

JORNADAS DE CAPACITACIÓN DOCENTE
TRASTORNOS DE APRENDIZAJE – TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION (TDAH)

TITULO: “ESCUELA, ALUMNOS Y FAMILIA: TDAH. GUIA PRÁCTICA PARA ENTENDER Y AYUDAR A LOS ALUMNOS INQUIETOS Y DESATENTOS.

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

FU.CA.VI. – Fundar Calidad de Vida:

Sr. Daniel Salom – Sr. Aldo Panza

CAPACITADORES:

Lic. Martha Trica - Lic. Carlos Wyszengrad

DESTINATARIOS:

Destinado a directivos, docentes y padres.

CARGA HORARIA:

24 horas reloj (36 horas cátedra), distribuidas en tres módulos de 8 hs. cada uno.

RESUMEN: Somos conscientes de las necesidades del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. En ese contexto y para el alumnado diagnosticado con altas capacidades intelectuales, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y dificultades específicas de aprendizaje, y ante las necesidades que detectamos después de dar diferentes cursos hemos tomado la iniciativa de promover actuaciones para el *desarrollo y estimulación para el aprendizaje* que abarca el , el “Programa para la atención educativa del alumnado con trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)” y el “Programa para la atención educativa del alumnado con dificultades específicas de aprendizaje (TEA)”, así como, el diseño y puesta en práctica de modelos didácticos para el aprendizaje de las siguientes áreas instrumentales: la lectura, la escritura y la resolución de problemas aritméticos. Las acciones de cada programa están dirigidas a la mejora de su rendimiento escolar mediante la detección e identificación temprana y la intervención educativa con estos escolares, a la formación de los profesionales que actúan con ellos, al asesoramiento y orientación de las familias y a la regulación normativa que permita una acción coordinada y uniforme en toda la Comunidad. Se presenta a continuación la planificación de las actuaciones para el curso 2011 en cada uno de los dos programas, TDAH y TEA, con la intención de informar a toda la comunidad educativa y deseando que estas actuaciones sean útiles para las familias, el alumnado y los profesionales de la educación.

¿QUÉ ES EL TDAH?: Un alumno o alumna presenta un trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) cuando su conducta manifiesta un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad que es más frecuente y grave que el observado en escolares de su edad, repercutiendo negativamente en su vida social, escolar y familiar. Estos síntomas deben estar presentes tanto en el ámbito escolar como familiar y alguno de ellos haber aparecido antes de los siete años; no debiendo estar motivados por otro tipo de trastornos claramente definidos. El TDAH es un trastorno neurobiológico que se manifiesta en dificultades de autorregulación en tres aspectos concretos: **la capacidad para mantener la atención; el control de la impulsividad y el grado de actividad.** El **déficit de atención** se manifiesta en que el alumno o alumna se aburre con frecuencia y se distrae con facilidad. Otra característica típica del TDAH es la **impulsividad**, los escolares con TDAH son impacientes, interrumpen en ocasiones en las que no es adecuado, les cuesta parar y pensar en las consecuencias de sus acciones, y no tienden a planificar sus actos futuros. El tercer rasgo distintivo es la **hiperactividad**. Parecen incansables y nunca se quedan quietos. Les cuesta mucho estar sentados, y cuando lo consiguen no dejan de mover las piernas, tocar todo lo que está a su alcance, dar golpecitos con los dedos (tamborillear) y con los pies. La intervención para la mejora de la adaptación del alumno o alumna requiere una evaluación de sus necesidades educativas y sanitarias, que vendrán determinadas por la evaluación neuropsicopedagógica y clínica respectivamente. La primera será realizada por los orientadores/as escolares y los segundos por los servicios sanitarios públicos. La aproximación diagnóstica conductual al TDAH se inicia en el contexto escolar y familiar mediante la evaluación neuropsicológica llevada a cabo por los servicios de orientación de la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes. La confirmación clínica del diagnóstico de TDAH la realizarán los servicios sanitarios públicos de zona mediante informe clínico.

¿QUÉ SE PRETENDE CON ESTE PROGRAMA?:

1. Se desea **satisfacer las demandas de las familias** para la mejora de la atención educativa al alumnado con TDAH por los frecuentes y variados problemas escolares y sociales que presentan y las reiteradas quejas sobre el escaso conocimiento y formación del profesorado sobre este tema.

2. Con estas medidas se **pretende mejorar la formación y eficacia del profesorado, de los equipos de orientación y de la Inspección de Educación**, de manera que posibilite una eficaz detección e intervención educativa sobre este alumnado. Dar información y formación sobre las características del TDAH, cómo identificarlo y cómo actuar en el aula y con la familia, es imprescindible para mejorar el clima del aula y el rendimiento del escolar con TDAH.

3. Poner en práctica estrategias y recursos para **adecuar la respuesta educativa a las necesidades de dicho alumnado**. Se hace necesario que se diseñen, experimenten y evalúen programas de intervención educativos aplicables en los centros escolares por los profesionales presentes en los mismos. Se pretende un mejor entrenamiento del profesorado con modelos de intervención eficaces desarrollados en nuestro contexto.

4. **Facilitar la coordinación con la Consejería de Sanidad** para la determinación de procedimientos e instrumentos de detección, identificación e intervención. El diagnóstico y tratamiento clínico lo han de realizar los médicos; son los que determinan la presencia del TDAH. Los profesores y orientadores realizan la detección e intervención psicopedagógica. Por ello se hace preciso la coordinación entre Educación y Sanidad para optimizar la respuesta educativa hacia este alumnado con la incidencia de la intervención clínica y psicopedagógica.

5. Recoger en **normativa específica** la identificación e intervención de este alumnado, concretando las actuaciones de Educación y Sanidad. Es necesario que esta coordinación se regule normativamente con los protocolos necesarios, para evitar actuaciones arbitrarias con este alumnado.

PLAN DE ACTUACIÓN PARA EL CURSO:

1. FORMACIÓN:

- a) Curso teórico práctico de formación presencial para el profesorado para orientadores, trabajadores sociales e inspectores.
- b) Estos cursos se celebrará en (LOCALIDAD). Será impartido por personal del equipo de formadores del Programa.
- c) Charlas-conferencias según demanda de los centros ante problemáticas concretas.
- d) Curso de 24 horas dirigido al profesorado.
- e) Otras acciones formativas a demanda de los centros o municipios.

2. INTERVENCIÓN MEDIANTE TALLERES: Con el objetivo de diseñar, poner en práctica, evaluar y modelar programas y materiales para la intervención con el alumnado con TDAH, generalizable a otros trastornos y dificultades de aprendizaje, y que puedan ser realizados en los centros ordinarios por el profesorado de apoyo, se propone desarrollar talleres experimentales para este alumnado.

- a) Se desarrollarán preferentemente por profesorado de apoyo, de forma que inicien la atención a un grupo de alumnos y la continúen hasta la finalización de Educación Primaria. La participación de los orientadores está justificada como planificadores y dinamizadores de las intervenciones en sus respectivos centros educativos a través del profesor de apoyo.
- b) Dada la especialización de cada taller y las características globales de las necesidades del alumnado afectado, será posible que los escolares puedan moverse de un taller a otro que le sea más indicado, una vez transcurrido un curso escolar.
- c) Inicialmente al frente de cada grupo taller está un especialista (psicólogo) con experiencia práctica en ese tema. Le acompañan dos profesores de apoyo y un orientador como cotutores o colaboradores-aprendices, que han de tener una formación teórica previa.
- d) Los escolares que participen en estos talleres serán preferentemente de centros públicos y de los niveles de Educación Inicial, Primaria, y Secundaria.
- e) Será muy relevante el contacto entre los docentes que desarrollen los talleres y los del propio centro del mismo. Esta coordinación será realizada por los orientadores pertenecientes al centro de recursos del Programa TDAH, de la Dirección General Educativa.

La **metodología de trabajo** con el alumnado se realizará mediante el empleo de las técnicas de "autoinstrucciones", que implican enseñar al niño a hablarse a sí mismo en voz alta, darse instrucciones sobre lo que debe hacer y recompensarse verbalmente por su buena ejecución. También se debe considerar la "autoevaluación reforzada" que implica la combinación de la evaluación del comportamiento y el sistema de economía de fichas/puntos. Todo ello debe estar en un contexto de motivación extrínseca, donde se fijan las normas, se establece una economía de fichas/puntos, y una autoevaluación.

LOS TALLERES PREVISTOS SON:

- a) Taller para el desarrollo de las funciones ejecutivas: estimulación de la atención, memoria de trabajo, planificación, etc.
- b) Taller para el desarrollo de las habilidades sociales: habilidades básicas, resolución de problemas interpersonales, asertividad...
- c) Taller para el desarrollo de las habilidades de aprendizaje autónomo: técnicas de estudio (el ambiente de estudio, el estudio bien organizado, el subrayado, el resumen, los esquemas, la memorización).

d) Taller para la estimulación de las habilidades intelectuales: razonamiento lógico, verbal y matemático contextualizado en las áreas curriculares. Aptitudes perceptivas y espaciales contextualizadas en las áreas curriculares.

OBJETIVOS: Conocer y brindar herramientas para la hiperactividad y desatención en el aula y otros problemas de aprendizaje: desde la comprensión a la intervención educativa.

CONTENIDOS PROCEDIMENTALES: Manejar Los conceptos necesarios para poder hacer una detección precoz de estos trastornos. Utilizarlas desde la experimentación que tendrán a través de los ejercicios activos (representaciones simuladas de casos aula) durante las 3 jornadas.

Aplicar y utilizar los conceptos aprendidos a contextos similares áulicos.

Evaluar y Planificar los recursos con los que cuentan para luego mediante análisis de situación desarrollar una intervención educativa aplicable al quehacer cotidiano de cada docente.

CONTENIDOS ACTITUDINALES: Respetar y aceptar las Fortalezas y debilidades de cada docente en cuanto a las HHSS propias y ajenas. Trabajar sobre el estilo docente de modo de optimizar las potencialidades individuales en pos de obtener los objetivos propuestos. Desarrollar actitudes solidarias y sensibles frente a los compañeros que estén en proceso de asimilación de conocimientos aprendidos. Potenciar el trabajo en equipo y cooperativo.

CONTENIDO: TEMARIO

Caracterización del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Parte 1°

Introducción a la comprensión del trastorno. Su presentación en el aula. Nociones generales sobre su historia, origen y tratamiento. Glosario de términos y siglas sobre TDAH y Educación Especial.

Caracterización del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Parte 2°

Criterios básicos para su identificación en el hogar. Síntomas primarios y secundarios. El proceso de diagnóstico. Procedimientos para observar al niño en el ámbito escolar. Evolución del TDAH.

Comorbilidades del trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad

TDAH y Trastornos de Aprendizaje. TDAH y dislexia. TDAH y discalculia. TDAH y disgrafía. TDAH y dispraxia infantil. TDAH y trastornos del lenguaje. TDAH y otros cuadros psicopatológicos en la infancia. Guías de identificación.

Tratamiento Multimodal.

Desarrollo comprensivo de un tratamiento multimodal. El rol de la escuela en el tratamiento. Intervenciones farmacológicas de primera, segunda y tercera elección. El docente y el problema de los tratamientos farmacológicos.

Principios Psicoeducativos para docentes

Manejo de la ira, potenciación de la autoestima y desarrollo de técnicas de comunicación efectiva. El niño con TDAH y sus pares.

Intervenciones cognitivo conductuales para docentes

El esquema ABC. Extinción, Refuerzo Negativo y Positivo. Castigos y Reprimendas. Contratos comportamentales, economía de fichas y programas de administración de contingencias.

Cuestiones didácticas

Instrucción Multisensorial. Técnicas de aprendizaje cooperativo y competitivo. Metacognición. Modelado y Moldeado.

Intervención educativa I: Problemas atencionales, de organización y planificación. Funciones Ejecutivas.

Intervención educativa II: Problemas de Hiperactividad e Impulsividad.

Intervención educativa III: Problemas del comportamiento, desobediencias, comportamiento perturbador y agresividad.

Intervención educativa IV: Problemas pedagógicos especiales: dificultades de rendimiento académico, la lectura, la escritura y cálculo.

Padres y docentes: problemas y soluciones

Afrontamiento de los problemas en común. Desarrollo de estrategias conjuntas. Las reuniones. Estrategias para evitar conflictos.

FUNDAMENTACION: La educación es el elemento central en la vida de todo ser humano que pertenece a una sociedad, ya que es a través de este proceso que las personas podrán convivir en armonía con sus semejantes. La educación establece que ésta deberá **“desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano (...) Contribuirá a la mejor convivencia humana (...) sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos”**. Con esto se entiende que la educación que se imparta deberá ser igual para todos y evitará los privilegios y la discriminación. Sin embargo, en ocasiones por falta de formación profesional y de información se llega a marginar a algunos alumnos al catalogarlos como inquietos, rebeldes o latosos. La mayoría de las veces

esto ocurre porque se desconoce que se encuentran en una situación en la que existe un problema conductual y de aprendizaje, que va más allá del control y deseo del mismo alumno. Tal es el caso de los estudiantes que presentan Trastorno por Déficit de Atención (TDAH). Estos niños muestran algunas características particulares que, en muchas de las ocasiones, ponen en juego su estabilidad dentro del aula, la de sus compañeros e incluso la del docente. El desconocimiento o falta de información de los docentes frente a problemas como éste origina que se sientan desesperados o con pocos elementos para poder actuar de forma correcta. Por ello, es importante que conozcan las características particulares de los alumnos y que cuenten con los elementos teóricos y metodológicos necesarios para que tengan una oportuna y apropiada intervención. Esto a su vez, permitirá lograr una buena labor docente y brindar una educación adecuada y de calidad que satisfaga las necesidades básicas educativas del alumno y del contexto en el que se encuentra inmerso.

UNIDAD I: ESTADO DE LA CUESTIÓN - Trastorno por Déficit de Atención -

De acuerdo con Pérez (2006), presidenta de la ANDAHTA3 en una conferencia realizada explicó que hasta el 2006 había cinco millones de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad. Igualmente manifestó que los especialistas estaban mal distribuidos geográficamente, y que por esta razón muchos de los padres con hijos que presentan este trastorno, se sentían frustrados y con desesperación pues no había una respuesta a sus necesidades. De igual forma mencionó que un niño de cada aula, ya sea en el sector público o privado, de primero de primaria a tercero de secundaria era expulsado cada día por razones de las que el alumno no era responsable, y que además por lo menos el noventa por ciento de estos alumnos no tenían un diagnóstico. Así mismo afirmó que en muchos países no existía una asociación destinada a trabajar este tipo de problemáticas y a vincular a los padres en el trabajo sobre esta temática. Por ello AMDAHTA, (España) había sido creada, para que las familias tuvieran las mismas posibilidades que las de otros países como los Estados Unidos de América. En este mismo orden de ideas, Huesca (2006), manifiesta que en general hasta este año, había un mal diagnóstico del trastorno por déficit de atención. Este curso se origina con la propuesta para establecer en los diferentes niveles de enseñanza básica programas y acciones para orientar y canalizar a niños con el trastorno. La proposición contiene la creación de una norma que contemplara las previsiones necesarias para trabajar de manera conjunta con el personal docente de los centros educativos para que tuvieran oportunidad de identificar los comportamientos de estos niños, con la finalidad de orientar a los padres para que acudieran en caso necesario a instituciones del sector salud. Por su parte, en el artículo publicado en la revista México Sano (2009), se hizo referencia a que en la actualidad los niños que forman parte de una familia en donde ambos padres trabajan y tienen actividades tan aceleradas que les generan estrés, el cual transmiten a los niños y niñas que si son susceptibles por alteraciones biológicas pueden provocar déficit de atención, lo que a su vez trae consigo alteraciones en la conducta que al mismo tiempo será factor para provocar un desequilibrio en su entorno familiar y escolar. Hasta este punto y de acuerdo a lo mencionado, se observa como el TDA, es un problema que no ha sido atendido de manera adecuada, y que en la educación es un factor importante pues trasciende en la vida escolar de los alumnos que lo presentan.

CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: PARTE 1°

Introducción a la comprensión del trastorno. Su presentación en el aula. Nociones generales sobre su historia, origen y tratamiento. Glosario de términos y siglas sobre TDAH y Educación Especial.

DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA: *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (TDAH) es el término que se utiliza en la actualidad para **describir una situación, temporal aunque habitualmente crónica**, de inadaptación o desajuste al medio social, **a causa de la interacción** de una característica congénita, denominada **Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad**, con los sistemas de valores, actitudes y hábitos de comportamiento de los restantes miembros de la familia, escuela o sociedad en general. Este problema, constituido como tal en la medida en que produce malestar emocional a unos y otros, lo presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH a partir de ahora) es el término por el cual se conoce un síndrome caracterizado por tres síntomas nucleares: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, aunque como veremos más adelante no siempre tienen que estar presentes conjuntamente, puesto que existen distintos subtipos dentro de este trastorno. Se trata de uno de los trastornos más importantes dentro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, constituyendo cerca del 50% de su población clínica, y siendo además, posiblemente, el más estudiado de todos ellos. Es un trastorno crónico, que puede cambiar sus manifestaciones desde la infancia hasta la edad adulta, que interfiere en muchas áreas del funcionamiento normal y cuyos síntomas persisten en hasta un 50-80% de los casos en el adulto. Constituye un problema clínico y de salud pública muy importante, generador de gran morbilidad y desajuste en niños, adolescentes y adultos. Aunque parezca un síndrome aparentemente reciente, podemos encontrar referencias históricas ya desde el siglo XIX. Veamos así un resumen de la cronología histórica de este síndrome:

Hoffman (1847): descripción síntomas en el cuento de “Struwwelpeter”
Still (1902): defectos del control moral (Lancet)
Augusto Vidal i Parera (1908): “Compendio de Psiquiatría Infantil”, 2ª edición (Barcelona)
Hohman, Kant, Cohen (1920-1930): lesión cerebral humana
Bradley (1937): tratamiento con benzedrina (primer psicoestimulante utilizado en niños)
Strauss (1947): lesión cerebral mínima
Clements y Peters (1962): disfunción cerebral mínima
DSM II (1968): reacción hiperkinética de la infancia
CIE-9 (1978): síndrome hiperkinético
DSM III (1987): déficit de atención con hiperactividad
CIE-10 (1992): trastornos hiperkinéticos
DSM IV (1994): introduce tres subtipos

1. EPIDEMIOLOGÍA: La prevalencia de este trastorno se sitúa en torno al 3-10% de la población infantil. En cuanto al sexo, está probado que los niños son más propensos que las niñas, cifras que varían de 2 a 1 hasta 9 a 1. Las niñas presentan con mayor frecuencia problemas de inatención, dificultades cognitivas y síntomas ansiosos y afectivos que sintomatología de impulsividad o agresividad. De todos modos, las prevalencias estimadas varían en función de los métodos de estudio, el sistema diagnóstico y los criterios asociados (p. ej. situacional frente a generalizado, grado de desajuste), las medidas usadas, los informadores, la muestra estudiada. Los estudios de prevalencia realizados en España no hacen sino confirmar tales datos en población de nuestro país. Los doctores Pedro Benjumea y Dolores Mojarro, en un estudio realizado en la población infantil de 6 a 15 años de Sanlúcar la Mayor (Sevilla), encuentran una tasa de TDAH del 4-6%, y el doctor Gómez Beneyto, para la población infantil de Valencia (capital) del 3,5-8%. Se estima que más del 80% de los niños que presentan el trastorno continuarán padeciéndolo en la adolescencia, y entre el 30-65% lo presentarán también en la edad adulta. Sin embargo, las manifestaciones del trastorno irán variando notablemente a lo largo de la vida.

2. ETIOLOGÍA: El TDAH, no es un trastorno nuevo, fue descrito por primera vez hace casi 100 años. Cuando hablamos de TDAH, nos referimos a una diferencia leve pero demostrable en el funcionamiento cerebral normal, que hace que **un niño inteligente rinda poco en los estudios y se porte mal aunque reciba la mejor educación**. El interés actual por el TDAH puede hacernos pensar que nos enfrentamos a una epidemia, pero no es ahora más frecuente que en el pasado, lo que ocurre es que hemos aprendido a reconocer un trastorno que antes o pasaba desapercibido o era incorrectamente diagnosticado. Sus semillas están desde el nacimiento, nunca podremos modificar esta predisposición innata, sin embargo no cabe duda de que lo que si está en nuestras manos es modificar el ambiente escolar y familiar para ayudar a estos niños de forma adecuada y a desarrollar su máximo potencial.

Algunos datos sobre el TDAH. El TDAH es un trastorno real, que afecta aproximadamente a un porcentaje de niños que oscila entre un 2 y un 5 %. Se dice que el concepto de TDAH es algo controvertido, **pero en la actualidad la controversia se ha limitado a los medios de comunicación** desapareciendo completamente en los circuitos profesionales acreditados. Se cree que la disfunción que causa el TDAH se debe a un desequilibrio en dos neurotransmisores cerebrales: La noradrenalina y la Dopamina. Este desequilibrio afecta sobre todo a las áreas del cerebro responsable del autocontrol y la inhibición del comportamiento inadecuado (los lóbulos frontales y sus conexiones más profundas, esto es, los circuitos de los ganglios basales y el cerebelo), El TDAH se presenta de dos formas diferentes: comportamiento impulsivo y falta de control (denominado comportamiento hiperactivo e impulsivo), y problemas de atención, memoria a corto plazo y aprendizaje (problemas de déficit de atención, y de aprendizaje) . Un niño puede presentar una de estas dos variantes pero la mayoría de los niños con TDAH tienen una mezcla de ambas. Los problemas de conducta y de aprendizaje descritos no son exclusivos del TDAH. Pero para poder diagnosticar un TDAH, el comportamiento y el rendimiento escolar del niño deberán implicar un desajuste significativo con respecto a los demás niños de su misma edad y que hayan recibido el mismo tipo de educación.

FACTORES AMBIENTALES: Aunque muchos han sido los factores ambientales (tanto biológicos como psicosociales) relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), hasta la fecha ninguno (ni ninguna combinación de ellos) se ha demostrado como causa necesaria y/o suficiente para la manifestación del trastorno. Dentro de los factores biológicos destacan los eventos durante la gestación y pre-perinatales, tales como el consumo materno de tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo, toxemia, eclampsia, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal postmadura, parto prolongado, distrés fetal, bajo peso al nacer, hemorragias parto, etc. Los estudios a este respecto, no obstante, distan mucho de ser concluyentes, salvo a la hora de presentar una serie de factores predisponentes a una mayor vulnerabilidad general, no específica para el TDAH. Los factores psicosociales, de igual modo, determinan más un riesgo psicopatológico general que un riesgo concreto para patologías mentales concretas. Dentro de estos factores de riesgo genérico,

algunos investigadores encuentran una asociación positiva entre el TDAH y el índice de factores de adversidad de Rutter (discordias maritales severas, clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno y acogimiento no familiar del niño). Estos factores tienden a aparecer como predictores universales de adaptabilidad y salud psíquica, y en ciertos aspectos (delincuencia paterna, conflictos familiares, clase social baja) podrían ser más una expresión de la presencia en los padres del trastorno que su causa en el niño. Así, los hallazgos sobre la contribución ambiental al TDAH deben interpretarse con cautela, ya que muchos datos de función familiar y de adversidad tienen en su origen una notable contribución de la herencia en términos biológicos, pudiendo deberse más a la presencia en los padres de síntomas y trastornos similares a los hallados en sus hijos.

ESTUDIOS GENÉTICOS: Los estudios familiares realizados con muestras clínicas señalan hacia una agregación familiar del trastorno, encontrando entre los padres de niños afectados un riesgo relativo entre 2 y 8 veces superior al de la población normal de padecer ellos mismos el trastorno. Recíprocamente, el riesgo calculado para un niño de sufrir el trastorno si uno de los padres lo padece es del 57%. En los estudios de adopción, los hermanos no biológicos de niños con TDAH tienen menos riesgo de presentar el trastorno o trastornos asociados (tales como el trastorno oposicionista o el trastorno de conducta) que los hermanos biológicos. Los estudios de gemelos señalan una concordancia del trastorno del 50% al 80% en gemelos monocigotos frente a un 29-33% en dicigotos, porcentaje este segundo similar al encontrado en otros estudios para hermanos biológicos no gemelares. Además, el examen de aquellos gemelos con una expresión clínicamente significativa de TDAH revela una heredabilidad de más del 60% para las dimensiones de hiperactividad e inatención, sugiriendo que cuanto más serio es el grado sintomatológico, más fuertemente intervienen los factores genéticos en el trastorno. Gran parte de la varianza (70-90%) del rasgo hiperactividad impulsividad se debe a factores genéticos, pudiendo incrementarse dicha contribución cuanto más extrema sea la manifestación clínica de dicho rasgo.

ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN Y NEUROTRANSMISORES: El modelo de déficits cognitivos y alteraciones conductuales encontrado en los niños con TDAH implica a las funciones ejecutivas y a la memoria de trabajo de forma similar a como se aprecia en adultos con daños en el lóbulo frontal, lo que sugiere una disfunción de la corteza frontal y/o de las regiones relacionadas funcionalmente con ésta en las alteraciones neuropsicológicas subyacentes al TDAH. La evaluación de dicho modelo se ha tratado de llevar a cabo mediante estudios de neuroimagen, tanto estructural como funcional. Debe no obstante recalarse que, debido a su precio y al hecho de que son pruebas invasivas, las muestras utilizadas han sido habitualmente pequeñas, y en ocasiones sesgadas (p. ej., en pacientes ingresados), por lo que su representatividad y poder estadístico son cuestionables. La mayor parte de los estudios estructurales (bien con tomografía axial computerizada, bien con resonancia magnética nuclear), encuentran alguna evidencia de anomalías estructurales cerebrales en los pacientes estudiados, en la corteza frontal derecha y en los ganglios basales, lo que apoya la idea de un síndrome fronto-subcortical. La mayoría de los estudios funcionales (PET, SPECT y RM funcional) realizados encuentran igualmente disfunciones en el metabolismo o en el flujo cerebral de dichas áreas en estos pacientes.

3. DIAGNÓSTICO:

Actualmente, el diagnóstico se realiza según los siguientes criterios:

Criterios diagnósticos de la DSM-IV

A) (1) o (2)

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

FALTA DE ATENCIÓN:

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

HIPERACTIVIDAD:

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) a menudo "está ocupado" o suele actuar como si " estuviera impulsado por un motor
- f) a menudo habla en exceso

IMPULSIVIDAD:

- a) a menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas
 - b) a menudo tiene dificultades para esperar su turno
 - c) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ejemplo se entromete en conversaciones o juegos)
3. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad.
4. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa)
5. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.
6. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

EXISTEN TRES SUBTIPOS SEGÚN PREDOMINE LA HIPERACTIVIDAD O LA FALTA DE ATENCIÓN:

- a) **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado:** si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- b) **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención:** si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- c) **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:** si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses. También se utilizan los criterios del manual CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, que sigue unos parámetros semejantes a los anteriormente expuestos del DSM IV. **Criterios de investigación CIE-10 para el trastorno hiperactivo**

DÉFICIT DE ATENCIÓN:

- 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
- 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
- 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
- 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
- 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
- 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias

HIPERACTIVIDAD:

- 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
- 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
- 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

IMPULSIVIDAD:

- 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
- 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
- 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

El inicio del trastorno no es posterior a los siete años

Los criterios deben cumplirse en más de una situación

Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

EL TDAH implica, primordialmente, una dificultad, generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días), para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva (hiperkinesia o hiperactividad). Secundariamente, se manifiesta en forma de un notable déficit de reflexividad, es decir: poco tiempo dedicado a tareas cognitivas.

LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL INDIVIDUO CON DAH/TDAH SON LAS SIGUIENTES:

A. DÉFICIT DE ATENCIÓN SOSTENIDA: Los niños y adolescentes con TDAH presentan escasa atención sostenida, o persistencia en la realización de tareas, realizando un esfuerzo para mantener la atención; por lo cual, no consiguen permanecer concentrados un tiempo similar al que pueden hacerlo otros de la misma edad. Esto se manifiesta muy claramente cuando se les pide que realicen tareas largas, repetitivas o que carecen de atractivo para ellos. Con frecuencia, indican que "se cansan" o "se aburren" con tales tareas y, como consecuencia, abandonan o cambian de una actividad a otra, sin finalizar ninguna. Igualmente, cuando realizan actividades que les resultan atractivas se distraen fácilmente, cambiando su atención hacia estímulos diferentes. Por lo tanto, aunque se les pida concentración en una tarea, y tengan interés por mantenerse atentos, no son capaces de hacerlo.

B. HIPERACTIVIDAD-HIPERKINESIA: Las personas con TDAH, se mueven de manera excesiva y aparentemente innecesaria para lograr los fines que desean; parecen constantemente inquietos e infatigables. Realizan movimientos que no son estrictamente necesarios para completar una tarea, tales como mover los pies y las piernas, dar golpecitos a las cosas, balancearse mientras están sentados, o cambiar de postura o posición con frecuencia, mientras realizan sus tareas. Estos movimientos son más frecuentes cuanto más aburrido les parece lo que hacen. También los realizan cuando están esperando, sin tener nada que hacer. Los más pequeños pueden hacer carreras, subirse a diversos lugares y otras actividades motoras gruesas. Aunque esto tiende a reducirse con la edad, incluso los jóvenes con TDAH son más infatigables y movidos que sus compañeros. En los adultos, esta infatigabilidad puede ser más subjetiva que observable externamente, aunque algunos adultos continúan infatigables también de manera externa, y comentan que tienen la necesidad de estar siempre ocupados, haciendo algo, e incapaces de estar sentados tranquilos. Éstas son las dos áreas problemáticas asociadas al trastorno biológico que constituye el TDAH. No obstante, tales déficit conllevan, secundariamente, retrasos en todos los aprendizajes, ya que éstos requieren de procesos atencionales. Evidentemente, los aprendizajes que se ven más afectados son los de naturaleza cognitiva, ya que éstos precisan de mayor atención sostenida y relevante. Otros problemas subsiguientes al déficit de atención sostenida y a la hiperkinesia, que se ponen de manifiesto en la mayoría de las investigaciones y comunicaciones de padres y profesores de niños y adolescentes con DAH, que no han recibido un tratamiento específico desde la primera infancia, son los siguientes:

RETRASOS EN HABILIDADES COGNITIVAS: Por lo general, el comportamiento del niño debe ir manifestándose secuencial y progresivamente por medio de procesos: a) impulsivos, b) hábitos instrumentales (aprendizajes operantes) y c) cognitivos. Los procesos cognitivos constituyen el último y más importante de los recursos adaptativos del hombre, para cuyo uso necesita aprender tanto cogniciones concretas, como procesos y estrategias. Una de las más importantes estrategias son las de auto-regulación de la conducta instrumental mediante el empleo de "verbalizaciones internas" o "discurso privado" (Bornas, X. et al., 2000) Se comprueba en escolares con **TDAH** una ausencia o reducción de estas verbalizaciones internas, lo cual ya no se encuentra en jóvenes y adultos. Por lo tanto, se trata, solamente, de un retraso notable en la adquisición de esta fórmula de regulación del comportamiento. Con frecuencia manifiestan dificultades para: "parar y pensar" antes de actuar, esperar su turno cuando están jugando, hablando con los demás, o esperando una cola; para evitar distraerse mientras están concentrados o trabajando en algo y para trabajar por recompensas a largo plazo en lugar de inmediatas. En realidad, este problema es sencillamente la manifestación de un retraso en sustituir el modo impulsivo de adaptarse al medio, propio de los primeros años de la infancia, por el modo reflexivo, característico de la madurez, pero que se inicia en los 5-6 años de edad, con la mediación de los procesos atencionales. La ausencia de atención sostenida y relevante, los cambios atencionales frecuentes y la escasa calidad atencional de estos niños, constituye la principal explicación de que no adquieran hábitos y destrezas cognitivas. Una clase especial de estas habilidades son las estrategias de solución de problemas. Los niños con **TDAH** manifiestan mucha menos fluidez y flexibilidad cognitiva (KIRBY, E.A. y GRIMLEY, A.K., 1992). De hecho, los niños con **TDAH**, en el test EVHACOSPI (García P. y Magaz A., 1998) se muestran muy poco hábiles a la hora de pensar diversas alternativas para resolver problemas interpersonales. Utilizan siempre la misma estrategia que se les ocurrió inicialmente y tratan de resolver la situación de forma rápida y poco reflexiva. Este modo de actuar se percibe en cualquier contexto en el que realicen actividades prolongadas, dirigidas a objetivos; o se encuentren con obstáculos para conseguir éstos. En esos momentos, los sujetos deben ser capaces de generar de manera

rápida una variedad de alternativas, considerando sus respectivas consecuencias, y seleccionando entre ellas una que tenga probabilidades de superar los obstáculos, de tal manera que pueda continuar en la consecución del objetivo. Las personas con **TDHA** encuentran estos obstáculos mucho más difíciles de superar; con frecuencia abandonan sus objetivos y no se toman tiempo para pensar en opciones que les puedan ayudar a tener éxito en la consecución de los mismos.

DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE LAS EMOCIONES: Los chicos y los adultos con **TDHA** con frecuencia tienen dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales a los acontecimientos de su vida, tan bien como lo hacen otros a su edad. No se trata de que las emociones que ellos experimentan sean inadecuadas, sino que las manifiesten públicamente con más intensidad y duración de lo que lo hacen los demás. Parecen menos capaces de inhibir la manifestación de sus sentimientos: dejarlos para ellos mismos, e incluso de regularlos como otros pueden hacerlo. Como consecuencia es más fácil que parezcan menos "maduros", infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos. A este problema de regulación emocional se añade la dificultad que presentan a la hora de encontrar una motivación por las tareas que no tienen una recompensa inmediata o que no les resultan atractivas. Esta falta de capacidad para desarrollar una motivación intrínseca, con frecuencia les hace parecer carentes de autodisciplina, ya que no pueden realizar tareas que no les proporcionen una recompensa inmediata o que les interesen. También relacionado con estas dificultades en la regulación de las emociones está la de regular su nivel general de activación ante las demandas situacionales. Aquellos con **TDHA** encuentran difícil activarse para iniciar un trabajo que tienen que llevar a cabo. Con frecuencia se quejan de ser incapaces de permanecer alerta, animados, en situaciones que les resultan aburridas, y muchas veces parece que están soñando despiertos o ensimismados, cuando deberían estar más centrados o implicados activamente en una tarea.

TORPEZA MOTRIZ: Se asocia a las personas con **TDHA** dificultades en el control fino de sus movimientos, por lo cual, en muchas ocasiones se les hace participar en actividades de entrenamiento denominado "psicomotor". La realidad es que este entrenamiento no suele ser efectivo nada más que en la medida en que se convierta en un entrenamiento en control de la atención dedicada a sus movimientos corporales. Constituye, en esencia, otra forma de entrenamiento en focalización de la atención. El niño, joven o adulto con **TDHA**, siempre se comportará con torpeza motriz, no porque tenga deficiencia alguna en las áreas de control motriz del cerebro y cerebelo, sino porque no pone suficiente atención en la regulación de sus movimientos. Resulta llamativo el efecto inmediato que sobre la supuesta "torpeza psicomotriz" tiene la ingestión de metilfenidato u otra sustancia estimulante: los niños mejoran su control motor fino, lo que deja sin argumentación la necesidad de evaluar su motricidad como parte de su déficit de atención.

MEMORIZACIÓN: Recordar hacer cosas, cómo hacerlas y cuándo, es una tarea que requiere haberlas almacenado con anterioridad. Para poder llevar a cabo los procesos (desconocidos actualmente) implicados en el "almacenamiento", es preciso disponer de esta información, tras haberla conservado durante cierto tiempo. Si no se pone suficiente atención cuando se está recibiendo la información: visual o auditiva, no es posible almacenarla y, por lo tanto, luego es imposible recuperarla. La insuficiente atención sostenida, o su irrelevancia, y el cambio atencional frecuente explican las deficiencias de memoria, sin necesidad de presuponer una alteración en estos procesos con respecto a otros niños o adolescentes.

VARIABILIDAD O INCONSISTENCIA TEMPORAL: Es también característico de estas personas mostrar una variabilidad considerable en su rendimiento. Estas grandes variaciones se pueden encontrar respecto a la calidad, cantidad, e incluso rapidez en su trabajo. Fracasan a la hora de mantener un determinado patrón de productividad y precisión en su trabajo de un momento a otro y de un día a otro. Tal variabilidad es, con frecuencia, desconcertante para quienes están con ellas, ya que está claro que una persona con **TDHA** puede completar su trabajo de una manera rápida y correctamente en una ocasión, mientras en otra sus tareas se realizan de una manera pobre, con poca precisión, y con relativa incorrección. Es posible que, en ocasiones, bien por incentivos o por amenazas de castigos, el niño o adolescente, realice un esfuerzo especial consiguiendo así, de manera esporádica, lo que no es capaz de lograr de modo habitual.

PROBLEMAS DE RENDIMIENTO ESCOLAR: La presencia de este trastorno desde la primera infancia suele favorecer la aparición de retrasos o fracasos escolares. En general, todos los aprendizajes requieren que la persona mantenga la atención de manera suficiente, en intensidad (nivel de activación) y tiempo, como para llegar a establecer la relación entre su comportamiento ante un estímulo y las consecuencias que obtiene por tal comportamiento, o para observar esta secuencia en otra persona. Cuando se combinan los efectos del déficit atencional y de la hiperkinesia: déficit cognitivos, problemas para recordar y usar la memoria de trabajo, déficit de regulación de las emociones y torpeza motriz, aumentan los riesgos de retraso o fracaso escolar. Éstos suelen ser el resultado de aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico, tales como la lectura comprensiva. Si se añade una capacidad intelectual baja aumenta el riesgo de no conseguir aprender al ritmo de sus compañeros, y de acumular retrasos curriculares progresivos que, si no reciben ayuda complementaria, pueden llegar a constituir un auténtico fracaso escolar.

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN SOCIAL: El retraso en habilidades cognitivas que le permitan regular su comportamiento, contribuye a que tenga problemas para seguir instrucciones cuidadosamente, para cumplir normas, para llevar a cabo sus propios planes, e incluso para actuar de acuerdo con los principios legales o morales. De hecho, el niño con **TDHA**, con mucha frecuencia, se comporta de manera molesta para los demás, suele recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigos físicos, desde los primeros años de su vida. Tanto en su hogar como en la Escuela Infantil, es percibido por los adultos y los iguales como un niño "incómodo", difícil de tratar y, con el tiempo, le resulta cada vez más difícil establecer y conservar amistades. Suele ser rechazado por los demás y no muy apreciado por sus profesores. No obstante, los riesgos de delincuencia, consumo de drogas, conductas sexuales precoces, etc..., asociados a este trastorno, parecen encontrarse mucho más relacionados con otras variables sociológicas que con el **TDHA**, el cual solamente es un factor disposicional del individuo que, únicamente, incrementa los riesgos generales.

PROBLEMAS DE AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA: Como consecuencia de la acumulación de frustraciones y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, el niño/a con **TDHA** suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo/a muy malo y una autoestima escasa. Los estudios realizados con adolescentes, jóvenes y adultos con este problema ponen muy claramente de manifiesto esta correlación entre padecimiento del problema y mal ajuste social y personal. Por otra parte, la persona con **TDHA**, prácticamente desde la primera infancia, manifiesta un deseo intenso de agradar a los demás y de recibir aprobación social por lo que hace. Cuando participa en un programa de entrenamiento en cualquier habilidad, se entrega con enorme ansiedad de ejecución, lo que, muchas veces es un factor de riesgo para que nuevamente fracase. Por ello, no se le puede permitir establecer los objetivos, sino que se deben escalar éstos progresivamente, de modo, que al ir constatando que puede aprender y mejorar, su autoconcepto mejore y su autoestima aumente.

PROBLEMAS EMOCIONALES: Con frecuencia, el niño con **TDHA** muestra indicadores de ansiedad y estrés. Normalmente, estos indicadores son el resultado de las exigencias que percibe sobre él, provenientes de diversos ámbitos y áreas: casa, calle, colegio, estudios, conducta social, relaciones con padres, hermanos, profesores, compañeros, etc. Estas reacciones emocionales contribuyen, en ocasiones, a dificultar un diagnóstico diferencial, ya que los factores de estrés a lo largo de la infancia y la adolescencia son múltiples, variados y muy frecuentes. Las hiperexigencias educativas de padres y profesores, las tensiones familiares, los celos de los hermanos, incluso las dificultades escolares, constituyen estresores intensos, frecuentes y muy generalizados en esta etapa del desarrollo personal. Como consecuencia del estrés real o percibido, todos los niños pueden mostrarse con falta de concentración en sus tareas, ausentes, inquietos, nerviosos, con movimientos excesivos e innecesarios, torpes y desobedientes. Por lo cual fácilmente podrían ser identificados como **TDHA**, cuando la realidad es que solamente comparten con esta clase de niños el hecho de estar sometidos a unas tensiones emocionales crónicas.

INICIO DE LAS MANIFESTACIONES COMPORTAMENTALES: Los indicadores conductuales del **TDHA**: Cambio Atencional Frecuente (CAF) y Actividad Motora Excesiva (Hiperkinesia) se manifiestan, en los historiales educativos y clínicos, desde los 3 años de edad.

CONSISTENCIA TEMPORAL Y ESPACIAL DE LOS INDICADORES PRIMARIOS: Algunos de los comportamientos frecuentes del niño con **TDHA** es probable que cambien de manera considerable con la edad, como consecuencia de cambios en el ámbito familiar o escolar. Los estudios de campo (observaciones sistemáticas, pero no experimentales) sugieren que estas personas se comportan mejor en situaciones "de uno a uno", cuando realizan tareas que les entretienen o que les gustan, cuando hay una recompensa inmediata por portarse bien, cuando están bajo supervisión o cuando el trabajo lo realizan a primeras horas del día. No obstante, los niños con **TDHA** pueden mejorar en todo lo referente a sus comportamientos académicos y sociales, que están bajo influencias del ambiente, pero no en cuanto a sus características esenciales, que lo están bajo influencia de su constitución biológica, por lo que, en todo lugar o en cualquier momento, presentan dificultades para mantener la atención sostenida, hiperkinesia o hiperactividad.

ESTABILIDAD EVOLUTIVA: Los indicadores conductuales del **TDHA** son evolutivamente estables. Aunque las manifestaciones conductuales se atenúan con la edad, la pauta "**hiperactividad + cambio atencional frecuente**" se mantiene constante con la edad. Dependiendo de otras variables: inteligencia, nivel socio-cultural y apoyos, escolares y sociales recibidos, el niño con **DAH** seguirá una escolaridad normal, pudiendo alcanzar el máximo grado académico, profesional o universitario. Hay considerablemente menos investigación respecto al **TDHA**, de tipo predominantemente con Falta de Atención, a lo que se suele llamar Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad. Lo que las investigaciones sugieren es que existen algunas diferencias cualitativas entre los problemas atencionales que experimentan estos sujetos y los de aquellos con otros tipos de **TxDAH** en los que la hiperactividad o el comportamiento impulsivo está presente (Barkley, R.A., 1999; Milich y otros, 2002; Carlson y Mann, 2002; Bauemeister y otros, 2003).

UNIDAD II: EVALUACIÓN: La entrevista a los padres es el núcleo del proceso de evaluación. Frecuentemente es difícil confirmar el diagnóstico de TDAH sólo con la entrevista del niño o del adolescente, ya que algunos niños y muchos adolescentes son capaces de mantener la atención y el control conductual mientras están en la consulta. Además, no es frecuente que perciban las dificultades propias, y no son capaces de referirlas adecuadamente. Son especialmente importantes las preguntas acerca de la historia familiar de TDAH, otros trastornos psiquiátricos, y adversidades psicosociales (p. ej. pobreza, psicopatología parental o ausencia de ésta, conflictos familiares), dada su relación con el pronóstico.

EVALUACIÓN ESCOLAR: Es esencial obtener información de conductas, aprendizaje y asiduidad escolares, así como de los cursos superados y notas. Un método conveniente para obtener esta información es usar un instrumento estandarizado. Profesores, psicólogos escolares, psicopedagogos y orientadores pueden proporcionar información sobre las evaluaciones e intervenciones que se hayan intentado y sus resultados. Las pruebas psicoeducativas se indican para evaluar las capacidades intelectuales y para investigar las discapacidades del aprendizaje que puedan enmascarse como TDAH o coexistir con éste. Las pruebas de capacidad ayudarán además en la planificación educativa.

OBSERVACIÓN: Las observaciones estructuradas de conductas en medios naturales y de laboratorio se usan típicamente tanto para contribuir a la medida de respuesta a medicación como para el propio diagnóstico. Las observaciones estructuradas en salas de juego pueden ayudar a distinguir entre hiperactivos y agresivos, o la coexistencia de ambos diagnósticos. Una observación informal de la clase y de una situación menos estructurada, como el comedor o el patio, pueden proporcionar importante información respecto a las conductas del niño, el estilo de control del profesor, y las características más destacadas del medio social y académico.

EVALUACIÓN MÉDICA: Debe incluir una historia médica completa y un examen físico. La historia debe incluir el uso por el paciente de fármacos prescritos, y su abuso y el de drogas ilegales. Deben descartarse déficits visuales y auditivos. La valoración de rutina de niveles de plomo en sangre probablemente tenga poco valor, y el significado clínico de bajos niveles de plomo es controvertido, y contundente con el estatus socioeconómico, el ambiente en el hogar y el IQ materno. No obstante, si hay factores clínicos o ambientales de riesgo presentes debe medirse el nivel de plomo, y tratarse si es necesario. El riesgo aumentado de TDAH se ha relacionado con un síndrome genético raro: la resistencia generalizada a la hormona tiroidea. La disfunción tiroidea no parece, sin embargo, ser más común en niños remitidos por TDAH. Las pruebas de función tiroidea están indicadas sólo en presencia de hallazgos sugestivos de hipo o hipertiroidismo en la historia médica o en el examen físico, bocio, historia familiar de enfermedades tiroideas, o enlentecimiento del crecimiento. Otros posibles factores médicos predisponentes son el síndrome del cromosoma X-frágil, el síndrome alcohólico fetal, el déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y la fenilcetonuria.

TESTS: El TDAH es un diagnóstico clínico. No hay pruebas para el TDAH. Los tests neuropsicológicos son útiles para evaluar déficits específicos sugeridos por la historia, el examen físico o las pruebas psicológicas básicas, pero no son lo suficientemente útiles para hacer el diagnóstico de rutina. Además, una buena realización de los tests individuales administrados no imposibilita un diagnóstico de TDAH. El EEG o la consulta neurológica se indican sólo en presencia de signos focales o sugerencias clínicas de epilepsia o trastornos degenerativos. Aunque algunos niños con TDAH tienen fallos de coordinación motora, la medida de los signos neurológicos menores o finos no es útil para el diagnóstico. No hay datos suficientes que apoyen la utilidad del EEG computarizado (neurometría o mapeo cerebral), los potenciales evocados o la neuroimagen, aunque en las investigaciones son prometedores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD: Una gran variedad de trastornos pueden confundirse con el TDAH u ocurrir con él. Las causas físicas de inatención pueden incluir fallos en la vista o el oído, convulsiones, secuelas de traumatismos craneales, enfermedades somáticas agudas o crónicas, pobre nutrición, sueño insuficiente debido a un trastorno de sueño o al ambiente. Los trastornos de ansiedad o el miedo real, la depresión, o las secuelas de abusos o abandonos pueden interferir con la atención. Los pacientes con síndrome de Gilles de la Tourette pueden ser distraídos por síntomas premonitorios o por el esfuerzo de resistir a los tics. Varios fármacos interfieren con la atención, incluyendo el fenobarbital y la carbamacepina, así como el alcohol y las drogas ilegales. Los datos respecto a si el tratamiento antiasmático teofilina puede causar síntomas de TDAH son conflictivos. Es posible que tenga efectos sólo en niños que ya tienen problemas atencionales o de ajuste. Las comunicaciones paternas de efectos secundarios conductuales adversos pueden no corresponderse con datos más objetivos. La comorbilidad está presente en cerca de dos terceras partes de los niños remitidos a consulta por TDAH, incluyendo más del 50% de trastorno oposicionista desafiante (TOD), 30 a 50% de trastorno de conducta (TC), 15 a 20% de trastornos afectivos, y 20 a 25% de trastornos de ansiedad. El síndrome de Tourette y el trastorno de tics crónico frecuentemente se presentan como comórbidos. En adolescentes, también pueden aparecer abusos de sustancias. Recientes estimaciones de trastornos del aprendizaje en TDAH los sitúan en un 10-25%, dependiendo de la población y de los criterios usados. Los retrasos del habla y del lenguaje son también comunes. Este alto grado de comorbilidad no se encuentra sólo en los niños remitidos a consultas.

TRASTORNOS MÁS FRECUENTEMENTE PRESENTES JUNTO AL TDAH:

Trastorno Oposicionista Desafiante: el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) consiste en un patrón de conductas negativistas, hostiles y desafiantes presente de forma persistente durante al menos 6 meses. Dichas conductas incluyen discusiones con adultos, rabietas y enfados, negativa a cumplir las normas establecidas o las órdenes de los adultos, mentiras, culpar a otros de malas conductas propias y resentimiento.

Trastorno de Conducta: el Trastorno de Conducta (TC) consiste en un patrón de conductas en el que se violan sistemáticamente las normas sociales o legales y los derechos básicos de los demás, de forma persistente y durante al menos un año. Pueden presentarse conductas agresivas hacia personas y animales (intimidación y amenazas, peleas, uso de armas potencialmente dañinas, crueldad física), destrucción de la propiedad, robos y mentiras para eludir responsabilidades, y violaciones graves de las normas establecidas.

Trastornos de ansiedad: los trastornos de ansiedad y el TDAH son los dos trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia, y se dan a la vez en un mismo individuo en aproximadamente un 25% de los casos. Por otra parte, la presencia de TDAH aumenta por 3 el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad.

Trastornos afectivos: la mayor parte de los estudios sitúan el rango de presencia de un trastorno afectivo en el TDAH (ya sea una depresión mayor o una distimia) en el 20-30%, con un riesgo de padecerlos para estos niños 5 veces superior al de la población normal. Algunos estudios han sugerido, además, que la coexistencia de ambos trastornos señala hacia un peor pronóstico en el niño que los padece.

Trastornos del sueño: los niños con TDAH suelen presentar problemas tanto en la conciliación del sueño (se retrasa) como en el mantenimiento de éste (se despiertan de noche) y en su duración (se despiertan antes). Pueden presentar también somniloquio (hablan dormidos), terrores nocturnos, pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo. Sin embargo, parece que la calidad de su sueño es sustancialmente similar a la de los niños sin TDAH.

Trastorno de Tics y Síndrome de Gilles de la Tourette: hasta un 18% de los niños pueden presentar un tic motor en la infancia, tasa que baja al 2% en la adolescencia y al 1% en la vida adulta. La tasa de síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) es de un 0,4% en la población normal. La presencia de un TDAH no parece incrementar particularmente el riesgo de presentar un trastorno por tics, aunque el SGT sí presenta un riesgo aumentado de presentar también un TDAH respecto a la población normal (un 35-70% de niños SGT presentan también un TDAH).

Problemas de rendimiento académico: debidos tanto a los propios síntomas del TDAH como a la asociación de trastornos específicos del aprendizaje. Más de un 20% presentan problemas específicos del aprendizaje (en lectura, escritura, matemáticas), quizás relacionados con una posible ligazón genética entre ambos trastornos.

Lesiones y accidentes: el niño hiperactivo tiene 4 veces más posibilidades de sufrir accidentes y lesiones graves (fracturas óseas, traumatismos craneo-encefálicos, rotura de dientes, etc.) que el niño sin este trastorno, debido a su impulsividad y a la presencia de trastornos de la coordinación motora.

ASPECTOS ESPECIALES DEL TDAH EN ADOLESCENTES: El cuadro clínico en adolescentes tiende a incluir inquietud más que hiperactividad grosera, aunque el nerviosismo y levantarse del asiento en clase suelen estar presentes. Los desajustes de los adolescentes incluyen inatención, pobre control de los impulsos, pobres habilidades de organización, dificultades para elegir y mantener prioridades, y escasas estrategias en resolución de problemas, resultando un menor rendimiento escolar, baja autoestima, escasas relaciones con iguales, y rendimiento errático en tareas. Las oportunidades de realizar conductas impulsivas peligrosas y de poca capacidad de juicio aumentan con la edad, debido a la mayor influencia de los pares y la menor supervisión de los adultos. Los niños con TC o TOD comórbidos son los de mayor riesgo. Algunos datos presentan una tendencia en adolescentes con TDAH hacia mayores tasas de suicidio, intentos de suicidio y muertes accidentales.

TRATAMIENTO: Aunque los tratamientos farmacológicos alcanzan un éxito valorado en un 70-80% en pacientes adecuadamente diagnosticados, las diferencias individuales en dicha respuesta son amplias. Los resultados en el terreno académico no son claros, la respuesta no se prolonga más allá de la permanencia del fármaco en el organismo, y la generalización de las ganancias es, por tanto, escasa. Además, los efectos secundarios son a veces demasiado intolerables, y los logros iniciales en ocasiones desaparecen con el tiempo. En la actualidad debe plantearse que el tratamiento correcto del TDAH pasa por su abordaje multimodal, es decir, la realización simultánea y coordinada de aproximaciones terapéuticas farmacológica, psicológica, psicopedagógica y psicosocial (esta última en situaciones de adversidad socio-económica). A continuación se comentarán sucintamente dichos tratamientos, debiendo tenerse en cuenta, en todo momento, que ninguno de ellos es único, exclusivo, ni puede (ni debe) sustituir a los demás.

a) FARMACOLÓGICO: Psicoestimulantes de acción inmediata: dentro de este grupo nos encontramos con el metilfenidato y la dextroanfetamina, ambos derivados de la fetilamina, y la pemolina magnésica, que pertenece a los derivados de la oxazolidina. Sus efectos son inmediatos. Empiezan a notarse a los 30 a 60 minutos tras la ingesta, y comienzan a disminuir unas 3 a 6 horas después de haber tomado el fármaco. Quiere esto decir que se

requiere la administración continuada del medicamento, y fraccionada en dos a cuatro tomas al día, con las pautas que establezca el terapeuta y un control clínico periódico. La dosis efectiva del psicoestimulante no puede predecirse por la edad, el peso o la severidad clínica. Así, debe ser incrementada de forma gradual y en función de la respuesta clínica. No va a ser necesario con estos fármacos medir niveles plasmáticos, puesto que la dosis oral guarda estrecha relación con los niveles plasmáticos, pero no lo hace con los niveles que alcanza en el Sistema Nervioso Central. En la actualidad no existen estudios suficientes en población menor de 6 años, aunque se han tratado niños de tres años en adelante con sintomatología severa, obteniéndose un beneficio clínico notable. En cuanto a su efecto clínico, en el área cognitiva van a mejorar la atención, el tiempo de reacción ante estímulos externos, la memoria (sobre todo la memoria a corto plazo), los estilos conductuales de respuesta, y la impulsividad. A nivel motor reducen la inquietud motora (lo que se entiende por hiperactividad). En el ámbito escolar, disminuye la distracción en las tareas, así como las interrupciones verbales y físicas, y mejora el rendimiento académico y la ejecución de las tareas. Además favorece la cooperación y la interacción tanto escolar como lúdica. En la familia vamos a observar una mejoría de la relación verbal, disminución de las críticas de los padres, y mejores interacciones entre los miembros de la familia, favoreciéndose así la afectividad. Finalmente, sobre la conducta disocial, habrá un efecto positivo tanto en la agresividad verbal como en la física y en las conductas disociales. Sus efectos secundarios son generalmente leves. Cabe destacar cefalea en ocasiones (que no suele precisar la retirada del fármaco y tiende a desaparecer con el tiempo), insomnio y disminución del apetito. Los posibles efectos sobre el desarrollo ponderato-estatural no se han demostrado claramente. Es más, los estudios más recientes muestran ausencia de efecto a este nivel. En todo caso, deben descartarse hipocrecimientos debidos a otras causas independientes a los psicoestimulantes. Debe tenerse especial cuidado con el uso de la pemolina debido a la posibilidad de hepatotoxicidad. El 3% de los pacientes la puede presentar, aunque ésta suele ser aguda, reversible y leve. No obstante, se han descrito fallos hepáticos agudos, por lo que el estudio periódico de la función hepática es imprescindible. La FDA recomienda su control cada dos semanas. De todas formas, la pemolina hoy en día está prácticamente en desuso.

b) PSICOESTIMULANTES DE ACCIÓN PROLONGADA: Los fármacos psicoestimulantes han sido, a partir de la primera comunicación sobre su eficacia clínica en niños con déficits atencionales, dificultades en el rendimiento escolar y problemas conductuales, el tratamiento de elección en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), sobre todo desde que, en los años 60, el metilfenidato se revelara como una molécula de efectos similares a la benzedrina (el psicoestimulante originalmente ensayado por Bradley), aunque con una atribución de peligrosidad menor por parte de padres y médicos. El metilfenidato, en sus formas habituales de administración oral (de liberación inmediata), tiene un pico en su concentración en plasma entre una y dos horas tras su ingesta, que coincide con el efecto clínico máximo, teniendo una corta vida media y una duración de su eficacia de 2 a 5 horas. Estas limitaciones en el uso del metilfenidato de liberación inmediata (sobre todo su corta duración y la necesidad de fraccionamiento de la dosis en tres y hasta cuatro tomas en ocasiones, con las lógicas dificultades de cumplimiento de estos regímenes), sumadas a la conveniencia de prolongar los efectos beneficiosos del tratamiento durante la tarde a fin de mejorar las conductas en casa y la realización de las tareas escolares, han llevado desde hace años a la búsqueda de preparaciones psicoestimulantes de acción más prolongada.

ATOMOXETINA: La implicación de mecanismos noradrenérgicos en la etiología del TDAH, junto con la utilidad de algunos antidepresivos tricíclicos en su tratamiento, ha llevado a plantear la hipótesis de la posible eficacia en este trastorno de nuevos fármacos con un perfil noradrenérgico selectivo, como son los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina. La atomoxetina es un potente inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina con escasa afinidad por otros receptores monoaminérgicos, acetilcolinérgicos, histaminérgicos, dopaminérgicos y α 1-2 adrenérgicos, lo que sugiere una menor cantidad potencial de efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos, e induce un aumento de noradrenalina y dopamina en córtex prefrontal y, presumiblemente, en otras áreas cerebrales, que favorece los mecanismos neurotransmisores catecolaminérgicos de forma similar a los psicoestimulantes, lo que parece ser la causa de la eficacia de estos psicofármacos en la mejoría clínica del TDAH.

OTROS FÁRMACOS NO ESTIMULANTES: como los antidepresivos (tricíclicos y serotoninérgicos), agonistas adrenérgicos (clonidina), antipsicóticos y otros (bupropion). Generalmente se administran ante la falta de eficacia de los estimulantes o si sus efectos secundarios no permiten su continuidad en el tiempo.

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

LAS APROXIMACIONES MÁS UTILIZADAS HAN SIDO:

1. Manejo de contingencias: es la intervención más básica dentro de las de tipo conductual. Consiste en la aplicación directa de consecuencias positivas y negativas dentro de ambientes cuidadosamente estructurados. No obstante, como ya se ha dicho, la generalización y transportabilidad de sus logros es aún una materia en discusión.
2. Terapia conductual: se basa en el entrenamiento de padres y profesores en la medición de conductas, su selección de cara a la intervención, el diseño de programas de refuerzo conductual, el uso de consecuencias negativas o castigos consistentes y la coordinación de dichos programas entre el colegio y el hogar. Su objetivo son por tanto los adultos responsables del cuidado del niño. Las ganancias logradas por estos programas, no obstante, al ser medidas por los propios cuidadores, implican a veces un sesgo positivo surgido de la propia satisfacción con el tratamiento más que de auténticas mejorías.
3. Intervenciones cognitivo-conductuales: se realizan directamente en el paciente, generalmente en grupos reducidos. Incluye entrenamientos en auto-instrucciones (para mejorar la mediación verbal y el autocontrol desde un lenguaje expresado hacia otro interiorizado u "oculto"), resolución de problemas (para mejorar la planificación de conductas sociales y habilidades académicas), auto-refuerzo (para reducir la dependencia del adulto y sus recompensas), y aprendizaje del error (para redirigir la conducta ante equivocaciones o situaciones de conflicto). Estas intervenciones, como ya se ha comentado, parecen lograr menos mejorías de las que podría esperarse por su éxito en poblaciones sintomáticamente parecidas (trastornos de conducta).
4. Entrenamiento en habilidades sociales: también focalizadas directamente sobre el paciente y en grupos pequeños, se centran en la discusión y aplicación en el grupo de capacidades como la cooperación o la resolución verbal de conflictos, reforzadas por la aplicación de contingencias dentro del propio grupo, dirigidas a mejorar las competencias sociales de los participantes. Su aplicación sistemática y consistente parece generar resultados prometedores, aunque los resultados obtenidos hasta la fecha son aún lo suficientemente escasos como para tener que interpretarlos con mucha cautela.

c) PSICOEDUCATIVO Y DE ENTRENAMIENTO DE PADRES: Cualquier intervención en el Trastorno Hiperactivo debe pasar por la comunicación a los medios implicados (familia, pero también colegio si es posible) de los conocimientos básicos sobre el trastorno, su origen, sus síntomas y consecuencias y sus diversos tratamientos, así como los objetivos de éstos. Cuanto mayor sea el conocimiento de los padres sobre el trastorno de su hijo más fácil resultará la posterior intervención y más probable su éxito. De igual modo, permitirá eliminar cogniciones erróneas sobre el problema a tratar, facilitando la aceptación del niño en el seno de su propia familia y posibilitando a los padres abordar los síntomas como tales y no como simples problemas conductuales o productos de la maldad, lo que no hace sino perpetuar dichos síntomas. Un hijo hiperactivo genera grandes dificultades en el funcionamiento familiar. Entre otras cosas, lleva a la aparición de un estilo parental excesivamente directivo, negativo y punitivo, el cual puede modificarse mediante el entrenamiento de padres en el control y manejo de las conductas disruptivas de sus hijos, mejorando tanto su capacidad de crianza como las relaciones con el hijo y la propia visión de las habilidades como padre y educador. Esto, al cabo, redundará en un mejor funcionamiento familiar y una disminución de síntomas parentales relacionados con el estrés y la baja autoestima, mejorando igualmente las cogniciones negativas sobre el rol como padres o el futuro de sus hijos. Igualmente, los programas de intervención enfocados hacia el aumento del conocimiento del TDAH en los padres de los niños afectados (programas psicoeducativos), mejoran tanto las percepciones que los padres tienen de sus hijos y su trastorno como de sus propias capacidades como padres, ayudando además a liberarles de la sensación de culpa que este tipo de trastornos suelen generar y capacitándoles para su posterior inclusión en los programas de entrenamiento de padres anteriormente referidos.

d) PSICOPEDAGÓGICO Y ESCOLAR: El éxito educativo de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (a partir de ahora TDAH), implica el uso de técnicas conductuales bien establecidas, profesores motivados en el proceso y, necesariamente, una Administración volcada en su desarrollo. En este sentido, los conocimientos del profesor sobre el TDAH y su actitud al respecto son críticos. Una relación positiva entre estudiante y profesor, basada en la comprensión del segundo acerca del niño y su trastorno, será capaz de determinar una notable mejoría académica y social en el niño. Es básico, pues, trabajar en primera instancia con el profesor sobre estos aspectos:

El TDAH se considera una discapacidad para el aprendizaje de causas biológicas, muy sensible a las variables ambientales. No obstante, la naturaleza de sus síntomas hará que, aún controlando el ambiente de forma adecuada, persistan en cierta medida sus manifestaciones.

Es un trastorno sobre el "cómo hacer lo que se sabe", no sobre el "saber qué hacer". Así, no consiste en carecer de conocimientos o habilidades, sino en carecer de las capacidades para organizar las actividades.

El estudiante con TDAH precisa más estructura y organización, más frecuencia en las consecuencias positivas y mayor inmediatez de éstas, más consistencia en las consecuencias negativas, y reajustes especiales para el desarrollo de su tarea.

Las intervenciones más eficaces para mejorar su rendimiento escolar son aquéllas que se aplican de forma consistente en el propio colegio, y, dentro de éste, en el lugar de trabajo (p. ej. el aula). Las intervenciones personales y familiares son necesarias, pero rara vez extienden sus beneficios fuera del entorno de la casa. Junto con esta orientación, debe coexistir una estrecha colaboración entre profesores 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 profesor 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. En apoyo de esta necesidad de colaboración debe señalarse que, en las intervenciones conductuales sobre el TDAH, rara vez se produce la generalización de una mejoría en un ambiente a otros ambientes. Por ello, es preciso establecer programas complementarios que abarquen la intervención conjunta y coordinada en los diversos ambientes en que el niño vive y se desenvuelve. Las intervenciones conductuales sobre niños con TDAH en el colegio suelen incluir programas de consecuencias en el aula, programas de intervención coordinada con el hogar del niño, intervenciones de autocontrol, y programas de modificación de las tareas escolares y del ambiente del aula. Todos ellos deben seguir unos principios generales basados en las dificultades nucleares del TDAH: una incapacidad para el autocontrol de la conducta mediante la información interna, las normas presentes y las consecuencias a largo plazo de la conducta. Ello requiere:

Normas e instrucciones claras, breves, a ser posible presentes de forma visible (carteles, señales), que el niño pueda repetir en voz alta al ir a realizar la tarea.

Proporcionar las consecuencias a la conducta de forma inmediata y con mayor frecuencia de lo habitual (fundamentalmente las positivas).

Mantener las consecuencias negativas proporcionadas a las positivas, aplicando el programa un plazo razonable antes de utilizar las primeras (al menos una o dos semanas).

Evitar aplicar los refuerzos negativos de forma encadenada, creando de una situación de castigo un motivo para un nuevo castigo.

Cambiar los refuerzos, sobre todo los positivos, con frecuencia, por la mayor tendencia a la habituación de estos niños. Dichos refuerzos pueden diseñarse en un menú rotatorio que permita su cambio frecuente sin agotar alternativas.

Anticipación a las respuestas del niño. El programa debe tener una perspectiva de futuro de la que el niño carece, planteando incluso recordar periódicamente las normas y objetivos establecidos, sobre todo antes de iniciarse la situación en la que se desea intervenir, y participando el niño de esta repetición.

PRINCIPIOS CONDUCTUALES GENERALES: La eficacia de un programa de intervención conductual muchas veces viene determinada desde su inicio por la capacidad para escoger las conductas a intervenir y cómo se definen:

Describir la situación problema implica necesariamente describir la alternativa correcta y enseñar cómo desarrollarla cuantas veces sea preciso. Si no se lleva a cabo, sólo lograremos sustituir una conducta inadecuada por otra.

Debe unirse la intervención sobre conductas con la intervención específica sobre habilidades académicas.

Debe incluirse la intervención sobre conductas fuera del aula (recreos, comedor, etc.).

Deben incluirse al principio algunas conductas muy accesibles o ya realizadas por el niño, de forma que pueda obtener siempre algún refuerzo positivo. Por otra parte, debe realizarse la valoración de las situaciones problema de forma adecuada:

Definir exhaustivamente la situación de forma que pueda monitorizarse con éxito.

Identificar sus causas y consecuencias lo mejor posible.

Desarrollar hipótesis sobre la función que la situación y sus consecuencias tienen para el niño (evitar realizar una tarea aburrida, obtener la atención del resto de la clase, etc.).

Manipular causas y consecuencias hasta donde se pueda para confirmar las hipótesis planteadas.

Plantear intervenciones sobre las causas y consecuencias para modificar las situaciones problema.

Las intervenciones conductuales sobre niños con TDAH en el colegio suelen incluir programas de consecuencias en el aula, programas de intervención coordinada con el hogar del niño, intervenciones de auto-control, y programas de modificación de las tareas escolares y del ambiente del aula. Todos ellos deben seguir unos principios generales basados en las dificultades nucleares del TDAH: una incapacidad para el autocontrol de la conducta mediante la información interna, las normas presentes y las consecuencias a largo plazo de la conducta. Ello requiere:

Normas e instrucciones claras, breves, a ser posibles presentes de forma visible (carteles, señales), que el niño pueda repetir en voz alta al ir a realizar la tarea.

Proporcionar las consecuencias a la conducta de forma inmediata y con mayor frecuencia de lo habitual (fundamentalmente las positivas).

Mantener las consecuencias negativas proporcionadas a las positivas, aplicando el programa un plazo razonable antes de utilizar las primeras (al menos una o dos semanas).

Evitar aplicar los refuerzos negativos de forma encadenada, creando de una situación de castigo un motivo para un nuevo castigo.

Cambiar los refuerzos, sobre todo los positivos, con frecuencia, por la mayor tendencia a la habituación de estos niños. Dichos refuerzos pueden diseñarse en un menú rotatorio que permita su cambio frecuente sin agotar alternativas.

Anticipación a las respuestas del niño. El programa debe tener una perspectiva de futuro de la que el niño carece, planteando incluso recordar periódicamente las normas y objetivos establecidos, sobre todo antes de iniciarse la situación en la que se desea intervenir, y participando el niño de esta repetición. El objetivo final debe ser desarrollar programas fácilmente aplicables en el aula. Los objetivos académicos y de sociabilización deben enseñarse a la vez, indicando tanto los pasos de la tarea a realizar como la conducta que debe mantenerse, y verificando dicha conducta con relativa brevedad (animando al niño si la mantiene, recordando la adecuada si no lo hace, utilizando preguntas sencillas para mantener su atención en la lección), lo que permite aplicar consecuencias positivas inmediatas, consistentes y frecuentes, reforzando la utilidad del programa más que si sólo se interviene cuando la conducta está ya fuera de cualquier posibilidad de control. Este planteamiento exige del profesor tan solo modificar su forma de interacción 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.

UNIDAD III: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: La administración de consecuencias por el profesor es la aproximación conductual más frecuente y eficaz para el TDAH en el colegio. La más adecuada parece ser la combinación de consecuencias positivas (comentarios de ánimo, recompensas tangibles, economías de fichas) y negativas (reprimendas, coste de respuesta, “tiempo fuera”); sin embargo, su éxito depende en gran medida de cómo y cuándo son administradas. Las consecuencias inmediatas, breves, consistentes, evidentes y, en el caso de las positivas, frecuentes, parecen ser más efectivas.

1.- ATENCIÓN ESTRATÉGICA: La atención estratégica se refiere al uso de la atención del profesor para ayudar al estudiante a mantenerse en la realización de la tarea o redirigirse a ésta si la ha abandonado. Los comentarios de ánimo u otras formas de refuerzo (sonrisas, fichas canjeables por privilegios, etc.) han demostrado su efecto positivo en el niño con TDAH, y el uso de la retirada de esta atención positiva ante conductas inadecuadas puede hacerlas disminuir. Esta ignorancia activa hacia el niño exige la retirada total de la atención estratégica por parte del profesor, siendo una forma de intervención muy adecuada en conductas no disruptivas (distracción y actividades motoras leves). Su combinación con la atención estratégica a otros niños que están llevando a cabo la conducta apropiada puede ser especialmente efectiva. Aunque simple, el uso de este método exige la adquisición de método y habilidades con el fin de utilizarlo de forma constante y consistente, única manera de que funcione con eficacia. Los comentarios al niño sobre la actividad desarrollada por éste parecen ser el refuerzo más útil, sobre todo si se hacen con un tono de ánimo y de forma inmediata a la realización de la conducta deseada. Con frecuencia es preciso incluir en este sistema alguna forma de “señalización” que recuerde al profesor que debe atender al niño y verificar su conducta, reforzándola si es adecuada. Debe recordarse que una conducta, esperable para otro niño de su edad y nivel de desarrollo, puede ser muy difícil de mantener para un niño con TDAH. Por ello, es fácil olvidar la provisión de refuerzos positivos al niño cuando “se está portando como debe ser”. La eficacia del programa puede mejorar si se coloca en algún lugar visible de la clase una lista con unas pocas reglas básicas y sencillas que deben seguirse durante la lección.

2.- PROGRAMAS DE ECONOMÍA DE FICHAS Y RECOMPENSAS: Dada la menor sensibilidad a las recompensas y la tendencia a fracasar en el mantenimiento de la atención de estos niños, sobre todo cuando los refuerzos positivos son poco consistentes y no son inmediatos, suele precisarse de refuerzos más potentes y frecuentes, sobre todo en forma de privilegios especiales o actividades gratificantes para él en el seno de la clase. Éstos pueden proporcionarse de acuerdo con la consecución de ciertos objetivos (como acabar bien la tarea encomendada), por los que el niño ganará “fichas” que luego podrá cambiar por recompensas preestablecidas en un menú (tiempo libre, jugar con la computadora, decidir una actividad de ocio para la clase, etc.) y con un costo de fichas ya acordado. Puede incluirse en el programa un “coste de respuesta”, según el cual el niño perderá fichas por conductas inadecuadas. En cuanto a las recompensas, debe recordarse que se necesitará la inclusión de algunas que puedan obtenerse de forma inmediata, aunque también podrán establecerse objetivos más ambiciosos con recompensas más importantes en un plazo más largo. El éxito de este tipo de programas depende de la correcta identificación de recompensas adecuadas, por lo que precisa conocer muy bien al niño, u observarlo durante un cierto período de tiempo para identificar aquellas actividades más gratificantes para él. A veces, sobre todo si las recompensas dispensables en el colegio no son suficientemente atractivas, es conveniente combinarlo

con programas basados en recompensas en casa. Los programas de economía de fichas pueden establecerse individualmente o para toda la clase, lo cual puede ser particularmente efectivo al atenuar la estigmatización del niño e implicar al resto de sus compañeros, controlando ciertos refuerzos que puedan estar interfiriendo con los del profesor (como “reír las gracias” del compañero con TDAH, animándole a aumentar su nivel de disruptión). Igualmente, pueden establecerse para cada niño o formar equipos con varios de ellos, compitiendo por las fichas (y el consiguiente privilegio). En todo caso, debe recordarse que si los objetivos no son realistas, o si los criterios para alcanzar la recompensa son demasiado elevados, el niño no se implicará en el mismo, o fracasará rápidamente. Por ello, en un principio es conveniente seleccionar algunos objetivos que el niño suela cumplir con facilidad y frecuencia, proporcionando así, por un lado, la posibilidad de ofrecer de vez en cuando refuerzos positivos, y por otro, un mayor interés del niño en implicarse en el programa. También puede iniciarse aplicándolo sólo en algunos momentos del día, para después ampliarlo progresivamente.

3.- CONSECUENCIAS NEGATIVAS: Dentro de estos programas de modificación conductual deben incluirse consecuencias negativas frente a las conductas inadecuadas, recordando siempre que debe buscarse un uso de éstas equilibrado con las positivas. Las reprimendas, al igual que los comentarios positivos de ánimo, son eficaces en función de lo adecuado del “cómo y cuándo” de su aplicación. Deben ser inmediatas, breves, consistentes (sobre todo si se acompañan de algún coste, como pérdida de fichas o “tiempo fuera”), y acompañadas de indicaciones sobre la conducta adecuada. Su uso debe ser similar y constante durante todo el curso, evitando incrementar su gravedad a lo largo del mismo. El coste de respuesta implica la pérdida de algún refuerzo positivo o privilegio como consecuencia de una conducta inapropiada. Su uso suele incluirse en los programas de economía de fichas, e implica perder algunas fichas o puntos cuando se genere un comportamiento inaceptable. Al igual que otras consecuencias negativas, debe aplicarse de forma inmediata, consistente y sin carga emocional. El “tiempo fuera” consiste en la retirada de la situación de refuerzo positivo en respuesta a una conducta inapropiada (sacar al niño de la clase unos minutos, retirarlo de la zona de atención del profesor u otros compañeros o de la situación en la que puede ganar refuerzos positivos, etc.). Este tipo de consecuencias negativas exige un buen conocimiento previo del niño y de las situaciones en las que utilizarla. Si, por ejemplo, lo que el niño busca con una conducta disruptiva es evitar realizar una tarea en clase, un período de “tiempo fuera” sólo conseguirá reforzar la conducta, al obtener el niño lo que pretendía. Además, en el caso de niños muy conflictivos puede ser extremadamente difícil lograr el cumplimiento del “tiempo fuera” (puede recurrirse entonces a alternativas como que lo cumpla fuera del horario escolar, o sustituirlo por una copia repetitiva). Las expulsiones de la clase o del colegio, para ser eficaces, deben tener unas reglas muy claras. Así, es conveniente que sean por periodos de tiempo cortos (no más de uno o dos días), deben tener asignadas tareas escolares a realizar, y es preferible que se cumplan dentro del propio colegio.

Las consecuencias negativas, si bien utilizadas son imprescindibles en cualquier programa de modificación de conductas, pueden generar efectos indeseables cuando se utilizan mal. Por ello, debe tenerse en cuenta que para su uso:

Los castigos deben utilizarse de manera económica. Su desequilibrio frente a las consecuencias positivas hará que éstas pierdan su valor como refuerzo, y que el niño se habitúe al castigo y deje de ser eficaz. Además, puede provocar una aversión a las circunstancias que lo motivan, como la clase, generando conductas de fuga y agravando las manifestaciones del TDAH.

El uso de consecuencias negativas debe acompañarse de la enseñanza y refuerzo de las conductas alternativas adecuadas.

La retirada de un refuerzo positivo suele ser más eficaz que la administración de un estímulo aversivo.

4.- MANTENIMIENTO Y GENERALIZACIÓN DE LOS LOGROS: La generalización no suele producirse de forma automática. Por ello, el método más eficaz para conseguir mejorías en todas las clases o situaciones es implementar programas progresivamente más tiempo, de forma que terminen abarcando todo el horario escolar. De igual modo, el mantenimiento de los logros tras la retirada del programa de intervención es irregular, recomendándose una retirada gradual variando las condiciones bajo las que se proporciona el refuerzo positivo, de modo que el niño no sea capaz de discriminarlas totalmente, pero tenga presente que aún están vigentes. De igual modo, se debe ir alargando progresivamente el momento de administración del refuerzo positivo, tratando así de establecer una mayor duración y estabilidad de la conducta apropiada conseguida.

INTERVENCIONES CON COMPAÑEROS: Algunos programas se han centrado en la inclusión de los compañeros del niño para administrar los refuerzos positivos frente a conductas adecuadas, tratando de evitar el refuerzo de las negativas. Los compañeros asumen un papel de “modificadores conductuales”, ignorando las conductas inapropiadas y reforzando las positivas mediante un programa de administración de condicionantes positivos (fichas, privilegios). Debe tenerse en cuenta en este tipo de aproximaciones que los compañeros no suelen ser capaces de administrar los refuerzos negativos de forma consistente y proporcionada, por lo que este extremo del programa debe reservarse a un adulto debidamente entrenado. Un programa especialmente interesante es el de tutorías por los compañeros, dirigido a mejorar las adquisiciones académicas. En él, cada niño es emparejado con

otro que actúa como tutor y supervisor de sus tareas escolares, y que previamente ha sido entrenado para desempeñar esta labor. Ambos niños se sientan juntos, y el tutor lee, explica y corrige las tareas, intercambiándose después los roles. El profesor debe supervisar este tipo de procedimientos, aportando la ayuda adicional que se requiera. La correcta realización de las tareas supondrá la obtención de puntos o fichas, intercambiables según un programa establecido de economía de fichas.

PROGRAMAS DE RECOMPENSAS EN CASA: Los programas de recompensas en casa se basan en la administración de los refuerzos positivos en el hogar del niño, en función de los logros reflejados en una tarjeta rellena por el profesor y entregada diariamente en casa por el alumno. Esta tarjeta contiene una lista de metas y conductas cuantificables, que reúnen las siguientes características:

Combinar conductas y logros académicos, incluyendo al menos una o dos conductas positivas fáciles de alcanzar o ya realizadas por el niño, de forma que al principio siempre logre algún refuerzo positivo.

Incluir al principio pocos objetivos, ampliándolos a medida que el programa vaya siendo eficaz.

Los objetivos deben describirse al detalle y se valorarán de modo descriptivo (“debe mejorar”, “bien”, “muy bien”...), con cada descriptor perfectamente definido (“debe mejorar” = tres violaciones de la norma descrita), y preferiblemente señalando de forma numérica los puntos ganados y perdidos.

El niño debe ser controlado con relativa frecuencia, pudiendo permitir así que un fracaso en las primeras horas del día se convierta en un logro más adelante.

Debe definirse un método seguro para hacer llegar la tarjeta del colegio a los padres. Por ejemplo, pueden asignarse puntos positivos por el mero hecho de entregarla en casa. Además, la comprobación de ésta por los padres debe hacerse lo más pronto posible, discutiendo los puntos negativos (de forma breve, neutral, sin cargas emocionales y valorando alternativas para mejorarlos) y administrando los refuerzos positivos en función de los puntos obtenidos sobre un menú preestablecido. Puede establecerse también un plan de refuerzos negativos, aunque al principio es preferible establecer un programa basado sólo en recompensas (sobre todo si los padres son especialmente coercitivos o punitivos).

Las recompensas establecidas deben basarse en privilegios y situaciones comunes que puedan aplicarse a diario sin gran costo, más eficaces que otras más elaboradas, caras y a largo plazo.

Este tipo de programas es útil sobre todo en combinación con programas de consecuencias en el colegio, puesto que amplían las posibilidades de recompensa e implican a los padres en los programas de intervención escolares.

ESTRUCTURA DE LA CLASE: La organización del aula puede facilitar la implementación de este tipo de programas y mejorar su cumplimentación por parte del niño. Una recomendación común es ubicar al niño en la primera fila, a veces en un asiento separado de los compañeros, lo que reduce el refuerzo por éstos de las conductas negativas y facilita la supervisión por el profesor. La clase, además, debe estar bien organizada, estructurada, ser predecible y tener en un lugar visible las reglas a seguir y las tareas a realizar. Algunas ayudas visuales, como las señales de colores, pueden ayudar a reducir la necesidad de recordar verbalmente ciertas normas. Las tareas académicas encomendadas deben estar ajustadas a la capacidad del niño, tanto en contenido como en extensión y claridad. Su presentación en formatos diferentes y atractivos facilitará el mantenimiento de la atención sobre ellas. Deben ser breves y presentarse de una en una. Además, si implican respuestas motoras activas resultarán más atractivas para el niño. Es recomendable desarrollar las asignaturas de mayor contenido académico en las primeras horas del día, cuando la atención del niño es mejor y su capacidad de atención menos inadecuada. En ocasiones será preciso desarrollar un plan académico suplementario de apoyo, en el que es recomendable incluir el aprendizaje de estrategias de estudio y organización de las tareas, así como medios de enseñanza atractivos para el niño (tales como ordenadores).

PROGRAMAS CON ADOLESCENTES: Este tipo de estrategias se complican a la hora de intervenir sobre adolescentes, tanto por los problemas inherentes al TDAH como a la propia edad, incluyendo la mayor cantidad de profesores y los frecuentes cambios (de aula, compañeros, etc.). En estos niveles educativos las conductas no suelen supervisarse hasta que no se han hecho francamente disruptivas, o hasta que el desajuste académico es muy evidente. Con mucha frecuencia, ello se interpreta en principio como “problemas de la edad”, para pasar poco después a catalogarse de “irresponsabilidad” o “vaguería”, sin procesos intermedios de evaluación o intervención. La organización de programas de intervención con adolescentes suele beneficiarse de la participación de los padres y del propio alumno, debiendo comenzar por un autoanálisis de las dificultades presentes y de la mejor manera de solventarlas. Es conveniente también determinar un calendario a lo largo del curso para nuevas reuniones, examinando los logros y fracasos y reorientando, si es preciso, el programa. En esta edad, los programas de recompensas en casa parecen especialmente útiles. También parece eficaz asignar un profesor como “mentor” del adolescente, realizando con él breves reuniones diarias para recordar las reglas y los objetivos pactados y proporcionar la ayuda necesaria. Los padres también deben implicarse en el programa, reservando un tiempo especial todas las semanas para estar con su hijo en una ocupación reconfortante para ambos y que ofrezca un momento de interacción positiva al margen las tareas escolares o de los objetivos conductuales propuestos.

UN MODELO DE PROGRAMA: *EI IRVINE PARAPROFESSIONAL PROGRAM*: Este modelo de programa, desarrollado en el año 95, implica la colaboración del servicio de psicología del colegio, los profesores y un equipo profesional entrenado en intervenciones conductuales en el aula. Este equipo asistirá al profesor para implementar en la clase el programa de refuerzos y de economía de fichas, y desarrollará un programa paralelo de entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas para los niños. El psicólogo escolar elabora un programa inicial de intervención conductual en coordinación con el profesor, y tras la evaluación del niño. La asignación del equipo se indicará si dicho programa es ineficaz al cabo de tres meses. Su actuación se centra en el desarrollo de un programa de economía de fichas, implementado por este profesional tres horas al día y por el profesor el resto de la jornada. El psicólogo escolar supervisará el programa y ambos proporcionarán ayuda al profesor. El niño recibe fichas por cuatro o más conductas apropiadas cada 15 minutos con el profesional, o cada 45 minutos con el profesor. También se le recuerda las conductas objetivo una a tres veces durante ese tiempo. Al final del día, las fichas podrán cambiarse por períodos de tiempo de actividades libres previamente pactadas. El programa incluye tres niveles de ganancia de privilegios, que se alcanzan mediante la consecución de los objetivos del nivel anterior. Estos niveles son una forma de extinguir progresivamente el programa aumentando los tiempos de administración de las fichas, en una búsqueda de estabilizar los objetivos alcanzados. La meta final es adecuar un programa que pueda ser realizado con éxito por el profesor sin ayuda suplementaria.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA: La intervención educativa es un concepto que se ha ido construyendo de acuerdo a las situaciones educativas presentadas. Para Bazdresch (1997), la intervención educativa es el conjunto de estrategias de implementación de propuestas con origen en la investigación educativa y pedagógica que tiene como propósito contribuir a aspectos tales como la enseñanza y el aprendizaje. Además, a partir de lo que es la investigación educativa pretende abrir líneas de reflexión respecto a problemas educativos referentes a cómo se enseña, cómo se aprende, cómo y cuándo se educa, y qué sucede dentro del aula; para así hacer cambios por parte del maestro en su práctica y como consecuencia mejorar la calidad de la educación. En este mismo sentido Rangel (2005), considera que la intervención es una estrategia puesta en acción que pretende la mejorara a través de un cambio en un contexto determinado. Desde la psicopedagogía se ve como una forma de colaborar en el desarrollo infantil mejorando la zona próxima de desarrollo. Por su parte Mejía y González (2006), establecen que la intervención educativa debe responder a tres preguntas básicas: ¿qué enseñar?, ¿cómo enseñarlo? Y ¿para qué enseñarlo? Dentro del qué enseñar se plantea el hecho de establecer objetivos básicos que tiendan al desarrollo de conocimientos y habilidades en el niño. En relación a cómo enseñar y para qué enseñar está en el sentido de llevar a cabo la enseñanza de tal forma que se favorezca el desarrollo de los alumnos. Es por lo anterior que se entiende a la intervención educativa como un proceso que tiene como objetivo el mejorar la situación educativa o dar respuesta a algún problema presentado tanto en la enseñanza como en el aprendizaje.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA (IE) FRENTE A NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE): Si bien la intervención es una vía para la mejora de la enseñanza y el aprendizaje, en el caso de situaciones educativas especiales se puede entender como una herramienta de la que hace uso el docente para enfrentar estas dificultades. La intervención en este contexto educativo se trata de un conjunto de acciones diseñadas para influir en el desarrollo y aprendizaje de los niños y las niñas. De igual forma se requiere un análisis de qué y cómo es necesario enseñar. (Dockrell y McShane, 1992). Los alumnos que tienen alguna necesidad educativa especial pueden considerarse como parte de la diversidad que se presenta dentro de las escuelas y aulas. Viera (2000), piensa que la intervención educativa debe planificarse con clara intencionalidad de detectar y compensar las características de cada uno de los niños y niñas, con el objetivo de conseguir su óptimo desarrollo. Por ello el proceso de enseñanza y aprendizaje ha de organizarse a través de actividades periódicas y actividades de tiempo determinado. En otro sentido, Giné (2000), menciona que para hacer frente a este tipo de escenarios, una de las vías es el hacer cambios en lo curricular, y que en este sentido el reto reside en tratar educativamente y hacer formativas las diferencias; y que se debe enfocar la diversidad como un elemento común en donde los criterios afectarán a todos y cada uno de los alumnos y alumnas y no sólo a aquellos que tengan problemas de ritmo, capacidades o estilos de aprendizaje. Para cumplir con tal desafío es importante tomar en cuenta qué se tiene que enseñar, cuándo, cómo, qué evaluar, de qué forma y en qué momento. Por su parte Sánchez y Carrión (2002), consideran que la escuela como espacio para intervenir, debe ofrecer respuestas a las necesidades educativas especiales, y por tanto debe haber una renovación que se manifieste a través de cambios de tipo cualitativo que afecten a todos los componentes que forman parte de la escuela, los cuales no sólo deben reflejarse en el currículum sino también en los referentes a la organización. Además la IE entendida como labor de apoyo, puede entenderse como la programación, ejecución y seguimiento de estrategias preventivas que posibiliten y potencien la integración de los alumnos, de sus necesidades e intereses, la mejora de la calidad de la enseñanza, entre otras. Así mismo Cozar (2004), manifiesta que consiste una forma en la que se puede hacer frente a múltiples situaciones que de alguna forma dificultan el proceso de educación y aprendizaje, un proceso en el que maestros y alumnos están involucrados. Así dentro de estas múltiples acciones está la identificación de cada situación en la que se puede o se va a actuar, la planeación de estrategias, objetivos y métodos a emplear de acuerdo al aspecto a intervenir. En relación a tales puntos, Frola (2004) advierte que la escuela debe conocer las características de

los alumnos y alumnas que tienen necesidades educativas especiales para así poder enseñarles de manera adecuada. Este proceso de conocerlos se hace en parte con la aplicación de una evaluación psicopedagógica, en donde además se definen los recursos y apoyos profesionales, arquitectónicos y que necesita el alumno o alumna para que pueda aprender, los cuales se ven reflejados tanto en las planeaciones como en los objetivos y métodos. Una de las propuestas presentadas por la autora, es la adaptación del currículum. Aquí se plantea el hecho de que todos deben compartir los mismos espacios escolares y la misma educación, pero lo que se tiene que modificar son los apoyos que se les ofrezcan. Para poder llevar a cabo la propuesta curricular adaptada es necesario realizar una planeación educativa que se base en las necesidades de los alumnos y las alumnas en donde además se considere la participación de los padres y de los profesionales de la educación (Frola, 2004). En relación a este apartado se puede establecer que se ve a la intervención educativa frente a las necesidades educativas especiales como una forma de abordar un problema desde su inicio, es decir, se debe identificar al alumno con estas necesidades y a partir de ello planear qué es lo que se va a hacer respecto a su enseñanza y aprendizaje, ver el qué y cómo hacerlo.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ALUMNOS Y ALUMNAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

(TDA): Si bien las Necesidades Educativas Especiales pueden ser diversas y variadas, y de acuerdo con ellas será el tipo de intervención, el Trastorno por Déficit de Atención será la temática tratada en el presente trabajo. La IE es como se ha mencionado una vía para hacer frente a las necesidades educativas de los alumnos. Una de las formas a intervenir es a través de la intervención psicopedagógica, que de acuerdo con Fidalgo, Franco y Arias, (2002), pretende mejorar las posibilidades en el rendimiento académico. Conforme al trabajo realizado por estos autores se revisa que la intervención realizada tuvo tres fases. La primera referente a una evaluación inicial, la segunda en relación al proceso instruccional y la tercera respecto a la evaluación final. Las conclusiones en torno al trabajo realizado por estos autores, plantean que es importante que la intervención tenga lugar en el propio contexto del aula, que haya una participación de expertos y del docente de manera conjunta, se realice en contextos naturales y con personas relacionadas directamente con el niño. Además se menciona que las estrategias estén orientadas a compensar los déficits. Una última conclusión es que todas las áreas curriculares en las que esté inmerso el niño sirvan de soporte para una intervención y se ejecute de forma interdisciplinaria. Bautista (2002), considera que hay diferentes modelos de intervención dirigidos a la atención de las necesidades educativas especiales y que el docente puede utilizarlos para el tratamiento de éstas. Uno de éstos es el conductual, en donde lo que interesa es el análisis funcional de la conducta, el reconocer la forma, la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas con el fin de aplicar un programa para implementar o mantener las conductas más adaptativas. Menciona que en el ámbito escolar la conducta disruptiva del niño y sus dificultades de aprendizaje son motivo para que dentro del aula se genere una situación frustrante para el profesor y alumno, dando como resultado una situación negativa que puede generar hostilidad. Es por ello que se encuentra necesario elaborar y aplicar un programa de intervención, el cual de acuerdo a Safer y Allen (Citados por Bautista, 2002), debe dirigirse tanto a mejorar el proceso académico como a disminuir la sintomatología conductual, pero dando prioridad al primer aspecto. También se mencionan algunas orientaciones psicopedagógicas, dentro de éstas el diseño de un ambiente de aprendizaje adecuado, el entrenamiento en relajación, las actividades de mejora en el nivel de atención-concentración y los juegos educativos. En un trabajo realizado por Cubero (2002), se alude al importante papel que juega el docente en el trabajo con alumnos que presentan Déficit de Atención. Es así que para que el profesor ayude a potencializar el desarrollo del educando, puede trabajar en tres niveles de intervención. El primero es el nivel preventivo, en éste se pretende que el docente tenga por anticipadas las acciones que eviten, incorporen o mantengan una conducta. Como estrategia en este nivel se propone el establecimiento de contratos sociales. Respecto al actuar del maestro se sugiere que debe comportarse con firmeza y seriedad, ser congruente, justo, hacer siempre interesante la lección, entre otras. En el segundo nivel referente al apoyo, se hace mención de asegurar el comportamiento que se espera en determinado momento por parte del alumno. Particularmente se señala como elemento principal el lenguaje corporal del docente, ya que es una vía para hacerle saber al alumno que está teniendo una conducta fuera de lo convenido. Finalmente, en el tercer nivel que es el correctivo, se comenta que aún cuando en los dos niveles anteriores se hubieran previsto las condiciones en las que se pudiera dar una mala conducta, existe la posibilidad de que se presenten. Ante ello se debe aplicar una sanción, la cual debe tener en cuenta las características de alumno, lo acordado en los contratos sociales y sobre todo que ésta no vaya en contra del autoestima del niño. En otro sentido, Beltrán y Torres (2004), ven a la intervención educativa en niños con hiperactividad como una acción que debe ser llevada a cabo tempranamente puesto que con ello se puede prevenir un curso negativo en el desarrollo de los niños y adolescentes. Así mismo, indican que el manejo de la atención para niños con Hiperactividad o con Trastorno por Déficit en la Atención, es un dilema para médicos y educadores, ya que aún no existe un acuerdo para el diagnóstico y la canalización de los niños; y que por ello los educadores continúan trabajando con concepciones erróneas que dificultan su labor. Igualmente se menciona que en un estudio realizado a distintos profesores para determina las percepciones de los mismos sobre el comportamiento de sus alumnos, los resultados mostraron que los docentes consideran que tienen cuatro principales problemas que le dificultan atender las necesidades de los

alumnos de una forma personalizada. Dentro de estas dificultades se encontraron: el tiempo para la atención personalizada, la falta de capacitación para atenderlos, el número de alumnos y la severidad de los problemas. En un trabajo más Cubero, (2007) alude a la importancia que tiene el docente para el desarrollo integral de los individuos a su cargo, y de la complejidad respecto a los alumnos con alguna problemática particular. Se menciona además, que los niños con trastorno en el aprendizaje pueden tener un tratamiento farmacológico que en gran medida posibilita la mejora de conductas o de la atención, pero que sin la aplicación adecuada de estrategias de intervención los resultados no se dirigirán al progreso en el aprendizaje. Así mismo, Hallowell y Ratey (Citados por Cubero, 2007), manifiestan que los maestros que han tenido experiencias al tratar alumnos con Déficit de Atención consideran que no hay una solución fácil para su manejo. Por ello la efectividad de todo tipo de tratamiento para este trastorno en la escuela, depende del conocimiento y perseverancia que tenga el docente y a su vez la escuela. Ante esto, la autora antes citada, establece que una de las áreas en las que se puede intervenir es la de apoyo académico. Señala que los niños y niñas con TDA deben alcanzar los objetivos de aprendizaje al igual que sus compañeros, haciendo uso de los mismos recursos o instrumentos académicos, pero que la relación entre sus posibilidades comportamentales y los objetivos, deben estar equilibrados, por lo que es necesario realizar modificaciones curriculares y adaptaciones en el entorno.

ESTRATEGIAS METODOLOGICAS: Utilizaremos una Estrategia Metodológica Cualitativa; nos referimos en un amplio sentido a la aplicación y análisis que producen datos descriptivos: "las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable desde una epistemología Interpretativa". Desarrollaremos estrategias para que el maestro facilite su labor en el aula. Estas estrategias van a permitir además que el profesor tome conciencia de las cuales son las realidades a las que se ve enfrentado, y de esta forma poder ayudarlo y a la vez ayudarse en su labor docente. A través de la presentación de material didáctico, datos estadísticos, ejemplos aula, representaciones y Focus Group, intentaremos ofrecer una guía práctica para el abordaje de esta problemática. Intentaremos desmitificar las cuestiones relacionadas al TDAH.

EVALUACIÓN DEL CURSO: De carácter presencial, tres jornadas de 8 horas, con evaluación por escrita individual a desarrollar en la última jornada del curso.

REFERENCIAS 1:

- Hiperactivo, Impulsivo, Distraído, ¿Me Conoces?. J. Bauermeister Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad. E.M. García Pérez y A. Magaz Protocolo de Evaluación General y Específica de los TDAs. E.M. García Pérez y A. Magaz. Niños Hiperactivos e Inatentos. Guías para Padres y Maestros. E.M. García Pérez y A. Magaz S.O.S. en el Aula. Ayudas para Maestros de Escolares Hiperactivos e Inatentos. E.M. García Pérez Adaptaciones Curriculares metodológicas para Escolares con Déficit de Atención: Hiperactivos e Inatentos. E.M. García Pérez Editados por COHS Consultores en CCHH. Bilbao-España

REFERENCIAS 2:

- Arteaga, M. Carvajal, L. Nava, G. (2002). ¿Qué es el déficit de atención? Disponible en: <http://www.imovo.com.mx/articulo.asp?id=29>
- Bautista, J., R. (2002). Necesidades educativas especiales. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Bazdresh, M. Notas para fundamentar la intervención educativa crítica. En: Revista de educación Nueva Época: Educar. Núm. 03, Octubre- Diciembre Disponible en: <http://educar.jalisco.gob.mx/01/01Parada.html>
- Beltrán, F. Torres, I. "Hiperactividad: estrategias de intervención en ambientes educativos". México 2004 Disponible en: <http://www.com/bv/psicologia-181-1-hiperactividad-estrategiasde-intervencion.en.ambientes-educ.html>
- Coll, C. (2001). Desarrollo Psicosocial y educación. Tomo II. Psicología de la Educación Escolar. Madrid: Alianza Editorial.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2009, Agosto) Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
- Cozar, J. (2004). "Intervención educativa cuando nos dirigimos a atender a alumnos y alumnas que poseen discapacidades graves". Madrid. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=445>
- Cubero, Carmen "Niveles de intervención en el aula para la atención de estudiantes con trastornos de atención". Revista electrónica actualidades investigativas en educación. (Costa Rica), Vol.: 2, no: 1, mes: ene-jun, año: 2002, Págs.: 1-18. Disponible en: <http://revista.inie.ucr.ac.cr>
- Cubero, Carmen. "Escuela y docencia: esenciales para el éxito académico y personal de personas con trastornos de déficit de atención ". Revista electrónica actualidades investigativas en educación. (Costa Rica), Vol.: 7, no: 3, mes: sep-dic, año: 2007, Págs.: 1-28
- Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Educación.