela/ninos_hiperactivos.pdf., pag. 12).

Evaluación y Diagnóstico

Diagnóstico

Para tratar de una forma eficaz el trastorno de aprendizaje que presenta el niño con Déficit de Atención e Hiperactividad, se necesitará recurrir a la realización de una evaluación y diagnóstico exhaustivo para determinar si los síntomas se deben a este trastorno u otra patología y a la vez determinar las posibles causas de los trastornos de aprendizaje en los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.

Esta fase es por demás de suma importancia y representa las bases que permitirán abordar el trastorno de una forma adecuada, permitirá que el trastorno sea asumido con absoluta responsabilidad y que los daños en el corto y mediano plazo sean menores. Esta fase ha permitido que las estadísticas alcancen hasta un resultado favorable en una disminución de efectos de dos terceras partes de los casos y que por ende el entorno social se vea favorecido.

Una combinación de seguimiento, registro y edad de estudio son de vital importancia y su implicación en los resultados finales son determinantes, como puede verse para esta fase es de suma importancia la participación de todos aquellos agentes que intervienen en la vida del niño o niña. Es decir, cuando se hable de procesos de seguimiento es importante incluir que se definirá que por lo menos se requieren de seis (6) meses para establecer un record aceptable con la variedad de eventos que permiten diferenciar cada una de las situaciones y en todo caso algo que es muy importante lo constituye el hecho de haber estado dando dicho seguimiento durante la mayoría de las actividades normales y extraordinarias del niño o niña.

Por su parte, el registro viene a sumar ayudas de memoria necesarios para dar validez al proceso con un grado de certeza muy alto. Es preferible que la edad en la que se inicia el estudio este anterior a los siete (7) años para garantizar la naturalidad de las actividades sin que estas se vean influenciadas o forzadas.

“Diagnóstico. Se exige para su diagnóstico que la edad de inicio sea antes de los 7 años de edad y que estén presentes los síntomas al menos durante seis meses. Debido a que las conductas criterio aparecen en cierto grado en los niños regulares y pueden variar según el

nivel de desarrollo, este trastorno sólo se diagnostica cuando no se ajustan al nivel de desarrollo del niño. Además, debe juzgarse que la actividad del niño o del adolescente es en cierta medida desadaptada por lo menos en dos ambientes (en casa y en el colegio), por lo tanto el déficit de atención debe estar generalizado a diferentes situaciones.” (Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel, 1997).

Evidentemente, el trastorno afecta directamente las manifestaciones de la conducta del niño o niña y la intensidad con que esto se hace presente depende de factores que son agregados y que en la mayoría de los casos son totalmente independientes por lo que son aún más difíciles de controlar. El comportamiento generalmente se ve influido dependiendo principalmente del entorno, es decir, con quien está y donde está el niño o niña.

Las características del TDAH que se mencionaron inicialmente, nuevamente son claramente identificadas y como un proceso natural interactúan de diferente forma cuando están presentes debido a que la influencia y los actos son controlados. Aun cuando se han identificado algunas manifestaciones con características similares en diferentes investigaciones y teorías, pueden identificarse las mismas.

“Manifestaciones Principales: Pasan rápidamente de una actividad a otra, No prestan atención a lo que se les dice. Falta de concentración. Falta de atención. No se concentran. La atención de estos niños puede fijarse y mantenerse cuando el niño está interesado o motivado en alguna tarea.” (Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel, 1997).

Evaluación

Íntimamente vinculado con el diagnóstico, la evaluación debe contener los elementos que permitan dar el sustento necesario al diagnóstico, para que el dictamen sobre el trastorno y sus tratamientos sean mucho más efectivos y que los resultados sean los esperados y en el menor tiempo posible. En este caso resulta más evidente que el contexto general de evaluación y las particularidades sobre las que ha de definirse darán un aporte significativo y las acciones futuras serán en concreto más efectivas.

Todos los procedimientos utilizados en esta fase de evaluación deben considerar que el TDHA es un trastorno que abarca aspectos importantes de la vida en el ámbito físico, mental y social. Esto en la generalidad de los casos, debido a que para entenderlo y evaluarlo de la forma más precisa requiere de un abordaje integral.

Se presentan casos en los que el TDHA suele manifestarse de una forma peculiar mayormente influido por una o varias situaciones. Así mismo, considerar un tipo de evaluación para cada situación en diferentes ambientes y cuando el niño o la niña tengan un contexto social y familiar distinto o en distintas situaciones.

Como tal, la evaluación debe ser un proceso permanente y continuo que además de abarcar aspectos biopsicológicos, su espectro de posibilidades debe incluir conceptos de mayor largo plazo para poder incluir en su perspectiva de evaluación procesos de evolución, los que dicho sea de paso están íntimamente relacionados con la persona.

Para abordar la evaluación basados en un proceso ordenado y completo, pueden utilizarse algunos medios o la combinación de estos para obtener la información que dará paso al diagnóstico y tratamientos necesarios. Los principales medios a utilizarse son:

Entrevistas

Esta herramienta de evaluación, en algunos casos podrá dirigirse inicialmente a los padres o personas que interactúan constantemente con el niño o niña, de tal forma de obtener datos precisos que pueden ser la base de un seguimiento posterior, por lo que de acuerdo a la información del trastorno y del caso en particular anticipadamente se pueden establecer para un mejor aprovechamiento de la información.

La estructura de la entrevista y la utilización de formatos de acuerdo a la situación o al procedimiento que se siga, dependerá del criterio profesional y podrá incluir tanta información como se crea conveniente, en la mayoría de los casos, aun cuando están estructuradas o no las

entrevistas será al momento de su aplicación que se agregue información con carácter de complementaria o habrá otra que no se aplicará.

Un ejemplo de esto es el siguiente cuadro.

“Barkley solicita a los padres que identifiquen situaciones concretas que sean problemáticas. En el siguiente cuadro se muestran algunas de las situaciones que se le presentan a los padres” (Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel, 1997).

Cuadro No.1 Formato de entrevista propuesto por Barkley.

Preguntas	Situaciones
1. ¿Es este un área con problemas?	En todas las interacciones.
2. ¿qué es lo que hace el niño en esta situación?	Jugar solo.
3. ¿Cuál es su respuesta?	Jugar con otros.
4. ¿qué es lo siguiente que hará el niño?	En la hora de la comida.
5. ¿si se mantiene el problema, que es lo siguiente que hará usted?	Vistiéndose por la mañana.
6. ¿Cuál es el resultado habitual de esta interacción?	Lavándose y bañándose.
7. ¿con qué frecuencia se producen estos problemas en esta situación?	Hablando uno de los padres por teléfono.
8. ¿qué opina de estos problemas?	Viendo la televisión.
9. En una escala de 0 a 10, ¿qué intensidad tiene este problema para usted?	Cuando hay visitas en casa.
	De visita en casa de otras personas.
	En lugares públicos.
	Mientras la madre está ocupada.
	Con el padre en casa.
	Quehaceres domésticos.
	A la hora de acostarse.

Fuente: Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel. (1997).

En el proceso de las entrevistas es importante que se incluya en este contexto a las personas que interactúan con el niño o niña con un lapso relativo de tiempo importante, como decir niñeras y maestros. Cuando estas personas han adquirido algún tipo de conocimiento especializado la información es de mayor calidad.

Escalas de calificación de conductas

Las escalas de calificación de conductas son herramientas muy conocidas para la evaluación del TDAH. Algunas se nutren de diferentes perspectivas y por lo tanto no solo identifican el TDAH sino también su comorbilidad con otros trastornos. En general estas escalas pueden ayudar a determinar si el comportamiento se desvía de la norma. Las escalas con una perspectiva más restringida son útiles para evaluar aspectos específicos del TDAH tales como el comportamiento en el colegio.

Algunas de las escalas de calificación de conducta son las siguientes:

La Child Behavior Checklist, es el instrumento de base amplia que más extensivamente se utiliza en la actualidad. También pueden utilizarse igualmente las versiones del *Teacher Report Form* y la *Youth Self Report*. Las escalas de Conners, son un instrumento también que se emplea ampliamente y son fáciles de utilizar. La *Parent Rating Scale* de Conners, está formada por 48 items a partir de los cuales se obtienen puntuaciones en cinco factores: impulsividad – hiperactividad, problemas de aprendizaje (atención), problemas psicossomáticos y ansiedad (Goyette, Conners y Ulrich, 1978).

Observaciones directas

La observación directa presenta sus propias características: requiere de tiempo, generalmente su costo es más elevado y debe hacerse de forma adecuada para no perder su objeto, es decir, abarcar todos sus aspectos, ámbitos disponibles y poder registrar actividades variadas.

La observación directa se ha centrado típicamente en el funcionamiento interpersonal y en el colegio, en el hogar. Los procedimientos de codificación de la observación de las conductas relacionadas con el TDAH, pueden ser en el aula o en el cuarto de juegos de la clínica.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico Diferencial, consiste en enmarcar dentro de la evaluación psicológica, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno mental o emocional o conductual a partir de la observación de sus signos y síntomas, así mismo la conducta del niño: su estado de desarrollo personal y el potencial de aprendizaje y así fundamentar las intervenciones más convenientes.

En el caso del Diagnóstico Diferencial se menciona primordialmente lo siguiente:

“Ranshaw (1980) afirma que el niño hiperansioso muestra “una conducta pseudohiperkinética que, en realidad es una expresión de ansiedad. Su hiperactividad se calma fácilmente cuando se le tranquiliza, o cuando el examinador o una persona revestida de autoridad logra captar su interés”. En relación a esto, es importante mencionar que una de las áreas básicas de aprendizaje que se acepta como causa de los problemas de aprendizaje es la de atención y memoria, por lo que muchos niños con problemas de aprendizaje pueden presentar un trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel, 1997).

Pautas terapéuticas para un niño con TDAH

El terapeuta deberá:

Una pauta terapéutica consistirá en todas aquellas alertas y actividades que son adecuadas para darle seguimiento a la evaluación y el diagnóstico del niño o niña con TDAH, por lo tanto forman una parte importante en cómo se abordará el caso y por ende como un agregado dará mayor certeza para lograr un mejor resultado. Dentro de las principales pautas terapéuticas que son más comúnmente utilizadas están:

- Orientación a los padres sobre el trastorno que padece su hijo.
- Precisar las pautas que mejor apliquen a las conductas y actuaciones con su hijo.
- Como poner el énfasis necesario en la educación sobre las dificultades de aprendizaje asociadas (dislexias, falta de memoria, discalculia, disgrafía, entre otros.)
- Como atender los potenciales problemas.

- Consejos para la interacción en contextos sociales complejos.
- Aprendizaje de técnicas de relajación.

En general lo que estos niños necesitan es que se reconozcan sus dificultades y limitaciones, para recibir un tratamiento adecuado a sus necesidades.

Sintomatología

El término síntoma debe quedar claro que es diferente al término signo. El signo se constituye como un dato que es esencialmente objetivo en cuanto que síntoma es un aviso oportuno que la salud puede estar en peligro como efecto de algo psíquico, físico, social o una combinación de estos.

La sintomatología es descrita claramente para el TDAH, todos los tratados y teorías al respecto incluyen los síntomas asociados a la atención o desatención, a la hiperactividad y al aspecto personal sin ser este último menos importante. En función de su mejor comprensión se hace necesario agruparla de acuerdo a los siguientes términos:

Síntomas de desatención

1. Parece no escuchar, se recomienda hablar claro, para que el niño le escuche con atención y no se distraiga.
2. Tareas sin finalizar: se recomienda que se mantenga la misma rutina todos los días, desde el momento de levantarse hasta el momento de acostarse. Incluir tiempo para las tareas escolares, juegos al aire libre y actividades en lugares cerrados. Colocar un horario con la rutina diaria en el refrigerador o en un tablero de anuncios en la cocina
3. No atiende órdenes o instrucciones: se recomienda que el padre, madre o quien cuida al niño sea claro y consistente ya que los niños con TDAH necesitan reglas consistentes que puedan entender y seguir.
4. Se distrae con facilidad: se recomienda trabajar con el niño en un ambiente sin distractores como lo son los ruidos externos.

5. Desorganizado: se recomienda que el padre, madre o quien cuide del niño, le enseñe al niño como mantener sus cosas en orden.
6. Trabajo escolar sucio: se recomienda que los maestros en la escuela le enseñen al niño a trabajar más despacio y hacerle ver que por trabajar tan rápido por cambiar de actividad su trabajo se ve sucio y a los padres de familia que le supervisen en casa, a la hora de realizar las tareas escolares.
7. Falta de dedicación al trabajo: los maestros deben enseñarle al niño a concentrarse y prestar más atención al trabajo o tarea que en ese momento se este realizando.
8. Olvidadizos: dejar las cosas del niño en un mismo lugar, para que no olvide donde las dejo.
9. Pierden o no encuentran sus propiedades escolares: tanto padres de familia en casa como los maestros en la escuela, supervisar que el niño no pierda sus útiles escolares.

Síntomas de Hiperactividad

1. Dificultad para permanecer en el mismo lugar, se recomienda que las tareas asignadas al niño sean de su interés, para evitar que se cambie de lugar constantemente.
2. Provoca distractores por su constante hablar, se recomienda que el niño se sienta algo retirado de sus compañeros para que no los distraiga con su constante hablar.
3. No espera su turno; en este caso se recomienda enseñarle al niño a esperar su turno y a levantar la mano para pedir la palabra, cuando quiere hablar.
4. Sus juegos son acelerados, se recomienda mantener variedad de actividades que el niño pueda realizar.
5. Pocos periodos o casi nulos, de descanso, se recomienda que en casa, mientras el niño duerme no hayan ruidos externos que lo despierten y distraigan y mantener su horario de ir a dormir.
6. No sabe escuchar, generalmente se anticipa a la finalización de la pregunta, en la escuela la maestra deberá enseñar al niño a levantar la mano cuando desee hablar, para no interrumpir las instrucciones que se le están dando.

Síntomas personales

1. Cambios de actitud con mucha frecuencia. Se recomienda a padres de familia y maestros tener paciencia en esos casos y saber cómo manejarlos.
2. Frustración y poca tolerancia al fracaso y a los problemas, se recomienda a padres de familia, pero principalmente a los maestros, dar a los niños tareas fáciles de realizar, para así evitar que este fracase y no termine la tarea asignada.
3. Insistente, se recomienda que tanto los maestros como los padres de familia presten la debida atención a las necesidades del niño.
4. Ansiedad, se recomienda en este caso, que las tareas que se asignen al niño, no le causen ansiedad.
5. Agresividad, se recomienda a los maestros, a que enseñen al niño a manejar su agresividad, para evitar problemas con sus compañeros de clase.
6. Problemas de relación con los compañeros, se recomienda a que los maestros enseñen al niño a tener una mejor actitud, para que su relación con los compañeros sea afectuosa y no de rechazo.

Prevalencia

Permanentemente se hacen estimaciones de la prevalencia del trastorno TDAH de tal forma que se tenga disponible por diferentes medios los datos que serán útiles para prever la ocurrencia y destinar los recursos que deben de estar disponibles para atenderlo. De forma preliminar, debido a la variación, se considera que entre el tres y el cinco por ciento de la población escolar está afectada.

Estos datos se ven permanentemente influidos por variables que son totalmente incontroladas y que entre ellas por si solas representan una variabilidad interdependiente que dan por resultado un dato estadístico aproximado. Sin embargo, cabe mencionar que las condiciones generales íntimamente relacionados al niño y su escolaridad, son las que más inciden en la exactitud de las cifras. Esta condición se ve fortalecida en el caso del trastorno TDAH ya que la mayoría de los datos que aparecen disponibles están clínicamente detallados.

Otro factor importante de considerar en la prevalencia del TDAH es el sexo, en virtud que el entorno social, la conducta aceptada y la tolerancia en el caso de las niñas, puede variar los datos, ya que la proporción es tan amplia como un promedio de cuatro a nueve niños diagnosticados por cada niña.

Causas

Las causas son simplemente abordadas en la teoría concentrándolas en dos líneas de criterio generalmente aceptados, debido a que puntualmente se refieren a que si afectan exógenamente al niño o pueden tener una causa endógena que por demás está fuera del alcance de corregirse anticipadamente. El estudio de las causas del origen son un elemento de significativo valor para tratarlo y epidemiológicamente para su seguimiento, control y prevención que significaría un claro avance paralelo entre conocerlo y tratarlo para obtener mejores resultados.

“**Etiología.** Las causas del Trastorno de Hiperactividad con déficit de atención se apoyan en dos teorías: **Exógenas:** De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), se ha observado este trastorno en niños con historia de maltrato o abandono, así como diferentes situaciones de adopción. **Endógenas:** Aunque no se ha encontrado una causa constante, se han encontrado algunas anomalías físicas menores como hipertiroidismo (problema a nivel de los ojos), paladar ojival, implantación baja de los pabellones auditivos, entre otras. También se ha encontrado que el trastorno es más frecuente entre familiares biológicos de primer grado, lo cual apoyaría la teoría endógena”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Funcionamiento Biológico

Hay que considerar que la relación que existe entre el TDAH y su origen no debe de dejar de considerarse, es más, siempre que se ha observado se hace referencia correcta a la vinculación con efectos derivados de una enfermedad lo cual se ha comprobado a lo largo de los años de

estudio. Hasta la fecha no cabe duda de su interrelación biológica. Este extremo ha sido abordado de diferente forma, bajo diferentes perspectivas y tomando como base datos y hechos diferentes. Ejemplo de esto se evidencia en el siguiente texto.

“Hubo un tiempo en que se consideró que la causa principal de la hiperactividad era un daño o una lesión cerebral. Hace mucho tiempo que se ha aceptado la relación entre daños cerebrales en los adultos y una diversidad de déficit conductuales (Bryan y Bryan, 1975). La investigación que se llevó a cabo sobre niños que habían sido afectados por una epidemia de encefalitis tras la primera Guerra Mundial, vinculó esta afección del cerebro a problemas de comportamiento entre los que se incluían la falta de atención y la hiperactividad (Kessler, 1980). Otras causas debidas a un posible daño cerebral, como un traumatismo de parto o una herida en la cabeza” (Barkley, 1990).

Aspectos electrofisiológicos

La aplicación de pruebas que requieren de una respuesta inconsciente bajo efectos eléctricos, también refleja en cierta medida otra relación interdependiente del trastorno, lo cual es permanentemente demostrado.

“Existen pruebas de que los niños con hiperactividad muestran anomalías en las respuestas electrofisiológicas (Hetchman, 1991; Taylor, 1994). Una minoría considerable muestra un EEG anormal, lo cual se ha interpretado a veces como un retraso en la maduración del sistema nervioso.” (Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel, 1997).

Complicaciones durante el embarazo y el nacimiento

Existen varias teorías sobre la relación que existe entre el trastorno TDAH y todo el periodo de embarazo y el nacimiento propiamente dicho. Sin embargo, se conocen que las enfermedades que están asociadas a estos periodos tienen su propio entorno epidemiológico, sintomático y de consecuencias diferenciales. Se ha demostrado el efecto negativo que pueden tener en el periodo de embarazo el consumo, la práctica y la exposición de agentes que por si solos son dañinos a la salud, lo que en determinada forma pueden estar ligeramente vinculados al trastorno. Los efectos antes mencionados no dejan de tener una relación.

“La idea de que el origen del trastorno de hiperactividad con déficit de atención, puede deberse a complicaciones durante el embarazo y el nacimiento se ha mantenido de forma poco consistente (Spirch-Buckminister et al., 1993). La noción de que la mayor parte de los TDHA están causados por lesiones cerebrales prenatales o perinatales con toda certeza no tiene ningún apoyo. El consumo de alcohol por parte de la madre en el periodo prenatal es de especial importancia (Streissguth et al., 1984). Las anomalías físicas que sufren los niños con TDAH, se producen durante los primeros 3 meses de embarazo. A saber: Orejas Asimétricas o asentadas más debajo de lo normal y Un gran hoyo entre el primer y segundo dedo de los pies. (Anastopoulos y Barkley, 1988).

Tratamiento

Tratamiento Farmacológico

La aplicación de correctivos como un tratamiento al TDAH debe direccionarse con especial énfasis hacia la característica preponderante para obtener los mejores resultados y que el efecto de los mismos tenga una mejor aceptación por el niño o niña y que consecuentemente a esto el efecto en el tiempo sea el deseado.

Como resultado de la permanente investigación y la coincidencia de los criterios generales para el tratamiento del TDAH se puede desarrollar atendiendo la disponibilidad de opciones, las que pueden ir desde la utilización de medicamentos, aplicación de técnicas que influyen directamente en la conducta y una variada combinación de estos. Estas combinaciones incluyen toda aquella información que se obtienen en los procesos ordenados de evaluación y diagnóstico, las pautas terapéuticas y el conocimiento sobre el tema que se tenga para la aplicación y el seguimiento.

Algunos expertos consideran que la aplicación y dosificación de fármacos pueden ir inicialmente orientados a los que inciden principalmente en el comportamiento y las relaciones que el niño o niña desarrolla en un ambiente social.

“Suele citarse un informe de Brandley del año 1937, como el primer ejemplo de tratamiento de niños con comportamientos disociales mediante fármacos estimulantes (Barkley, 1990). Los estimulantes utilizados más habitualmente son el metilfenidato (Ritalín), la dextroanfetamina (Dexwdrina) y la pemolina (Cylert). Se estima que más del 2% de todos los niños en edad escolar reciben estas medicaciones. Se considera que los estimulantes utilizados para tratar el TDAH actúan sobre el sistema nervioso central. El tratamiento farmacológico no solo beneficia a los niños de forma directa, sino también a través de la mejora en sus relaciones sociales. Es importante realizar un seguimiento del tratamiento. (Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel, 1997).

Modificación de conducta

La influencia de las normas de conducta social generalmente aceptadas, participar en entornos sociales activos, la familia y el centro de educación suponen un efecto directo en el niño o niña diagnosticada con TDAH, y su interacción en ellos es parte de su actividad normal. Esto da origen a una variada gama de tratamientos orientados a la modificación de la conducta a través de la participación en sus entornos irrenunciables.

Permanentemente se hacen evaluaciones del efecto principalmente de los entornos donde la niña o el niño permanecen la mayor cantidad de tiempo para ir generando ideas conductuales que dirigen un efecto al conglomerado y por ende tienen un efecto sobre los diagnosticados con TDAH. Es decir, que se influye en el cambio conductual con orientación específica para diagnosticados y para la totalidad del entorno para preverlo.

Intervención conductual – cognitiva

La principal intervención conductual y cognitiva se orientan a través de amplios programas que hacen una correcta correlación y se esfuerzan en apuntalar el conocimiento para generar los cambios en la conducta sin que estos evidencien una intromisión excesiva que provoque naturales reacciones al rechazo.

Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel (1997), mencionan que los procesos estimulados de auto intervención pueden ser un tratamiento alternativo complementario que se aplicará en casos

que la evaluación establezca que son oportunos y cuyos resultados pueden potencializar por si solos o en combinación de otros la solución del problema.

“Auto reforzamiento: los niños se recompensan a sí mismos. Auto observación: supone que los niños aprendan a observar y registrar sus propios comportamientos. Auto instrucción: supone formar a los niños para que se hagan afirmaciones a sí mismos con el fin de ayudarles a que se centren y guiar su conducta durante una tarea. Esta reduce el déficit principal del TDAH, aunque sólo de forma modesta e inconsistente. Auto afirmaciones: estas pueden incluir preguntas que ayuden a aclarar la tarea. Auto consejo. Esta suele ir seguido del auto reforzamiento de la conducta deseada”. (Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel, 1997).

Características de Interés para el maestro

Luego de determinar las causas por medio de la evaluación y el diagnóstico, la sintomatología y haber tenidos en cuentas las pautas terapéuticas, tratamiento ante los problemas de aprendizaje en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad. Se dedicará un espacio para abordar algunas características de interés para los maestros entre las cuales encontraremos la desatención, la hiperactividad y la impulsividad, las cuales se irán describiendo una a una. Estas fueron descritas por diferentes autores, quienes las describen desde sus diferentes puntos de vista, con sus características.

Es conveniente para esta investigación y recopilación bibliográfica que los conceptos de varios expertos sean presentados en su total dimensión respetando su perspectiva y puntos de vista para obtener un más amplio espectro de definiciones conceptualizadas para el entendimiento del TDAH con mayores opciones. Los conceptos a pesar de ser semánticamente sencillos, como muchos otros conceptos, le permiten al investigador la inclusión de términos que amplían su concepto y coadyuvan al entendimiento del tema general.

Desatención: La desatención es uno de los principales indicios disponibles para el maestro o guía del niño o niña en virtud que su total actividad se encuentra relacionada con el aprendizaje y la atención para lograr alcanzar objetivos. Cuando hay una susceptibilidad a la distracción a través de cualquiera de nuestros sentidos y afecta la actividad de grupo pueden darse

casos de problemas asociados que interactúan en el grupo. Esto provoca generalmente efectos que tienden a romper el concepto de grupo.

“La falta de atención se define como la incapacidad que tiene una persona para concentrarse en lo que interesa. Whalen y Henker (1980) afirma que, en el salón de clases, la inatención del niño puede ser definida típicamente en términos de “tiempo de la tarea”, lo que significa el tiempo que el niño puede prestar su atención a los estímulos más que al trabajo asignado. En la casa la inatención puede observarse por el cambio rápido que hace el niño de una actividad de juego a otra o el tiempo en que puede sentarse a ver televisión” (Silvia Arce de Wantland y Beatriz García de Zelaya, 1997).

Hiperactividad: El exceso de movilidad que manifiesta el niño o la niña en sus primeros años comparativamente pueden establecerse parámetros estándares que son reconocidos y aceptados, estos conforme se presenta el crecimiento van a disminuir, no es el caso de los hiperactivos, donde a pesar de la madurez no disminuyen. Cuando la actividad está directamente relacionada con la actividad normal del niño o niña surgen conceptos por demás interesantes que deben de ser considerados por los maestros y guías para lograr el efecto que produce conocerlos y su correcta aplicación.

“Hidalgo y Méndez (1992), los niños hiperactivos para lavarse los dientes harán un montón de movimientos innecesarios como jugar con el agua o con la pasta, verse en el espejo, etc. otras veces iniciarán una tarea pero a causa de su necesidad de movimiento, la abandonan apenas hayan empezado para pasar a otra. Naturalmente esto dificulta el aprendizaje porque no es capaz de prestarle atención al estímulo que al maestro le interesa en cierto momento. Velasco (1980) cita a Wender que dice: “parece como si el niño se viera forzado a reaccionar ante todos los estímulos mostrándose atraído por detalles irrelevantes”.

Whaleny Henker (1980), afirman que la hiperactividad se refiere a la frecuente falta de capacidad del niño para cumplir, de acuerdo a su edad, las exigencias que se le hacen en

cuanto a actividad restringida, atención sostenida, resistencia a las influencias distractoras e inhibición de la respuesta impulsiva.

Velasco (1980) la hiperactividad también puede presentarse a nivel verbal (niños que hablan mucho).

Gearheart (1987), afirma que para ser clasificado como hiperactivo, el niño debe exhibir, por lo menos dos de las siguientes características: Correr por todas partes o trepar sobre las cosas de manera excesiva, Tener dificultad para sentarse con tranquilidad o jugar con las cosas que están a su alcance, Tener dificultades para permanecer en su asiento, Moverse bastante al dormir y Estar siempre en movimiento.

Whalen y Henker (1980) afirman que en el salón de clases la hiperactividad puede manifestarse por la incomodidad que causa en el niño el tener que estar sentado en su silla, se para, corre, brinca o busca permanecer fuera de su asiento. En las actividades familiares, la hiperactividad puede manifestarse en la inquietud del niño para estar en movimiento. Whalen y Henker (1980) también afirman que lo que molesta a los demás, no es la hiperactividad, sino cuando la hiperactividad se manifiesta en situaciones que demandan una mayor restricción.

Cruickshank (citado por Velasco, 1980) “la hiperactividad ocurre también en los niveles sensoriales... parece que la disfunción misma favorece una forma de excesiva actividad sensorial, la cual obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el exterior como desde su propio medio interno”.

Impulsividad: Como una consecuencia, casi indivisible, la impulsividad y la hiperactividad influyen prácticamente en las mismas condiciones y sus efectos pudiera decirse que están presentes en las mismas actividades donde son evidentes y desde donde se efectuaran evaluaciones y diagnósticos comparados. La impulsividad serán los destellos mas elocuentes de una o varias actitudes y actividades relativas a la hiperactividad.

“La conducta impulsiva puede observarse en el salón de clases, ya que el niño hiperactivo parece estar constantemente interfiriendo en las actividades: se para, interrumpe, payasea. Otras características, por su parte Velasco (1980) señalo las características específicas que presentan los niños hiperquinéticos. (Consideramos interesante observar que algunas de las características que unos autores definen por separado, son utilizadas por Velasco para definir otras.

- Hiperquinesia: destructividad, hiperactividad verbal, trastornos del sueño, agresividad.
- Inatención: hiperactividad sensorial, distracción.
- Irritabilidad: conducta antisocial.
- Incoordinación muscular (dispraxia): torpeza corporal.
- Disforia: ansiedad, autoestima baja.
- Desobediencia patológica: incomprensión de órdenes, incomprensión del castigo.
- Trastornos de aprendizaje: memoria deficiente. (Silvya Arce de Wantland y Beatriz García de Zelaya, 1997).

Relaciones Sociales

Las características de los niños y niñas con TDAH y la actividad que estos realizan en sus entornos sociales normales (familia y escuela) impactan directamente y provocan una muy variada diversidad de actitudes que por lo general vienen a sumarse a los efectos que ya por si solo el trastorno ocasiona. El entorno y las relaciones sociales responden a una lógica proveniente de quien o quienes lo componen, por consiguiente tienen un agregado diferente. En la escuela por lo general serán menos adultos quienes se integran a sus relaciones sociales lo que generalmente es diferente en la familia donde lo más probable es que los adultos sean la mayoría. Esto va a provocar irremediabilmente que las reacciones de los niños del entorno social tengan un efecto diferente a los niños de su entorno familiar debido a que el círculo es más privado y quienes comparten actividades con el niño o niña con TDAH conocen su condición.

“Las manifestaciones más comunes son las siguientes:

- Los niños hiperactivos son más rechazados por sus compañeros.

- Los niños con TDAH, quieren ser el centro de atención, suelen pasarse de la raya y los compañeros los ven como bichos raros dejándoles de lado.
- Desean ser aceptados pero no saben cómo lograrlo.
- Tienen menos estrategias y de menor calidad para iniciar una conversación.
- No saben cómo enfrentarse a los conflictos.
- No son capaces de predecir las consecuencias sociales de sus conductas.
- Buscan la satisfacción inmediata.
- No reconocen su culpa, en las peleas siempre empiezan los demás.
- No asumen sus errores, por lo que los demás le evitan.
- No saben perder” (Isabel Menéndez Benavente, Clínica de Psicología, Introducción al Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad. Recuperado: http://www.isabelmenendez.com/escuela/ninos_hiperactivos.pdf . , pag. 17).

Consideraciones Educativas

La actividad de niños y niñas con TDAH tiene un alto contenido en procesos educativos tendientes a tratarlo desde esa perspectiva, lo cual es correcto y apropiado dadas las circunstancias y sus características. Por lo general cuando se prioriza y se valoriza los efectos que se pueden lograr a través de esta alternativa, el tiempo que se invierte generalmente es mayor a cualquier otro tipo de tratamiento sugerido. En los casos en los que no está finalmente diagnosticado suele asociarse el trastorno al fracaso escolar, por lo que tiene un significado especial. En este caso se hace necesario que se implementen y organicen adecuadamente todos los procesos educativos para que sus efectos logren resultados favorables. De acuerdo a los resultados de los diagnósticos y evaluaciones correspondientes, darán la pauta para la organización de las actividades cognitivas, siendo que por lo general cada caso requiere de una planificación particular. Pueden encontrarse procesos ya previamente estructurados que son fácilmente adecuados a las necesidades o en algunos casos se integran grupos que correspondan a las mismas características.

Cualquiera que sea la consideración en muchos casos es un potenciador de las condiciones y resultados la utilización de fármacos, estos últimos bajo control profesional para que verdaderamente surjan efectos en beneficio del logro de objetivos cognitivos.

“Whalen y Henker /1980), presentan una lista organizada en niveles para trabajar la cognición en los niños.

Nivel 1. Ayudar al niño a comprender la naturaleza de su déficit y como puede ayudarlo el entrenamiento.

Nivel 2. Reforzar su capacidad y motivación para resolver sus problemas.

1. Proveyéndolo de experiencias exitosas mediante sesiones de entrenamiento de la manera siguiente:
 - Dividiendo las tareas en partes pequeñas.
 - Presentándole tareas de fáciles a difíciles.
 - Seleccionando el material de enseñanza adecuado a sus capacidades.
 - Proveyéndole de revisiones periódicas del contenido.

2. Proporcionándole experiencias exitosas en su casa y escuela de la manera siguiente:
 - Ayudando a los padres y maestros a organizar las demandas que se hacen al niño de tal manera que coincidan con su habilidad para resolverlas exitosamente.
 - Motivando a los padres y maestros para recompensar los intentos de hacer las cosas bien.

3. Enseñándole reglas para resolver sus problemas, incluyendo:
 - Definir apropiadamente las demandas.
 - Reforzar el conocimiento propio y otras claves según las situaciones y el problema.
 - Considerando todas las soluciones posibles.

- Evaluando la efectividad de las soluciones consideradas.
 - Comprobando la realización del trabajo cuidadosamente.
4. Desmotivando la pasividad y motivándolo a realizar un esfuerzo independiente mediante:
- Motivándolo a producir sus propias estrategias.
 - Aumentando la responsabilidad de corregir su trabajo y dándole recompensas.
 - Ayudándole a diferenciar entre errores que son producto del descuido y errores que reflejan problemas de comprensión.
5. Haciendo que el niño reconozca las conductas y actitudes que interfieren con la solución de problemas mediante:
- Llamar su atención a conductas inadecuadas.
 - Desmotivando el habla excesiva.
 - Recordándole ir más allá de los aspectos superficiales de una situación o problema.
 - Motivándole para que se crea capaz de tener éxito.

Nivel 3. Enseñándole estrategias específicas para solución de problemas.

1. Modelando y enseñándole estrategias dirigidas a mejorar la atención y la concentración. Estas estrategias pueden incluir:
- Técnicas bien organizadas.
 - Escuchar cuidadosamente las instrucciones.
2. Enseñándole estrategias y ofreciéndole sugerencias dirigidas a mejorar su control inhibitorio.
- Enseñándole a permanecer sentado.
 - Motivando el uso de un cuaderno de tareas.

- Modelando el uso de listas de tareas a ser recordadas. (Silvya Arce de Wantland y Beatriz García de Zelaya, 1997).

Pautas Escolares para un niño con TDAH

El tratamiento integral del TDAH es importante debido a que esto evita que los efectos favorables y las ventajas obtenidas no tengan fugas, es decir, que en la medida que el concepto de integralidad se incorpore las vulnerabilidades y susceptibilidades se reducirán tanto como esto sea posible. Con la misma intensidad y calidad de participación deben de completarse las pautas escolares, esto debido a que como se mencionó con anterioridad el entorno educativo en la mayoría de los casos será el que consume la mayor cantidad de tiempo de un niño o niña con TDAH.

Las pautas escolares deben ir orientadas hacia los principales componentes de la actividad en la escuela, de tal forma que deben considerarse con una importancia especial las calidades y cualidades de los maestros o guías para que efectivamente cierren el círculo del tratamiento con suficiencia. Como un referente estándar pueden mencionarse algunos de los rasgos del maestro o guía, de la siguiente forma.

- Conocimiento científico del TDHA.
- Particular interés.
- Motivación y motivador.
- Personalidad.
- Promover la participación tripartita.
- Capacidad para atender casos individuales.
- Privilegiar la autoestima y autocontrol.
- Rutinas, procedimientos y listas de actividades cumplidas.
- Constancia propia y transmitida.
- Otras de acuerdo al grupo.

Estrategias de Enseñanza

Para trabajar trastornos de aprendizaje en niños con déficit de atención e hiperactividad.

Las pautas deben reforzar las líneas generales trazadas por las estrategias de enseñanza diseñadas para cada caso o para atender grupos. Estas estrategias deben responder de forma general al establecimiento de procedimientos evaluados permanentemente que permitan que los niños o niñas con TDAH puedan todos los beneficios de una adecuada y completa planificación. Este concepto debe incluir todos los aspectos integralmente y de forma incluyente para que los resultados que se obtengan beneficien en lo individual y colectivamente a todos quienes participan sin importar si es directa o indirectamente.

“Un ejemplo de una estrategia de enseñanza se evidencia en la planteada por John Santrock en la que incluye las más efectivas y conocidas formas de tratar el TDAH.

1. Supervise si el medicamento estimulante del niño está funcionando de manera eficaz.
2. Repita y simplifique las instrucciones para las tareas en clase y en la casa.
3. Complemente las instrucciones verbales con instrucciones visuales.
4. Modifique los exámenes en caso necesario.
5. Involucre a un maestro de educación especial.
6. Plantee expectativas claras y dé al niño retroalimentación inmediata.
7. Utilice estrategias de manejo conductual, en especial la retroalimentación positiva por el progreso.
8. Proporcione estructura y dirección. En muchos caso, un ambiente de aprendizaje estructurado beneficia a los niños con TDAH.
9. Vincule el aprendizaje con experiencias de la vida real.
10. Utilice la instrucción por computadora, especialmente en el aprendizaje que tiene un formato de juego.
11. Proporcione oportunidades para que los estudiantes se levanten del asiento y caminen.
12. Divida las tareas en segmentos más pequeños” (John W. Santrock, 2006)

Actividades anti hiperactividad

El concepto de la realización de actividades inversas a las características del TDAH resulta más necesario cuando se aplica a la hiperactividad, de tal forma que se potencialicen cualquier otra que se haga para disminuirla. La hiperactividad puede ser la principal característica y el esfuerzo que se haga para contrarrestarlo beneficiará directamente todas las actividades que se realicen para tratar el trastorno.

“Son distintas tareas que tienen características apropiadas para los niños con TDAH. Son juegos de índole lúdica, que aportan un marco de aprendizaje adecuado.

Estas tareas implican el uso de estrategias para el tratamiento de la atención e impulsividad, manteniendo al niño ocupado en una actividad no disruptiva o motivante.

El objetivo final es el fenómeno del autocontrol.

Se han seleccionado, entre otros los siguientes juegos y actividades.

- Jugar a buscar palabras que inicien con.... (Cualquier letra inicia, media o final).
- Mirarse en el espejo.
- Hacer rompecabezas.
- Buscar semejanzas y diferencias entre dibujos.
- Juegos de construcciones.
- Laberintos.
- Localizar errores en ilustraciones.

La utilización de estas estrategias conductuales y cognitivas requiere tener en cuenta la necesidad de los niños con TDAH.

- Tiene una mayor necesidad de búsqueda de novedad.
- Su interés suele centrarse en lo inmediato en el “aquí” y “ahora”.
- Suele preferir realizar frecuentemente actividades físicas.
- Necesita ayuda para concentrarse.
- Requiere un ambiente estructurado.

- Suele requerir más tiempo para realizar las tareas escolares.
- Suele precisar información abundante e inmediata sobre lo que hacen.

Para ello:

- Asigne periodos de trabajo cortos.
- Establezca metas a corto plazo.
- Involúcrelo en actividades de grupo; mejorará su autocontrol y reforzara su autoestima. (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores.

Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil, Hospital Universitario Reina Sofía.
Córdoba, Universidad de Córdoba, Recuperado:

http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/pdf/TDAH_Manual_Padres.pdf).

Consideraciones Finales

La evaluación y el diagnóstico, la integralidad del tratamiento y las capacidades del niño son la base para abordar correctamente el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), considerarlos o no pueden marcar serias diferencias en los resultados que se esperan obtener en cada caso específico.

En principio no hay ninguna actividad que el niño con trastorno de aprendizaje con déficit de atención con hiperactividad no pueda realizar. Por lo tanto es mejor pensar, elegir, realizar y potenciar todas aquellas actividades que ellos prefieren, para así garantizar un buen comportamiento y rendimiento dentro del aula.

El objetivo final es conseguir que el niño obtenga éxito en las tareas asignadas, evitando que estas sean demasiado competitivas o que no le motiven. La evolución de cada caso en particular, irá estableciendo la aplicación y modificaciones que se necesiten para optimizar los resultados priorizando las que conllevan un auto estímulo.

El niño debe tomar su medicamento en sus horas y dosis habituales, para mejores resultados en su tratamiento y sobre todo mantener la rutina. La dosificación de fármacos debidamente controlados, formulados y prescritos puede incidir favorablemente en la cultura rutinaria la que a su vez favorece directamente el tratamiento aplicado.

La disminución de la incertidumbre, la certeza y comprensión que dará progresivamente la madurez del niño, permitirá amplias explicaciones correctamente abordadas para la comprensión del TDAH, el niño aprende a identificar sus diferencias y ello le permite participar con conocimiento sobre su mejor corrección.

Referencias

Libros

Charles G. Morris y Alberto A. Maisto. (2005). *Psicología. (12va ed.)*. PEARSON EDUCATION, México.

El niño Hiperquinético

John W. Santrock. (2006). *Psicología de la Educación, (2da.Ed.)*, pag. 186. McGRAW-HILL. México D.F.

Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton, Nelson (2009). *Tratamiento de Pediatría, (18th Ed.)* En español, Madrid, Elsevier, volumen 1.

Rita Wicks Nelson y Allen C. Israel. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente. (3ra. Edición)*, Prentice Hall, Madrid. Pags. 216 - 234

Silvia Arce de Wantland y Beatriz García de Zelaya. (1997). *Problemas de Conducta*, INAPRODE Y AEED. Pags. 53 - 59

Internet

Fuente no firmada

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Recuperado:

http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_por_d%C3%A9ficit_de_atenci%C3%B3n_con_hiperactividad

Que es TDAH – Kidshealth. Recuperado:

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/adhd_esp.html

Tda sin hiperactividad – Centro Nexos. Recuperado:

<http://www.centronexos.com/articulos-formativos/109-tda-sin-hiperactividad.html>

Intervenir con los niños intentos – Fundación CADAH. Recuperado:

<http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/el-libro-blanco-del-tdah.html>

NIMH – Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Recuperado:

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-d-eficit-de-atenci-n-e-hiperactividad/index.shtml>

[PDF] Guía de TDA-H para docentes (Castellano) - Still-tdah.com. Recuperado:
<http://www.still-tdah.com/pdf/guiadocentescastellano.pdf>

Trastorno Hiperactividad. Recuperado:
<http://www.trastornohiperactividad.com/>

Isabel Menéndez Benavente, Clínica de Psicología, Introducción al Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad. Recuperado:
http://www.isabelmendez.com/escuela/niños_hiperactivos.pdf. pags. 7, 12 y 29.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil, Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, Universidad de Córdoba, Recuperado:
http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/pdf/TDAH_Manual_Padres.pdf. pag.

16