



SECRETARIA DE EDUCACIÓN EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD 161 MORELIA MICHOACÁN.



TESINA-ENSAYO:

***“TRASTORNO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y LOS
TRASTORNOS DE APRENDIZAJE DEL NIÑO EN PREESCOLAR”.***

Presenta

GENOVEVA ESTEBAN HERNÁNDEZ

MORELIA MICHOACÁN, OCTUBRE DEL 2014.



SECRETARIA DE EDUCACIÓN EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD 161 MORELIA MICHOACÁN.



TESINA-ENSAYO:

“TRASTORNO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE DEL NIÑO EN PREESCOLAR”.

Que para obtener el título de licenciada en educación preescolar

P r e s e n t a

GENOVEVA ESTEBAN HERNÁNDEZ

MORELIA MICHOACÁN, OCTUBRE DEL 2014.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	5
PROPÓSITOS.....	6
 PARTE I TDAH, DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO	
1.1 Reseña histórica del TDAH.....	7
1.2 comportamiento y manifestaciones mas habituales del afectado por TDAH	12
1.3 Descripción clínica del TDAH.....	17
1.4 ¿Que causa y no causa el TDAH?.....	19
1.5 ¿Que mejora y empeora el TDAH?.....	21
1.6 Diagnóstico diferencial del TDAH.....	24
 PARTE II- MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA EDAD TEMPRANA Y TRASTORNOS DERIVADOS DEL TDAH.	
2.1 Historia de los Trastornos del Aprendizaje.....	31
2.2 ¿En qué consiste el Modelo de Intervención?.....	39
2.3 Modelo Multimodal de Integración de Formas Terapéuticas.....	40
2.4 Modelo Cognoscitivo Comportamental.....	44
2.5 Modelo de Enfoque Terapéutico Cognoscitivo Conductual.....	47
2.6 Principios básicos, actividades para educar a un niño con problemas de aprendizaje a causa del TDAH y aspectos que implican en su alimentación.....	57

CONCLUSIONES.....	63
REFERENCIAS.	68

INTRODUCCIÓN

La presente tesina-ensayo titulada “Trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los Trastornos de Aprendizaje del niño en preescolar” tiene la finalidad de que los profesores, docentes, médicos ,padres de familia, y sociedad en general tomen conciencia y conozcan, detecten y den tratamiento sobre este fenómeno que ocurre en las aulas, en los hospitales y dentro del hogar mismo, que tiene como efecto la alteración física, social psicológica y educativa del niño en los diversos ámbitos.

Esta tesina-ensayo va dirigida a los docentes y profesores de diversas escuelas tanto pública como privada en educación preescolar, además de que se enfoca también en las profesiones del área de la salud y derivadas, pero no está limitada únicamente para ellos, sino también para las personas que tiene el privilegio de intervenir para mejorar las condiciones educativas del menor desde el momento en que se realiza la planeación, hasta para quien las aplica y evalúa.

En la parte I titulado TDAH ,Definición , Características y Diagnóstico , el cual tiene 6 apartados, 1.1 Reseña Histórica del TDAH, el cual se da a conocer el origen del trastorno y la evolución de su nombre 1.2 Comportamientos y manifestaciones más habituales del afectado por TDAH, el cual se refiere a las características que presenta el individuo afectado por este trastorno y la forma en que se presenta 1.3 Descripción clínica del TDAH ,es la detección y descripción medica de la presencia del trastorno en la alteración del organismo del individuo ,su mecanismo de acción y evolución en ella; 1.4 ¿Que causa y no causa el TDAH?, son algunos fenómenos y acciones que se deben y no hacer para que no o si se lleve a cabo la presencia de este trastorno y no evolucione a enfermedad y como regularla;1.5 ¿Que mejora y empeora el TDAH?, son las actividades a controlar o implementar para que se llegue a mejorar el aprendizaje y estado de salud del individuo dentro de su ambiente. Diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad(TDAH),este tiene tres apartados , 1.6 Diagnóstico diferencial del TDAH, es para diferenciar los diversos trastornos presentes en el individuo afectado tanto como por medio del examen

médico, psicológico y pedagógico, y determinar que sea o no que afecte este fenómeno escolar.; 1.6 Pruebas diagnósticas necesarias para un diagnóstico de TDAH, como su nombre lo indica, son las diversas exámenes y métodos sugeridos para detectar el TDAH en los individuos afectados lo cual es necesario ser muy cuidadoso y darle seguimiento correcto para un resultado positivo o negativo.

En la parte II titulado Modelos de Intervención en la edad temprana y Trastornos derivados del TDAH, este consta de 6 apartados; 2.1 Historia de los Trastornos de Aprendizaje, el cual trata el origen de los diversos trastornos que deriva del TDAH, 2.2.¿En que consiste el Modelo de Intervención?, es un seguimiento de diversas estrategias para tratar de intervenir en la conducta del niño , 2.3.Modelo multimodal de Integración de formas terapéuticas, este es un método específico para el individuo que presenta el trastorno, hay que hablar y intervenir, aplicando un tratamiento único para esa persona, de acuerdo al grado del TDAH presente en él.; 2.4. Modelo Cognoscitivo-Comportamental, este método tiene la finalidad del tratamiento del niño con TDAH es lograr que éste sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento en todos los aspectos. Se define autonomía como las destrezas, habilidades y aptitudes que desarrolla para el autocontrol y la adaptación a las normas establecidas en el hogar, la escuela y comunidad donde vive; 2.5. Modelo de Enfoque Terapéutico Cognoscitivo Conductuales es el método de la alteración o modificación de la conducta del individuo afectado por este trastorno del TDAH, lo cual puede llevar a la mejoría de la persona de acuerdo al cambio de variación del ambiente requerido ya sea escolar, familiar o social.2.6.Principios básicos, actividades para educar un niño con problemas de aprendizaje a causa del TDAH y aspectos que implican en su alimentación, consiste en situar actividades para favorecer las habilidades en los trastornos de aprendizaje, además del conocimiento de aspectos básicos en su alimentación que repercute en su comportamiento mismo.

Muchos profesionales de la salud indican que las familias consistentes y equilibradas, así como el ajuste efectivo social y emocional de los niños afectados por el trastorno representan factores que podrían dar margen a un pronóstico preciso del TDAH, lo que podría viabilizar un manejo efectivo. Así por ejemplo y con respecto a los niños hiperactivos, un tratamiento eficaz incluye obtener la información necesaria sobre el trastorno, (uno de los propósitos de este trabajo de investigación) mejorar el clima familiar, afinar las habilidades de los padres y maestros para identificar y controlar los comportamientos inadecuados y eliminar las interacciones negativas entre adultos y niños. De esta forma, se evitan las experiencias de fracaso y rechazo que estos niños sufren habitualmente.

Algunos de los estudios que se presentan como parte del trabajo reflejan estadísticas elevadas de prevalencia, lo que podría indicar que un maestro podría tener en su sala de clases de uno a tres niños con la condición. El panorama se dificulta aún más cuando el maestro carece de las herramientas y el conocimiento necesario para el manejo adecuado del comportamiento de estos niños.

Recapitulando, se presentan las conclusiones y recomendaciones más relevantes de la investigación sobre el conocimiento y las actitudes de los maestros de escuelas públicas y privadas de Michoacán, y de todo el país con relación al TDAH. Se incluyen además, recomendaciones para el manejo efectivo del trastorno para los maestros, padres e hijos, el manejo de la condición, estas pueden ser utilizadas en los dos escenarios de mayor significado para el niño y los adultos el hogar y la escuela.

Cómo parte de la guía que se pretende presentar para beneficio de los padres y maestros se incorporan ideas para aumentar la autoestima y mejorar la comunicación entre los adultos y niños. Se sabe que una de las problemáticas que tienen los padres y maestros con los niños con TDAH está relacionada precisamente con establecer una comunicación efectiva. Para una intervención adecuada se necesita obtener todo el conocimiento sobre los síntomas del TDAH y cómo estos

impactan la habilidad del niño en su funcionamiento global. Los cambios en la estructura social y educativa requiere de los maestros y de los adultos responsables del niño un análisis ponderado, prácticas apropiadas, para aumentar y fomentar la participación del niño en las experiencias educativas y ambientes que favorezcan un mejor pronóstico.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo surge por la necesidad de informar a los docentes que interactúan a diario con niños en edad temprana siendo importante también para información de los padres de los mismos, ya que los trastornos perjudican a niños y por lo mismo también a maestros en el trayecto escolar.

Se cree que en los primeros años es más fácil erradicar o en este caso controlar conductas en las personas, por ello el tema en esta edad; además es importante que el niño lleve una vida normal e igual que cualquier otro niño que no presente alguna dificultad para el aprendizaje.

Hay personas alrededor de estos niños que desconocen estos tipos de trastornos por lo mismo no saben cómo tratarlos y como interactuar con ellos e integrarlos en la sociedad; dado el caso en alguna escuela es de difícil aceptación.

Para comprender a niños con TDAH y sus derivados, se debe tener conocimiento de características, definición y algunas recomendaciones para poder apoyar a los niños. Deben estar informados desde los padres de familia hasta los docentes que interactúan alrededor del contexto del menor.

Con este tipo de informes pueden apoyar, prevenir y mejorar la calidad de vida de los pequeños para que después pueda lograr todo lo que hubiera hecho al no presentar estos tipos de trastornos; tomando diferentes opiniones de autores para un fin común.

Se requiere que se tome conciencia sobre las características de los trastornos de aprendizaje en los niños; más que nada porque es una edad donde se puede apoyar con más facilidad.

PROPÓSITOS

Con esta tesina-ensayo, se pretende:

- Presentar las definiciones teóricas del TDAH junto con los trastornos derivados de este, con las dificultades que conllevan a crear problemas para el aprendizaje.
- Explicar características de los niños que presentan algún trastorno que dificulta su aprendizaje.
- Exponer recomendaciones que se debe llevar a cabo en el aula.
- Mencionar algunas actividades para el desarrollo de habilidades o prevenir trastornos de aprendizaje en edad temprana.
- Aportar modelos de intervención educativa en el niño en edad temprana a manera que pueda integrarse al sistema escolar.
- Proponer algunos aspectos a tomar en cuenta para el diagnóstico y evaluación del comportamiento del niño en edad preescolar que presenta el trastorno del TDAH.

PARTE I

TDAH, DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO

1.1 Reseña histórica sobre el TDAH

La reseña histórica dirigida a cumplir con la finalidad informativa básica sobre los períodos históricos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). El autor divide la historia del trastorno en los siguientes períodos:

1902-1960 Período del daño cerebral infantil.

1960-1969 Período del síndrome Hiperkinético y discusión del término daño cerebral mínimo.

1970-1979 Período de emergencia del concepto de Déficit Atencional

1980-1990/94 Período de consolidación de las bases diagnósticas del TDAH.

1990-al Presente La década de los estudios por neuroimágenes, la genética y los adultos con TDAH.

En el 1902, la ciencia médica documentó por primera vez la existencia de niños que presentaban inatención, impulsividad e hiperactividad. El pediatra George Frederick Still (1902), fue quien primero descubrió la existencia de trastornos en un estudio con 20 niños, muchos de los cuales tenían un historial de daño cerebral y convulsiones.

Los niños sujetos de investigación eran considerados por los adultos como; agresivos, desafiantes, con problemas de atención e hiperactividad, con un carácter escandaloso, poco sinceros y obstinados. Los hallazgos del estudio demostraron, en

los niños una mayor incidencia de anomalías físicas menores, entre ellas, macrocefalia y paladar ojival¹

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5 y un 10% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en el 60% de los casos. Está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos.

La sintomatología puede manifestarse de forma diferente según la edad del niño y se debe desarrollar en dos ó más ambientes como en casa y en el colegio. Se da con mayor frecuencia entre los niños que entre las niñas en una proporción 4:1, y lo padecen tanto niños como adolescentes y adultos de todas las condiciones sociales, culturales y raciales.

La opinión actual sobre la etiología del trastorno se centra en un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoyan la inhibición y el autocontrol, funciones cruciales para la realización de cualquier tarea.

El trastorno se divide actualmente en tres subtipos de acuerdo a las principales características asociadas al desorden: Inatento; hiperactivo-impulsivo y combinado.

Déficit de atención:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles y comete errores por descuido tanto en las tareas escolares como en otras actividades.
- A menudo tiene dificultad para mantener la atención en las tareas.
- A menudo tiene dificultad para organizar tareas o actividades.
- A menudo evita tareas que le requieren esfuerzo mental.
- A menudo no sigue las instrucciones que se le indican.

¹ Silver Larry B.; El TDAH, Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento; editorial Euromexico; Barcelona, España 2010; México, DF, 2012.

- A menudo parece no escuchar cuando se le habla.
- A menudo pierde cosas necesarias para las tareas (lápices, libros, ejercicios escolares, agenda).
- A menudo es descuidado y olvidadizo en las actividades diarias (lavarse los dientes, vestirse, recoger sus cosas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo tiene dificultad para prestar atención a dos estímulos distintos (por ejemplo, leer lo que está en la pizarra y escribirlo en el cuaderno).²

Hiperactividad

- A menudo mueve en exceso manos y pies y se retuerce en el asiento.
- A menudo le cuesta quedarse sentado cuando lo debe hacer.
- A menudo corre o trepa en situaciones inapropiadas. A menudo le es difícil jugar o participar en actividades de forma tranquila.
- A menudo "está en marcha" y suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo expresa las emociones con mayor intensidad.
- A menudo va de un lado a otro sin motivo aparente.
- A menudo le cuesta esperar su turno.

Impulsividad

- A menudo actúa sin pensar.
- A menudo habla en momentos poco oportunos o responde precipitadamente a preguntas que todavía no se han acabado de formular.
- A menudo interrumpe a los demás o se entromete en sus asuntos.
- A menudo interrumpe en juegos y explicaciones.
- A menudo es poco previsor y olvida planificar.

² López Juan J., Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales(Texto Revisado)DSMIV-TR.Editorial ELSEVIER MASSON.España 2002.pag.97-107

- A menudo se muestra impaciente y tiene dificultad para aplazar una gratificación.
- A menudo pierde con facilidad la paciencia.
- A menudo tiene mal humor o irritabilidad.
- A menudo no sabe perder y se pelea por cualquier cosa.
- A menudo destroza sus propias cosas y las de otros.

Los síntomas que evidencian un TDA-H pueden presentarse en su totalidad o en parte. El Manual Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-IV, distingue tres subtipos:

- Combinado: si al menos 6 de los síntomas de atención y 6 de los síntomas de hiperactividad- impulsividad están presentes por un mínimo de 6 meses.
- Predominantemente Inatento: si al menos 6 síntomas de atención, pero menos de 6 en el de impulsividad- hiperactividad están presentes por un mínimo de 6 meses.
- Predominantemente Hiperactivo - Impulsivo: Si al menos 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes, pero menos de 6 del ámbito de atención por un mínimo de 6 meses.³

Otras definiciones del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede ser un motivo de dificultades académicas y escolares, también puede desencadenar problemas emocionales y conductuales, dificultades para relacionarse con los compañeros y

³Pichot Pierre; Valdés Miyar Manuel, Manual DSM-III-R. Editorial MASSON SA, Barcelona España; 1998.pag.60-64.

estrés familiar.es indispensable esclarecer si los problemas manifestados son un reflejo del problema principal o sin son debidos a otra cuestión⁴.

El TDAH es un trastorno del desarrollo de naturaleza biocomportamental, que constituye un desorden biológico con amplias repercusiones en la conducta del que lo padece. Se trata de uno de los trastornos que se inician en la niñez, y su aparición varía de persona a persona. Se considera un desorden biocomportamental lo que, en palabras sencillas, significa una perturbación de la conducta, la que tiene un origen biológico. No presenta síntomas suyos exclusivos. Sus manifestaciones forman parte de conductas que presentan todos los individuos; aunque la frecuencia e intensidad varían de individuo a individuo. Es un trastorno heterogéneo; esto quiere decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. De hecho, rara vez una persona presenta la totalidad de los síntomas. Esta particularidad tan especial ocasiona manifestaciones diversas del mismo desorden.⁵

En el libro *Déficit de Atención e Hiperactividad: Manual para Padres y Estudiantes*, define el déficit como un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesiva, y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Estas suelen aparecer entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia.⁶

Según dos científicos definen el trastorno como un síndrome neurológico cuya tríada clásica de síntomas incluye la impulsividad, distracción e hiperactividad o exceso de energía. Sostienen los autores en su libro *TDA: Controlando la Hiperactividad, Cómo*

⁴ Silver Larry B.MD ; El TDAH, Guía Clínica de Diagnostico Y Tratamiento; editorial Euromexico, España 2010- Mexico 2012.pag.3

⁵ García Castaño, Fernando (2001). *Es TDAH y ahora... ¿qué? Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Una guía básica*. San Juan, Puerto Rico: EdicionesHispalis.pag.15-25

⁶ Orjales Villar, Isabel (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE, S.L.

superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta, que en la actualidad alrededor de quince millones de estadounidenses padecen el trastorno y que la mayoría lo desconoce. También argumentan que la condición se da en niños, adultos, hombres, mujeres, en todos los grupos étnicos y estratos socioeconómicos, independientemente del nivel educativo y del nivel de inteligencia del individuo.⁷

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad se define como una condición médica, de base psiquiátrica y neurológica que afecta de un tres a un nueve por ciento de los niños de edad escolar. El trastorno interfiere con las diversas áreas del desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño, entre ellas: el área académica, las relaciones interpersonales, la autoestima y más tarde el funcionamiento ocupacional. Sus características principales son la impulsividad, la inatención y, en algunos casos, la hiperactividad inapropiada, si ésta es comparada con la etapa de desarrollo del niño.⁸

1.2 Comportamientos y manifestaciones más habituales del afectado por TDAH

Las manifestaciones o características más habituales de este trastorno se relacionan con los siguientes comportamientos:

Su actividad motriz les lleva a levantarse continuamente de su asiento, charlar con los compañeros, hacer ruido... lo que provoca una interrupción constante del profesor.

Su dificultad de concentración les hace distraerse fácilmente, llevándoles a dedicar más tiempo de lo normal a la ejecución de las tareas escolares y a obtener unos

⁷Hallowell, E. M. y Ratey, J. J. (2001). *TDA: Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. Madrid: Editorial Paidós.

⁸Delgado Castro, I. (26 de enero de 2003). Niños con déficit de atención: una odisea escolar. *Revista Domingo, El Nuevo Día*. pp. 10-13.

rendimientos más bajos. Ese bajo rendimiento escolar es consecuencia también de una mala memoria secuencial, produciéndoles dificultades de aprendizaje tanto en operaciones aritméticas, como en lecto-escritura.

Su impulsividad les suele llevar a un deseo de terminar las tareas lo más rápido posible, lo que provoca que cometan tantos errores, como comerse sílabas o palabras cuando escriben o leen, confundir unas palabras con otras.

A todas estas características hay que sumarles el alto grado de frustración que les produce el no realizar las tareas con la misma rapidez y diligencia de sus compañeros, las continuas quejas de sus profesores, el rechazo de sus compañeros, que en ocasiones les lleva a reaccionar con rabietas o estallidos, mostrándose hacia los demás como una persona con poca capacidad de autocontrol.

Todo ello tiene como consecuencia que les provoque una baja autoestima sobre si mismo apareciendo entonces otros trastornos como la depresión y la ansiedad, trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante, en definitiva, una detección no temprana les puede conducir a cualquier tipo de conducta antisocial.

Nociones básicas del TDAH de la sospecha al tratamiento. _Que nos puede hacer sospechar de la existencia del trastorno.

- No presta atención, no escucha.
- Inquieto, incapaz de relajarse.
- Habla y actúa sin pensar.
- Desorganizado y despistado.
- Impulsivo y pierde a menudo el control.
- Discute y contesta.

Qué se debe hacer ante la sospecha del trastorno.

Normalmente suelen ser la familia, los docentes o el pediatra quienes pueden sospechar de la existencia del trastorno.

Si es la familia quien sospecha debe acudir al pediatra que les corresponda en la seguridad social para que les derive, dependiendo de la Comunidad Autónoma, al Departamento de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Si es el profesor quien sospecha, éste debe derivarle al Equipo de Orientación del centro para que le realice una valoración y le derive igualmente a la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil de zona.

Si es el pediatra quien sospecha deberá realizar una valoración clínica si dispone de los conocimientos, recursos y materiales necesarios para realizar un correcto diagnóstico y entregar a la familia el correspondiente informe clínico.

Aunque el pediatra puede hacer un seguimiento de la evolución del niño a nivel de salud (peso, talla, analíticas, tensión arterial, etc.), si el niño presenta problemas conductuales o de aprendizaje que requieran de una intervención más especializada y entonces es muy conveniente que el pediatra derive a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil quienes podrán proporcionar al niño el tratamiento adecuado.

En caso de que el pediatra no pueda realizar el diagnóstico o dude del mismo, le derivará a los Departamentos mencionados, donde le realizarán las pruebas pertinentes y su correspondiente diagnóstico.

En principio es importante subrayar que actualmente no existe una prueba única que diagnostique un TDAH. Para obtener un buen diagnóstico se debe realizar una exploración exhaustiva con pruebas médicas y clínicas

Las pruebas médicas se deben realizar para descartar otras patologías: Analíticas de sangre y orina, Medida de la tensión arterial, pruebas de audición y visión, etc. Además los profesionales de Neuropediatría y Neurología suelen pedir un encefalograma y/o escáner cerebral, no como pruebas determinantes de diagnóstico

de TDAH, sino para descartar otras posibles patologías como ausencias, epilepsia, etc.⁹

Si se le prescribe medicación, además de las analíticas y la medida de la tensión arterial, se les suele realiza un electrocardiograma.

Las pruebas clínicas consisten en una serie de pruebas psicodiagnósticas como entrevista con el niño, los padres, los profesores y varios test y escalas dependiendo de la edad del niño.

Junto con el diagnóstico siempre se deberá entregar al paciente un informe clínico donde indique la justificación del diagnóstico y las medidas a adoptar en función de las características de los síntomas. Esto por desgracia no se hace muy habitualmente.

En qué consiste el tratamiento:

El tratamiento del TDAH es multimodal, eso quiere decir que las propuestas de tratamiento son diferentes en función de las dificultades del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana. Debe ser integral y cubrir muchas áreas y consiste fundamentalmente en: Intervenciones psicológica, educativa (padres-colegio) y farmacológica.

Con la intervención psicológica se persigue ayudar a los niños a madurar su capacidad de autocontrol, de atención y de impulsividad cognitivo-comportamental usando procedimientos conductuales, de autocontrol, autoinstruccionales, pensamientos reflexivos, mejorar la autoestima, etc.

Los padres deben aprender a ser unos verdaderos coterapeutas, informándose y formándose en estrategias educativas y psicológicas eficaces para afrontar la constante evolución del trastorno, conseguir una convivencia familiar sana y un aumento en el desarrollo personal de los hijos.

⁹ Papalia Diane E., TDAH Psicología el Desarrollo de la infancia a la adolescencia; Editorial McGraw Hill, México, 2006.pag.25-50.

La intervención del docente es imprescindible al ser en el colegio en donde los niños con TDAH van a encontrar sus mayores dificultades, por su falta de atención y de control de impulsos en las actividades, por el mal seguimiento de las instrucciones escritas y orales, por realizar trabajos de peor calidad y por su dificultad para organizar y planear actividades que requieren de varios pasos. Por tanto, sería indispensable que los profesores se informen y se formen para que acepten que los alumnos con TDAH requieren de un aprendizaje distinto.¹⁰

En cuanto al tratamiento farmacológico se lleva a cabo fundamentalmente con estimulantes y atomoxetina y se ha demostrado que es eficaz entre un 70-80% en la reducción de los síntomas y es más eficaz que la psicoterapia conductual sin medicación.

Hasta un 70-80% de niños con TDAH responde bien a la medicación, dando lugar a una rápida mejoría de los síntomas, contribuyendo a frenar las conductas impulsivas e hiperactivas, lo que permite al niño concentrarse y aprender. Sus efectos alivian el trastorno, pero no lo cura. La medicación no crea adicción, desde el punto de vista fisiológico.

Es importante destacar que son muchos los niños que se benefician de estos tratamientos farmacológicos y que es necesario en un 80% de los casos, pero siempre combinados con otras intervenciones tanto psico-educativas como socio-familiares, para mejorar la autonomía del niño, su déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. El tratamiento farmacológico por sí solo no es ni suficiente ni eficiente.

Por qué es tan importante la detección precoz.

Una detección no precoz, o un mal tratamiento, pueden aumentar el riesgo de desarrollar otros trastornos. Lo más frecuentes es asociar el TDAH a trastornos de conducta, sin embargo, los datos que los expertos manejan sobre el TDAH en los casos en los que no ha habido una detección precoz o no tienen un tratamiento o abordaje adecuado son:

¹⁰ Uriarte Bonilla Víctor, Psicofarmacología, Editorial Trillas, México 2005.pag.118-121.

- El 60% de los niños con TDAH muestran patologías Psiquiátricas asociadas.
- Comportamientos desafiantes, opositonistas, antisociales: 50%.
- Trastornos de conducta: 40-60%
- Trastornos afectivos: Ansiedad, depresión, 20 -25%
- Fracaso escolar, 40-60%
- Abuso de sustancias tóxicas: 40%
- Trastornos del sueño: 50%
- Trastornos del aprendizaje y Dislexia 30%
- El 25% de los presos presentan diagnóstico de TDAH ¹¹

1.3 Descripción clínica del TDAH

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5% y un 10% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en un 60% de los casos. Está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unida a la falta de control de impulsos.

La *sintomatología* puede manifestarse de forma diferente según la edad del niño y se debe desarrollar en dos o más ambientes como en casa y en el colegio.

Según el Dr. César Soutullo Esperón, especialista en Psiquiatría y Consultor Clínico en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de Navarra, el DSM-IV define tres subtipos de TDAH: 1) tipo combinado (cumple criterios de inatención y además criterios de hiperactividad-impulsividad), 2) tipo predominantemente inatento, y 3) tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo.

El tipo combinado es el que más se parece a las descripciones clásicas del niño hiperactivo. En niños el tipo combinado es el más frecuente (80%) y luego el tipo inatento (17%). En niñas también el tipo combinado es más frecuente, aunque menos que en niños (60%), y el tipo inatento es más frecuente que en niños (30%).

¹¹ Uriarte Bonilla Víctor; Psicofarmacología, editorial Trillas, México, 2005,.118-121.et.al.

Las niñas son menos frecuentemente enviadas al médico para que las evalúe porque al ser menos hiperactivas crean menos problemas de manejo y de conducta en casa y en el colegio, por ello hay que estar atentos a los síntomas en las niñas. A continuación se revisan los criterios diagnósticos (DSM-IV) del TDAH.

Las características clínicas centrales del TDAH son siete:

1. Actividad excesiva e inapropiada sin relación a la tarea. Es una actividad molesta, sin objetivo, y fuera de su asiento, que dificulta el trabajo del niño y de otros niños en el colegio e interrumpe al profesor/a. El niño enreda mucho, es ruidoso y habla en exceso, produciendo consecuencias sociales negativas. Con el desarrollo del niño tiende a disminuir, pero queda una intranquilidad interna. Éste síntoma responde bien a medicación estimulante.

2. Poca atención mantenida. Esto produce un trabajo escolar pobre y un mal rendimiento escolar y en los juegos (produciendo impopularidad con otros niños). La atención es variable y depende de la motivación, es peor para tareas aburridas, pero también está por debajo de lo normal en juegos. El niño se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. También responde a medicación estimulante.

3. Dificultad para inhibir impulsos. Dificultad para retrasar la respuesta a una señal. Es el síntoma más duradero, y puede durar hasta la edad adulta, con rendimientos académicos y sociales por debajo de su potencial debido a acciones y decisiones impulsivas. En el niño se traduce en no esperar su turno, interrumpir a otros, responder sin pensar, y tener mayor propensión a accidentes, heridas, etc. Éste síntoma mejora con estimulantes.

4. Dificultad en llevarse bien. Suelen ser impopulares con los padres, hermanos y profesores. Tienen pocas amistades duraderas. Estos niños suelen meterse en líos y meter a otros en líos, y les es difícil ajustar su respuesta a la situación (por ejemplo: pasar de los juegos y bromas del recreo al trabajo de clase). Este síntoma también mejora con la medicación.

5. Bajo rendimiento escolar. Tienen problemas de aprendizaje por mala organización, mala memoria secuencial, déficit en actividades psicomotrices finas y gruesas, y habilidades cognitivas improductivas.

6. Baja autoestima. Debido a su impopularidad, a tener pocos amigos, a meterse siempre en problemas con padres, hermanos, profesores, y al mal rendimiento escolar, estos niños tienen una sensación crónica de fallar en todo y no hacer nada bien, a pesar de intentarlo.

7. Comorbilidad (tener otros problemas además del TDAH). Es la norma y no la excepción. Trastornos frecuentemente comórbidos con el TDAH son: trastorno oposicional-desafiante, trastorno de la conducta, trastornos de aprendizaje (verbal y no verbal), ansiedad y depresión.

1.4 ¿Qué causa y no causa el TDAH?

Para hacer un diagnóstico no solamente se requiere la presencia de suficientes síntomas de forma persistente, sino que tienen que estar presentes en más de 1 ambiente de la vida del niño (casa, colegio, con amigos?) y además crear problemas importantes. Los síntomas deben estar presentes por encima de lo normal para la edad del niño.

Un niño con TDAH no detectado a tiempo puede tener considerables problemas académicos, de relación familiar, de relación social, de conducta en el colegio, y riesgo elevado de abuso de sustancias. En niños correctamente diagnosticados y tratados, se pueden prevenir y reconducir las complicaciones. Entre un 40 a un 60% de los niños con TDAH seguirán teniendo síntomas en la edad adulta.

Existen fuertes evidencias de la presencia de un desorden fisiológico a nivel de unos neurotransmisores llamados catecolaminas, aunque todavía no se han determinado las causas precisas sobre su origen se relaciona con un desequilibrio químico denominado dopamina y en menor medida con otro llamado noredronalina. La

dopamina se considera como el neurotransmisor fundamental involucrado en TDAH y encargado de ligar en el cerebro los ganglios basales y la corteza frontal.

Existe un consenso mayoritario en la aceptación de ser un trastorno de origen neurobiológico y de probable transmisión genética.

Estudios recientes reconocen que el TDAH es una limitación compleja del desarrollo de las "funciones ejecutivas", relacionadas con el centro de control y administración cerebral.

Causas o factores no genéticos como desordenes ambientales, mala dieta, lesiones cerebrales, problemas en el embarazo o parto, se pueden tener en cuenta en un porcentaje muy bajo y no son determinantes, sin embargo, una población de riesgo para descubrir el TDAH son los padres y hermanos de niños con TDAH. Que uno de los padres lo sufra multiplica por 8 el riesgo del niño de tener el TDAH.

Causas ambientales como el entorno psico-social del niño, el ambiente que le rodea, una enseñanza deficiente, situación económica y familiar de los padres, pueden influir en muchos de los síntomas y empeorar el diagnóstico, pero no suelen ser considerados como causa que genera el TDAH.

Además podemos afirmar taxativamente que el TDAH:

- No se origina el TDAH en conflictos neuróticos.
- No se origina el TDAH en los problemas familiares o conyugales.
- No se origina el TDAH en los problemas emocionales o psiquiátricos que otros familiares pudieran tener, a excepción de que tengan el mismo trastorno.
- No se origina en una crianza parental inadecuada.
- No se origina en la participación inapropiada del medio social y/o educacional.
- No se debe al consumo excesivo de azúcares, aditivos o colorantes artificiales.
- No se debe a procesos alérgicos.

Sin embargo, claro está, que cualquiera de los primeros cinco problemas pueden presentarse posteriormente aumentando las dificultades ya existentes y haciendo más compleja la situación. Los dos últimos, a pesar de recibir cierta publicidad y difusión no han hallado respaldo científico a la fecha.

1.5 ¿Qué mejora y empeora el TDAH?

Los factores que contribuyen a la mejora del TDAH son: un diagnóstico precoz, una educación coherente por parte de los padres, la transmisión de valores positivos y estabilidad familiar, el conocimiento por parte de los profesores y adaptación de las actividades educativas y la colaboración entre los padres y la escuela.

Los factores que contribuyen al empeoramiento del TDAH son: un diagnóstico retardado, fracaso escolar, una educación demasiado permisiva o severa, desavenencias y hostilidad entre los padres, problemas de salud en el niño y precedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales u otros trastornos sociales.

Características positivas en el TDAH:

El TDAH tiene también muchos aspectos positivos. Con un buen abordaje adecuado pueden ser potenciados, ya que estos niños tienen una respuesta alta a estímulos positivos. Si nos fijamos bien, no es tan terrible tener un TDAH, tienen innumerables características positivas que les pueden llevar en el futuro a ser grandes genios.

La creatividad y originalidad suelen ser unas de sus principales características, pero al igual que tienen un sin fin de desventajas, también tienen un sin fin de maravillosa características:

- Son ambiciosos, quieren ser “todo cuando sean mayores”.
- Son buenos para hablar en público.
- Son buenos en las relaciones públicas.
- Son capaces de ver un orden en el caos.
- Son buenos resumiendo y sintetizando.

- Son buenos ante los cambios.
- Son grandes generadores de ideas.
- Son compasivos consigo mismos y con los demás.
- Son hábiles para solucionar problemas.
- Siempre están dispuestos a probar y aprender cosas nuevas.
- Siempre están dispuestos a hacer nuevos amigos.
- Siempre están dispuestos a ayudar.
- Siempre tienen una gran decisión.
- Siempre buscan caminos alternativos hacia un fin.
- Se preocupan mucho por su familia.
- Tienen buena reacción en situaciones de emergencia.
- Tienen buena capacidad para enfrentarse a situaciones difíciles.
- Tienen la habilidad de encontrar caminos para superar obstáculos.
- Tienen soluciones ocurrentes para resolver problemas.
- Tienen gran sentido del humor.
- Tienen una gran memoria visual.
- Tienen un buen procesamiento en información por imágenes.
- Tienen una personalidad atractiva.
- Pueden hablar de muchas cosas al mismo tiempo.
- Pueden hacer que la gente se sienta escuchada.
- Pueden llevar a cabo muchos proyectos al mismo tiempo.
- Miran las situaciones desde todos los ángulos.
- Necesitan dormir menos que los demás.
- Evolucionan constantemente.
- Perdonan fácilmente.

Además: Son ambiciosos, apasionados, aventureros, cálidos, colaboradores, compasivos, creativos, curiosos, divertidos, empáticos, espontáneos, extrovertidos, flexibles, graciosos, honestos, imaginativos, ingeniosos, inteligentes, intuitivos, inventivos, leales, optimistas, persistentes, pragmáticos, resistentes, tenaces,

tolerantes, trabajadores, sinceros, valientes, versátiles, visionarios, y sobre todo: llevar siempre energía.¹²

Un diagnóstico correcto es imprescindible para un tratamiento efectivo, para que padres y profesores fundamentalmente puedan ayudar al niño a que desarrolle todo su potencial.

Un diagnóstico precoz es igualmente imprescindible para una pronta intervención, evitando así trastornos añadidos y abordar adecuadamente los diferentes problemas que puedan surgir a lo largo de su desarrollo. La edad para acudir al profesional dependerá de las características de cada caso, pero en la mayoría de los ellos debiera ser anterior a los 8 años.

El TDAH se puede confundir con desordenes de la infancia o con trastornos como ansiedad, depresión, etc., por eso deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral en el caso de adultos. Los niños en los que se establece el diagnóstico de TDAH han de presentar varios de los signos y síntomas representativos en un grado considerado “perjudicial” y con una frecuencia mucho mayor de lo predecible para su edad y nivel de maduración.

Aunque desde temprana edad los síntomas ya son evidentes en la mayoría de los casos, es en primaria cuando suceden cambios más importantes, las exigencias son mayores y se requiere de una mayor atención y control sobre sí mismos, lo que produce mayores dificultades y una sintomatología más clara.

El diagnóstico de este trastorno ha de basarse en una valoración minuciosa para excluir otras posibles causas de las dificultades del niño, lo que incluye información de su familia, de sus profesores y una evaluación por parte de profesionales sanitarios como: Psiquiatras infantiles, Psicólogos infantiles, pediatras, Neuropsiquiatras, incluso psicopedagogos.

¹² Silver Larry B.; TDAH Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento, editorial Euromexico, España 2010-Mexico 2012.pag.145-154.et.al.

La evaluación de este complejo trastorno debe realizarse desde una perspectiva multiprofesional que aborde tanto la evaluación psicológica, la educativa y médica.

La evaluación de TDAH, no es sencilla al haber distintos subgrupos, según predomine los problemas de atención o los de hiperactividad e impulsividad.

No existe una prueba única que por sí sola permita hacer un diagnóstico exclusivo y confiable. La evaluación debe incluir:

1. Un examen médico completo para evaluar la salud general del niño y descartar problemas de tipo visual, auditivo, anemias o la falta de componentes vitales para su salud.
2. Una evaluación psicológica profesional para tener una idea clara de la condición emocional del niño, incluyendo pruebas de capacidad intelectual y de desarrollo cognitivo.
3. Una evaluación familiar para la cual se utilizan las escalas de comportamiento.
4. Una evaluación escolar que incluya la historia académica y de comportamiento del niño en el aula.
5. El diagnóstico se basará en el cumplimiento de los criterios del DSM-IV, que son los criterios diagnósticos establecidos por la Academia Americana de Psiquiatría (1994) o del CIE-10 (1992) reconocidos y establecidos por la OMS (organización mundial de la salud).¹³

1.6 Diagnóstico diferencial del TDAH

Hay una gran variedad de problemas médicos y psiquiátricos que pueden parecerse al TDAH. Causas médicas o físicas de problemas de atención incluyen problemas de visión o audición, epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, enfermedad médica aguda o crónica, malnutrición, o sueño insuficiente por trastorno del sueño o problemas ambientales. Trastorno de ansiedad, o miedo real, depresión

¹³ Pichot Pierre, Manual DSM-IV-TR, ELSIEVER MASSON, España 2008, pag.105-107

(produciendo falta de interés), o las secuelas de abuso o abandono de las necesidades del niño pueden interferir con la atención.

Medicaciones como fenobarbital o carbamacepina, y drogas como alcohol, marihuana (porros), cocaína, inhalantes volátiles, etc. pueden disminuir la atención. No está claro aún si la medicación antiasmática teofilina puede inducir síntomas de TDAH. Además, niños con distintos grados de retraso mental leve, capacidad intelectual en el límite con el retraso mental, y trastornos de aprendizaje pueden ser confundidos con el TDAH.

Respecto a la hiperactividad, algunos niños en la parte alta del espectro normal de actividad pueden parecerse a niños con TDAH, o niños con un temperamento difícil. También la enfermedad bipolar de comienzo temprano se puede parecer al TDAH.¹⁴

Instrumentos para realizar un diagnóstico clínico:

Para efectuar el diagnóstico clínico, el profesional puede realizar una serie de pruebas básicas que a continuación se señalan. Es importante destacar que, actualmente, no hay ninguna prueba que diagnostique el TDAH, estas pruebas son orientativas y su función es facilitar el diagnóstico.

- *Observación-entrevista con el niño.*

Se tendrá que efectuar una entrevista con el niño para observar su conducta. Los aspectos a valorar serán si mantiene una actitud participativa, si es correcto en las intervenciones, la manera de expresarse, su opinión ante el centro escolar y su familia...

- *Entrevista con los padres.*

Para realizar un diagnóstico correcto, se realizara una entrevista con los padres para ser informados de las características que presenta su hijo y de la frecuencia con la que realiza las conductas señaladas. Además, es necesario conocer los problemas

¹⁴ López Juan J.; Manual DSM-IV-TR, editorial ELSEVER MASSON.España, 2002, pag.97-107.et.al.

que presentan en el entorno familiar, cómo está estructurada la familia, si disponen de límites y normas, la comunicación entre los diferentes miembros...

- *Entrevista con los profesores.*

Se concretará una entrevista con los profesores del centro escolar para informarse de las dificultades del niño en el centro. Se pedirán datos sobre el niño a nivel académico, social y emocional.

- *Escalas de Wechsler*

David Wechsler es el autor de estas escalas para medir la inteligencia o determinar el CI (coeficiente intelectual) de una persona. Son escalas formadas cada una por una escala verbal y una escala de ejecución, de modo que con la aplicación de cualquiera de ellas se obtienen tres puntuaciones: un CI verbal, un CI manual y un CI total.

- WISC (de 5 a 16 años)

Ofrece información sobre la capacidad intelectual general del niño (CI Total) y sobre su funcionamiento en Compresión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento. La Escala se compone de 15 tests, 10 principales y 5 optativos.

- WAIS (de 16 a 64 años)

Tiene por objetivo medir la inteligencia del adulto, dentro de un enfoque global de ésta. El WAIS es un test construido para evaluar la inteligencia global, entendida como concepto de CI, de individuos de cualquier raza nivel intelectual, educación, orígenes socioeconómicos y culturales y nivel de lectura. Es individual y consta de 2 escalas: verbal y de ejecución. Está basada en la teoría bifactorial de Spearman. Inteligencia, tomada desde un punto de vista global, ya que está compuesta por habilidades cualitativamente diferentes (rasgos), pero no independientes.

- *Test de caras (Test de percepción de diferencias)*

Evaluación de las aptitudes perceptivas y de atención. De aplicación colectiva. Tiene un tiempo estimado de 3 minutos. Se puede utilizar a partir de los 6 años.

Consiste en una prueba perceptiva integrada por 60 elementos gráficos, que representan dibujos esquemáticos de caras con trazos muy elementales. Evalúa las aptitudes requeridas para percibir rápidamente semejanzas y diferencias con patrones estimulantes parcialmente ordenados. El carácter simple y un poco lúdico de los elementos hace que la prueba sea muy adecuada para poblaciones de bajo nivel cultural y, en cambio, resulte demasiado elemental para niveles culturales medio-altos.

- *Test de Atención D2*

El autor es Rolf Brickenkamp. De aplicación: Individual – Colectiva. El tiempo de duración estimado es de 8 minutos. Corresponde a niños mayores de 8 años, adolescentes y adultos. Se encarga de la evaluación de la atención selectiva y de la concentración.

Esta prueba ofrece una medida concisa de la velocidad de procesamiento, la atención selectiva y la concentración mental, mediante una tarea consistente en realizar una búsqueda selectiva de estímulos relevantes.

Esta prueba ofrece una medida concisa de la velocidad de procesamiento, la atención selectiva y la concentración mental, mediante una tarea consistente en realizar una búsqueda selectiva de estímulos relevantes.

- *Escala de Magallanes de atención visual*

Hay dos versiones, según edad: EMAV-1 para niveles de 1º a 4º de educación primaria (6, 7, 8 y 9 años) y EMAV-2 en adelante, incluido adultos. Consiste en valorar la capacidad y habilidad atencional en niños y adultos. La ejecución de la

prueba tiene una duración de 6 minutos para la versión 1, y de 12 minutos para la 2; con un tiempo total, incluyendo las instrucciones, de 30 minutos en ambos casos.

Proporciona dos índices de atención: Atención Sostenida (AS) y Calidad de la Atención (CA) En aplicación individual es posible obtener, además una valoración de la Estabilidad Atencional (rendimiento a lo largo del tiempo). La aplicación individual: tiene una duración variable de 15 a 40 minutos.

Es de especial eficacia para la valoración de niños con TDA, exclusivamente en su versión de aplicación individual.

Los estudios preliminares llevados a cabo con estudiantes de Primaria y Secundaria, se ha mostrado relevante para identificar Alumnos con Dificultades para el Aprendizaje, al poner de manifiesto en un 80% de los casos que los alumnos con Fracaso Escolar o Bajo Rendimiento escolar suelen presentar déficit en Calidad Atencional.

De gran interés para evaluación neuropsicológica de las funciones atencionales: focalización, mantenimiento, codificación y estabilidad.

- *EDAH (Evaluación del trastorno para el déficit de Atención e Hiperactividad)*

Escala para evaluar la hiperactividad, déficit de atención, impulsividad y trastornos de la conducta que influyen muy negativamente en el desarrollo escolar del niño. Aplicable a niños de entre 6 y 12 años, de manera individual, con una duración de 5 a 10 minutos aproximadamente. La finalidad del EDAH es recoger información sobre la conducta habitual del niño. Permite evaluar los rasgos principales del TDAH de una manera sencilla y objetiva.¹⁵

Pruebas diagnósticas necesarias para un diagnóstico de TDAH

¹⁵ Narvarte Mariana E.; Integración Escolar Tomo 3, Didáctica Editorial ORBE. España, 2001. pag.27-57

En principio es importante subrayar que actualmente no existe una prueba única que diagnostique un TDAH. Para obtener un buen diagnóstico se debieran realizar dos tipos de pruebas: Médicas y clínicas

Pruebas médicas

Se debieran realizar unas pruebas médicas para descartar otras patologías: Analíticas de sangre y orina, Medida de la tensión arterial, pruebas de audición y visión, etc. Además los profesionales de Neuropediatría y Neurología suelen pedir un encefalograma y/o escáner cerebral, no como pruebas determinantes de diagnóstico de TDAH, sino para descartar otras posibles patologías como ausencias, epilepsia, etc.

Pruebas clínicas

El profesional debiera realizar las siguientes pruebas psicodiagnósticas:

- Una observación-entrevista con el niño.
- Una entrevista con los padres.
- Una entrevista con los profesores.
- Escalas de Wechsler: Wuoosu (de4 a6 años), WISC-IV (de5 a16 años), Wais (de13 a65 años).
- Stroop.
- Test de caras
- CPT
- D2 Test atención
- ESCALAS
 - EDAH: Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (Para niños de6 a12 años) o EMTDA-H: Escala de Magallanes, Subescalas hiperactividad, déficit de atención, déficit reflexividad o cualquier otra escala similar a éstas.
 - ADHD-RS (padres)
 - ADHD-RS (profesores)

Si consideramos que a nuestro hijo no se le han hecho las pruebas médicas o clínicas recomendadas, solicitaremos, por escrito, una nueva revisión o un cambio de profesional. Si ante un cambio o una nueva exploración el tiempo de espera es excesivo, podemos recurrir a un centro privado para que le realicen las pruebas necesarias y así acudir con los resultados a la cita solicitada. Recordamos que no todas las pruebas son necesarias, dependiendo del caso concreto se aplicarán unas u otras. Una vez realizadas las exploraciones adecuadas y obtenido el diagnóstico, se deberá realizar un informe clínico especificando las pruebas realizadas y sus resultados.¹⁶

¹⁶ Silver Larry B., TDAH Guía Clínica de Diagnóstico y tratamiento, Editorial Euromexico, España 2010-Mexico 2012.et.al.pag.54-58.

PARTE II

MÓDELOS DE INTERVENCIÓN EN LA EDAD TEMPRANA Y TRASTORNOS DERIVADOS DEL TDAH.

2.1 Historia de los trastornos del aprendizaje

Los profesionales de la educación especial (educadores que trabajan específicamente con niños que presentan problemas académicos) estudiaron los problemas de aprendizaje agrupados bajo el concepto de DCM (Disfunción Cerebral Mínima). En un primer momento, utilizaron denominaciones que se habían utilizado durante muchos años en las escuelas de educación para descifrar los problemas primarios manifiestos. Así los niños con problemas de lectura debidos a los problemas relacionados con el lenguaje tenían “Dislexia” y se denominaban disléxicos, los niños con problemas de escritura tenían “Disgrafía” y se denominaban disgráficos; los problemas en tareas de cálculo se denominaron “Discalculia” ,etc. Para otros profesionales de educación especial estos términos eran demasiados generales y no resultaban de utilidad, de modo que comenzaron a buscar cuales eran las dificultades o discapacidades. En aprendizaje subyacentes que explicaban los problemas con las capacidades académicas. Finalmente se escogió el término “Trastorno del Aprendizaje”, y este se ha convertido en el término fundamental utilizado hoy en día. Cuando un alumno tiene problemas para recibir, procesar y expresar el lenguaje, se emplea el término “Trastorno del Lenguaje”. Los terapeutas del lenguaje utilizan términos tales como trastorno del lenguaje receptivo, trastorno del lenguaje central o trastorno del lenguaje expresivo. Los profesionales de educación especial denominan también a estos mismos problemas discapacidad del procesamiento auditivo, discapacidad del lenguaje pragmático, o discapacidad del lenguaje de demanda. Desde otro punto de vista, un niño con problemas a la hora de planificar actividades motoras tendría un problema de “motricidad fina” o de “motricidad gruesa, mientras que para un terapeuta en educación especial profesional tendría una “Dispraxia Motora”, o bien identificaría otros problemas y

haría referencia al cuadro clínico en su totalidad como un “Trastorno de Integración Sensorial¹⁷”.

Trastornos específicos del aprendizaje:

Los niños con una alteración o trastorno del aprendizaje pone de manifiesto un patrón característico de puntos fuertes o débiles, los padres tienen que tener en cuenta no solo las discapacidades sino también las capacidades. Lo que un niño puede hacer, e incluso hacer bien, es tan importante como lo que no es capaz de hacer, porque para compensar las debilidades deben reforzarse estos puntos fuertes. Para explicar lo que se entiende por trastornos del aprendizaje, el primer paso es la entrada de la información o input cerebro recibe la información a través de los ojos y los oídos, fundamentalmente, aunque también a través de otros sentidos. Una vez que esta información ha llegado, es necesario que el cerebro la comprenda, proceso denominado integración, a continuación la información es almacenada para recuperar posteriormente, el proceso de la memoria. Finalmente, el cerebro reacciona hablando o utilizando los músculos, es el proceso de salida de la información, resultado u output.

Discapacidades relacionadas con la entrada de información (input):

El proceso de entrada de información a nivel central de la vista, el oído o la percepción del propio entorno se conoce como percepción. Así los niños con discapacidades en el área de entrada de información visual tienen Discapacidades de la Percepción Visual y aquellos con discapacidades en el área de entrada de información auditiva tienen Discapacidades de la Percepción Auditiva. Algunos niños presentan problemas en un área de entrada de información, de la percepción, otros para ambos tipos de discapacidades, y algunos tienen problemas cuando se necesita

¹⁷ Silver Larry B.; El TDAH, Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento; editorial Euromexico; España 2010-Mexico 2012.pag.23-24.et.al.

que funcionen amabas entradas de información al mismo tiempo, por ejemplo cuando se traba de ver lo que escribe el profesor en la pizarra l tiempo que se escucha de lo que está escribiendo.

Discapacidades relacionadas con la percepción visual:

Los niños pueden presentar problemas para organizar la posición y forma de lo que ven, en cuyo caso la entrada de información se percibe con letras o números invertidos o rotados. Por ejemplo una u pude parecer una n; una E puede parecer una W, 3 una M; o un 6 puede parecer un 9.el niño confunde letras con formas parecidas debido a estas rotaciones o inversiones: la d, la b, la p y la q pueden confundirse, todos los niños tienen este problema hasta los 5 años y medio o los 6,aproximadamente.Esta confusión con la posición o la entrada de información se presenta cuando el niño comienza a copiar letras, números o dibujos, o al leer o escribir. Otros niños tienen lo que se denominan un problema de figura fondo, es decir, problemas para centrarse en la figura importante en vez de hacerlo en los otros estímulos visuales del fondo. Los niños con esta discapacidad tienen problemas de lectura, porque se saltan palabras o líneas, o leen la misma línea dos veces. Calcular la distancia es ora tarea de percepción visual en la que los niños ´pueden presentar problemas. Algunos tienen problemas de percepción de la profundidad, puede ocurrir que el niño calcule mal la profundidad y choque con las cosas, se caiga de la silla o tiene algún objeto presente. Otra discapacidad es la relacionada con actividades, tareas visuomotoras, en las que los ojos tiene que explicar a las manos o piernas que deben hacer.

Discapacidades relacionadas con la percepción auditiva:

Un niño con discapacidad de percepción auditiva puede tener dificultades con uno o varios aspectos de dicha percepción. Al algunos niños les cuesta distinguir diferencias sutiles en el sonido, cada letra tiene un sonido y las vocales tienen dos sonidos, uno largo y otro corto.es posible que exista problemas de figura fondo

auditivos por ejemplo, un niño está mirando la televisión en un cuarto donde ha otros niños jugando o hablando. Cuando el padre llama a su hijo desde la otra habitación, es posible que el padre ya vaya para la tercera frase antes de que el niño se dé cuenta de que es importante diferenciar esta voz(es decir la figura auditiva) del resto de voces y ruidos(es decir, el fondo).

Disfunción de la integración sensorial:

La capacidad de organización se denomina planificación motora, para distinguirla de la fuerza muscular. se necesitan 4 entradas básicas de información sensorial para proporcionar al cerebro la información necesaria para coordinar una respuesta. Cuando las entradas de información sensorial no se efectúan correctamente, o cuando el cerebro tiene problemas para integrar estas informaciones, él individuo presenta un trastorno de integración sensorial, estas cuatro entradas de información son: percepción visual, percepción táctil, percepción propioceptiva y percepción vestibular.

Discapacidades relacionadas con la memoria:

Una vez que la información es recibida, registrada en el cerebro e integrada, debe ser almacenada para ser recuperada posteriormente. Este proceso de almacenamiento y recuperación se denomina memoria. La mayoría de los estudiantes con trastornos de aprendizaje tiene problemas en que se ven implicados ambos tipos de memoria, la memoria a corto plazo y a largo plazo. La memoria a corto plazo es el proceso a través del cual se almacena y se recupera la información con concentración y meditación. La información está disponible mientras se mantiene la atención pero se pierde cuando debe prestarse atención a dicha información concreta. La discapacidad a corto plazo puede afectar la información que se aprende a través de lo que se ve, trastorno de la memoria visual a corto plazo. Algunos sujetos presentan solo una modalidad de discapacidad, mientras que otros presentan ambas. La memoria a largo plazo hace referencia al proceso, mediante el

cual el cerebro almacena que se ha repetido a menudo esta información se recupera rápidamente, tan solo con pensar en ella. Por ejemplo la dirección y número de teléfono propios se pueden recuperar sin problemas de memoria a corto plazo. Como ocurre en las discapacidades de abstracción, las discapacidades de la memoria a largo plazo interfieren tanto en el funcionamiento intelectual, que lo más probable es que un niño con dicha discapacidad funcione por debajo del nivel normal.

Discapacidades relacionadas con la salida de información (output):

El cerebro transmite la información mediante palabras, proceso conocido como salida de información del lenguaje, o a través de la actividad muscular, es decir mediante acciones como escribir, dibujar y hacer gestos, proceso conocido como salida de información motora. Un individuo con un trastorno del aprendizaje puede tener una discapacidad del lenguaje o una discapacidad motora.

Discapacidades relacionadas con el lenguaje:

El lenguaje espontáneo se refiere a las situaciones en las que el sujeto inicia todo lo que se dice. En este caso, la persona elige el tema y se toma cierto tiempo para organizar sus pensamientos y encontrar las palabras adecuadas antes de decir nada. En una situación de lenguaje demanda, alguien hace una pregunta, o un comentario, que el sujeto debe responder inmediatamente, el individuo solo dispone de pocos segundos para organizar simultáneamente sus pensamientos, encontrar las palabras correctas y responder de una manera más o menos adecuada. Los niños con una discapacidad de lenguaje normalmente no tienen problemas con el lenguaje espontáneo; sin embargo suelen tener dificultades con el lenguaje demanda. Los profesionales de la educación especial lo denominan discapacidad del lenguaje demanda, mientras que los terapeutas del lenguaje lo denominan trastorno del lenguaje expresivo.

Discapacidades motoras:

El individuo con un trastorno del aprendizaje puede presentar un trastorno de la motricidad gruesa, es decir problemas para coordinar grupos de músculos grandes (por ej. brazos, piernas, tronco). Pero quizás presente, por el contrario, un trastorno de la motricidad fina, o problemas para coordinar grupos de músculos pequeños (por ej. Los de las manos). Las discapacidades de la motricidad hacen que el niño sea torpe, que tropiece, se caiga y choque con las cosas, o que le cuesten las actividades físicas generalizadas como correr, saltar o montar en bicicleta. La forma más común de motricidad fina se pone de manifiesto cuando el niño empieza a escribir. El problema radica en una incapacidad para conseguir que los músculos de la mano dominante funcionen a la vez como un equipo coordinado. La caligrafía del niño es mala, toma con torpeza el lápiz y escribe despacio y, por lo tanto se le cansa la mano. Parece que es incapaz de hacer que su mano escriba al ritmo que piensa. Al escribir con su mano dominante hay que fijarse en la cantidad de actividades de la musculatura fina implicadas en la escritura legible. Para escribir es preciso que haya un flujo constante de este tipo de actividades. El niño con la discapacidad de escritura, le cuesta ir mucho ir despacio, pero por lo menos así consigue que su caligrafía sea legible. A los niños con una discapacidad de la motricidad fina les ocurre esto constantemente. Algunos niños solo tienen este problema con la escritura, pero lo más habitual es que tengan un problema más amplio denominado discapacidad del lenguaje escrito. Además de los problemas relacionados con los aspectos mecánicos de escritura, tiene dificultades para extraer los pensamientos de su cerebro y plasmarlos en un papel, además de problemas de ortografía, gramática, puntuación o de empleo de las mayúsculas.¹⁸

Dislexia:

Conjunto de trastornos que se manifiestan a lo largo del aprendizaje de la lectoescritura. Las actividades mentales que se ponen en juego son discriminación

¹⁸ Silver Larry B.; El TDAH, Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento; editorial Euromexico; España 2010-Mexico 2012; pag.63-83.

visual de los signos que componen las palabras, es decir las letras; distinción del orden de sucesión espacial (de los caracteres escritos) y temporales (serie de sonidos emitidos); comprensión de la realidad evocada por los sonidos durante la lectura. Estas son actividades que están perturbadas en el niño disléxico. Los trastornos se manifiestan en la escritura, el dibujo y la lectura.

Disgrafía:

Escritura defectuosa sin que un importante trastorno neurológico o intelectual lo justifique. Hay 2 tipos de disgrafía:

a) disgrafía motriz: se trata de trastornos psicomotores, el niño disgráfico motor comprende la relación entre los sonidos escuchados, y que el mismo pronuncia perfectamente, y la representación gráfica de estos sonidos; pero encuentra dificultades en la escritura como consecuencia de una motricidad deficiente. Se mantiene en lentitud, movimientos gráficos disociados, signos gráficos indiferenciados, manejo incorrecto del lápiz y postura inadecuada al escribir.

b) disgrafía específica: la dificultad para reproducir las letras o palabras no responde exclusivamente a un trastorno motor, si no a la mala percepción de las formas. La desorientación espacial y temporal, a los trastornos del ritmo, etc. compromete a toda la motricidad fina. Los niños que padecen esta disgrafía pueden presentar:

Rigidez de la escritura: con tensión en el control de la misma.

Grafismo suelto: con escritura irregular pero con pocos errores motores.

Impulsividad: escritura poco controlada, letras difusas, deficiente organización de la página

Inhabilidad: escritura torpe, la copia de palabras plantea grandes dificultades.

Lentitud y meticulosidad: escritura muy regular, pero lenta, se afanan por la precisión y el control.

Disortografía:

Conciernen las perturbaciones de la utilización escrita de la lengua; frecuentemente va unida a los retrasos del lenguaje oral, como sintomatología de una dislexia no apreciada resultante de un aprendizaje defectuoso o de un medio cultural

desfavorable como falta de atención o de lectura comprensiva. Hay 4 tipos de faltas de ortografía:

1. Las fallas referidas a la transcripción puramente fonética de la formación del lenguaje hablado.
2. Las faltas de uso que varían según la complejidad ortográfica de la lengua, cuando las palabras se sobrecargan de letras no pronunciadas.
3. Las faltas de gramática.
4. Las faltas referidas o palabras homófonas.

Entre los principales factores causales de las dificultades de ortografía encontramos:

- hábitos defectuosos de estudio (muchos niños proceden de manera poco afectiva al estudiar palabras de ortografía dudosa, debida a la enseñanza inadecuada de esta materia y de la composición escrita).
- falta de interés y actitudes favorables.
- limitaciones en conocimientos básicos sobre la fonética y la estructura de la palabra.
- lenguaje deficiente, especialmente anomalías de pronunciación.
- escritura lenta e ilegible y defectos visuales.
- discriminación auditiva insuficiente y bajo rendimiento intelectual.

Discalculia:

Independientemente del nivel mental, de los métodos pedagógicos empleados y de las perturbaciones afectivas, se observa en algunos niños, dificultad de integración de los símbolos numéricos en su correspondencia con las cantidades reales de objetos. el valor numérico no se relacionaron la colección de objetos.se constatan igualmente dificultades en efectuar una buena coordinación espacial y temporal, relación que desempeña un papel importante en el mecanismo de las operaciones y dificulta o imposibilita la realización de cálculos. Por lo general, él niño disléxico que rota, traspone o invierte letras o silabas, repite los errores con los números. Esto como es lógico, puede retrasar notablemente el aprendizaje numérico y aritmético y desencadenar una discalculia.¹⁹

¹⁹ Narvarte Mariana E.; Trastornos Escolares, Didáctica Editorial ORBE; España 2001.pag.17-77

2.2 ¿En qué consiste el Modelo de Intervención?

El modelo de intervención del TDAH puede ser multimodal, eso quiere decir que las propuestas de tratamiento son diferentes en función de las dificultades del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana. Debe ser integral y cubrir muchas áreas y consiste fundamentalmente en: Intervenciones psicológica, educativa (padres-colegio) y farmacológica.

Con la intervención psicológica se persigue ayudar a los niños a madurar su capacidad de autocontrol, de atención y de impulsividad cognitivo-comportamental usando procedimientos conductuales, de autocontrol, autoinstruccionales, pensamientos reflexivos, mejorar la autoestima, etc.

Los padres deben aprender a ser unos verdaderos coterapeutas, informándose y formándose en estrategias educativas y psicológicas eficaces para afrontar la constante evolución del trastorno, conseguir una convivencia familiar sana y un aumento en el desarrollo personal de los hijos.

La intervención del docente es imprescindible al ser en el colegio en donde los niños con TDAH van a encontrar sus mayores dificultades, por su falta de atención y de control de impulsos en las actividades, por el mal seguimiento de las instrucciones escritas y orales, por realizar trabajos de peor calidad y por su dificultad para organizar y planear actividades que requieren de varios pasos. Por tanto, sería indispensable que los profesores se informen y se formen para que acepten que los alumnos con TDAH requieren de un aprendizaje distinto.

Toda iniciativa terapéutica en el campo infantil persigue el objetivo común de favorecer la adaptación y el desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño con el TDAH. Son numerosos los autores que se preguntan si el trastorno se resuelve mediante una intervención terapéutica centrada exclusivamente en el niño, o si, por

el contrario, es necesario llevar a cabo intervenciones específicas sobre la familia y la escuela para implicar a los padres y los maestros en la terapia.

En el primer capítulo se estableció que el TDAH es considerado como una condición crónica de salud, para la cual no existe cura en estos momentos. En el periodo de la niñez, suele producirse un cambio en la manifestación de los síntomas, asociado con las transformaciones que tienen lugar en el organismo en esa etapa del desarrollo y crecimiento humano. Por lo general, desaparece o se reduce el alto nivel de actividad, pero el trastorno sigue estando presente en toda la amplitud.

No obstante, existen tratamientos, en los que se incluyen el psicológico, psiquiátrico, y la modificación de conducta, para controlarlo y manejarlo. Se sostiene que el TDAH es un trastorno heterogéneo, que se manifiesta de formas diversas en quienes lo presentan, por lo que no es posible pensar que existe un tratamiento psicológico único para todos los casos que se pudiera aplicar indiscriminadamente. Por lo tanto si el trastorno es heterogéneo, el tratamiento también lo será. El autor sugiere que el tratamiento tiene que ser interdisciplinario o multimodal: la mitad del tratamiento es psicológico, mientras que la otra es médico.

2.3. Modelo Multimodal de Integración de Formas Terapéuticas

El tratamiento terapéutico para el niño con TDAH comienza con explicarle a éste, en una forma sencilla, que padece del trastorno, de manera que pueda entender la complejidad de la situación. Una vez informado el niño, se establecerá el tipo de tratamiento, su propósito, y si éste es a corto o a largo plazo. Cada plan o programa es único, ya que responde a las necesidades particulares de un niño determinado.

Sin embargo, debe contener unos componentes esenciales, estos son: destrezas de trabajo, organización y planificación, manejo de las emociones, autoestima, destrezas de interacción social, orientación y adiestramiento a los maestros y para la

familia del niño. Se defiende el postulado de que un tratamiento multimodal es la mejor respuesta a las problemáticas del TDAH.

El marco de intervención para el niño con TDAH debe contener como parte de sus estrategias los siguientes enfoques o técnicas cognitivas: las autoinstrucciones, las autoafirmaciones, la toma de conciencia de los procesos mentales y las técnicas comportamentales, que están fundamentadas en el control de los acontecimientos que provocan las conductas negativas o positivas.

La misma autora argumenta que las técnicas cognitivas hicieron su aparición en el ámbito de la intervención de la hiperactividad infantil recientemente; no obstante, su validez ha sido probada en muchas investigaciones. Los enfoques que enfatiza la autora como parte de los modelos de intervención con el niño con TDAH se estarán mencionando en esta parte del trabajo de investigación dedicado a los tratamientos psicológicos con énfasis en la modificación de conducta.

La modificación de conducta como la aplicación de los principios de aprendizaje para favorecer un cambio de conducta. Los principios de la modificación de conducta pueden aplicarse a situaciones de aprendizaje de un gran número de personas.

La autora expresa que la modificación de conducta se ha utilizado con eficacia en el manejo de una gran variedad de síntomas y con diversas personas; niños, adolescentes, adultos y con niños excepcionales.

Entre las características más relevantes se destacan las siguientes:

- Se utiliza específicamente para modificar la conducta inadaptada o para enseñar conducta adaptada.
- La conducta es aprendida y lo que ha sido aprendido puede ser desaprendido
- utiliza una variedad de técnicas para modificar la conducta

El entrenamiento de las autoinstrucciones o autoverbalizaciones, como herramientas esenciales, capaces de guiar, controlar y coordinar las conductas de los niños. Sostienen los autores que para ayudar a frenar y organizar el pensamiento de los niños impulsivos es necesario pedirles que verbalicen en voz alta sus pensamientos para luego ayudarlos a organizar los mismos.

La autoinstrucción se define como una afirmación autodirigida que proporciona a los niños estrategias de pensamiento que los guían en la solución de problemas y fomentan el autocontrol. Es un procedimiento que ayuda y orienta a los niños impulsivos e hiperactivos en la práctica del habla consigo mismo, para controlar y frenar su impulsividad y aumentar su lenguaje interno. El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en modificar las verbalizaciones internas que un sujeto emplea cuando realiza cualquier tarea y sustituirlas por verbalizaciones que son apropiadas para lograr su éxito.

El objetivo de la técnica no es enseñar al niño qué tiene que pensar, sino cómo ha de hacerlo. Así pues, el método consiste en aprender un modo apropiado, una estrategia para resolver los fracasos y hacer frente a nuevas demandas ambientales. Se argumenta que las autoinstrucciones proponen una guía para que el niño con TDAH pueda pensar en forma reflexiva. Según el autor éste debe pasar cinco pasos, los cuáles no debe saltar.

Estos pasos que se mencionan a continuación han sufrido modificaciones, convirtiéndose en instrucciones generales que pudieran ser aplicadas a todo tipo de problemática.

PRIMER PASO: Debo saber: ¿qué es lo que tengo que hacer?

SEGUNDO PASO: ¿Cómo lo voy a hacer? Estableceré un plan de acción.

TERCER PASO: Recordaré y diré en alto (tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta.

CUARTO PASO: Daré la respuesta.

QUINTO PASO: Evaluaré el resultado y diré;

Si es correcto: ¡Me ha salido bien!, ¡estupendo soy genial!

Si no es correcto: ¡Vaya!, ¿por qué me ha salido mal? (para responder a esta pregunta deberé analizar en qué paso he fallado).

¡Ah!, ¿fue por eso?, bueno, ahora que lo sé la próxima vez me saldrá mejor.

La finalidad de este método es desarrollar en el niño la capacidad reflexiva, por medio de la internalización de mediadores verbales necesarios para autorregular su acción. Su utilización le ayuda al niño a comprender la tarea que tiene que realizar; a ordenar, procesar, organizar y almacenar la información relevante y a reforzar y mantener las conductas más convenientes en una determinada situación.

Existen numerosas investigaciones demuestran que los maestros reflexivos tienen alumnos más reflexivos y que los maestros impulsivos tienen alumnos impulsivos. Por su inmadurez y su gran dependencia emocional el niño con TDAH es extremadamente fácil de influenciar. El maestro puede modelar con éxito actividades que propendan a las actitudes reflexivas en la ejecución de las tareas escolares. El procedimiento de intervención orientado a la internalización de autoinstrucciones, consiste en una secuencia de los siguientes pasos:

- El terapeuta modela la ejecución de tareas verbalizando en voz alta las autoinstrucciones. El niño observa cómo el modelo adulto ejecuta una tarea mientras se habla a sí mismo (modelaje cognoscitivo).
- El niño realiza la tarea dándose instrucciones en voz alta (autoinstrucciones audibles, autoguía externa o dirección abierta).
- El terapeuta modela la ejecución de la tarea mientras susurra las autoinstrucciones.

- El niño susurra las autoinstrucciones, a la vez que va practicando la tarea (autogüía manifiesta o desvanecido).
- El terapeuta ejecuta la actividad utilizando autoinstrucciones internas con pausas y signos conductuales de estar pensando.
- El niño realiza la tarea mientras expresa la autoinstrucción en un habla privada (autoinstrucción cubierta o secreta).²⁰

2.4. Modelo Cognoscitivo-Comportamental

La finalidad del tratamiento del niño con TDAH es lograr que éste sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento en todos los aspectos. Se define autonomía como las destrezas y aptitudes que desarrolla el niño para el autocontrol y la adaptación a las normas establecidas en el hogar, la escuela y comunidad donde vive.

La autora menciona tres tipos de autonomía: la física, la cognoscitiva y la emocional. La autonomía física se define como los hábitos que desarrolla el niño para la vida diaria, entre otros, el orden y la colaboración. La autonomía cognoscitiva es la capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, la autoevaluación, la autocorrección y la selección de las estrategias de actuación adecuados es la autonomía cognoscitiva.

Por último, la independencia, una autoestima sana y unas relaciones satisfactorias con las personas del medio ambiente se considera como la autonomía emocional. Las técnicas comportamentales están enfocadas en lograr que el niño se concentre en las tareas que tiene que realizar en el hogar y la escuela, para poder completarlas y aumentar sus habilidades sociales, al mismo tiempo que reduce la hiperactividad motriz. El niño necesita que los adultos responsables estén pendientes de los actos para poder aplicar el refuerzo según la tarea realizada.

²⁰ Silver Larry B.; El TDAH, Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento; editorial Euromexico; España 2010-Mexico 2012.et.al.

Estas técnicas se fundamentan en la aplicación de refuerzos o castigos por las conductas positivas o negativas que demuestra el niño. Tanto las técnicas comportamentales como el tratamiento farmacológico requieren poco esfuerzo del niño, ya que están reguladas básicamente por los adultos. Se presenta los aspectos positivos y negativos de las terapias comportamentales y cognoscitivas éstas se mencionan a continuación:

- Aspectos Positivos o Exitosos

- Progresos verificables en algunos de los síntomas del TDAH.
- Los objetivos que alcanzan exitosamente las técnicas comportamentales suelen ser, en especial, la falta de control de los impulsos, la hiperactividad, la desobediencia y la inatención, aunque en menor medida.
- Los objetivos que se alcanzan exitosamente mediante las técnicas cognoscitivas suelen estar encaminadas a mejorar la ejecución del niño en la solución de problemas, el manejo de la rabia y la frustración y un mejoramiento en las habilidades sociales.
- Las mejorías son rápidas y así se “cortan” los círculos viciosos, disminuyen los efectos secundarios y se alivia el estrés general.
- Disminuye la interacción desfavorable entre el TDAH y los eventuales trastornos comórbidos.
- Disminuye la interacción desfavorable entre el niño con TDAH y sus familiares y su medio social.
- Las terapias pueden establecerse para resolver los problemas más urgentes y concretos verificando con facilidad su eficacia.
- Los procedimientos establecidos difícilmente empeoran las cosas, en el caso de que no mejoren.
- Tampoco se observa sustitución de síntomas. La relación entre el costo medido en tiempo, dinero y estrés es altamente económica comparada con otros abordajes.

○ Aspectos Negativos

- El nivel de recaída evaluado es alto en las técnicas comportamentales basadas en el denominado condicionamiento operante cuando se suspenden los refuerzos.
- Los resultados obtenidos en un contexto estructurado e incentivado, por ejemplo, la escuela, el hogar y el consultorio médico, no se transfieren con facilidad a los ambientes no incentivados.
- Resulta difícil utilizar estas técnicas fuera de los contextos mencionados en el ítem anterior. Por ende, si el niño presenta, dificultades en su vecindad o en la casa de los amigos, las intervenciones comportamentales pueden ser poco eficaces.
- Aunque las intervenciones de origen cognoscitivo son más eficaces y transferibles a otros contextos que las comportamentales puede presentarse cierta dificultad, cuya explicación quizás se halle en la teoría de los estados relacionados.
- Puede resultar agotador para docentes y padres mantener en el largo plazo los programas de modificación comportamental.
- Las terapias de predominio cognoscitivo, tienen mucha menor eficacia cuando se centran exclusivamente en el niño y/o en su problema.
- Las técnicas de entrenamiento cognoscitivo que usan las terapias no logran, sin auxilio de la medicación, mejorar adecuadamente el funcionamiento académico, atencional y cognoscitivo.
- Fomentan, aún sin quererlo, el estereotipo que se tiene del niño cuyo comportamiento no está dentro de los límites esperados.²¹

²¹ Rief, Sandra F. (1999). *¿Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA-TDAH*. Buenos Aires: Editorial Paidós.pag.80.120.

2.5. Modelo de Enfoque Terapéutico Cognoscitivo Conductual

El enfoque conductual postula que los síntomas del TDAH son patrones de conducta inadecuados que pueden modificarse, como cualquier otro desorden de conducta, a través de la variación de estímulos ambientales (antecedente y consecuente de una determinada conducta), según el principio del Condicionamiento Operante.

La modificación conductual es un conjunto de técnicas y un método de investigación, que intenta producir cambios en el comportamiento del niño diagnosticado con TDAH, basados en los principios de aprendizaje. Esta técnica postula que cada acción es producto de variables ambientales, por lo tanto, la terapia se enfoca en la conducta del niño y en el refuerzo positivo que se le ofrece a éste cada vez que asume una conducta positiva o deseada.

Esta práctica hace menos probable que una respuesta inadecuada de parte del niño se repita. Este proceso se logra mediante la alteración de las variables ambientales a las cuales está expuesto el niño y su familia. El enfoque terapéutico cognoscitivo conductual está formado por una combinación racional del enfoque conductual basado en las teorías del aprendizaje y un enfoque cognoscitivo que enfatiza el rol de los aspectos mediacionales en el aprendizaje y la conducta de las personas.

Se postula que las fuentes principales de los trastornos psicológicos se encuentran en los conocimientos o pensamientos de las personas en general, y por lo tanto, el objetivo de la terapia es tratar de modificar la conducta y sentimientos del niño actuando sobre los modos de cómo puede pensar.

Los procedimientos de intervención, que se sustentan en la postura cognoscitivo-conductual, están basados en ciertos principios que se describen a continuación:

- El organismo responde a las representaciones mentales del mundo circundante y no al medio propiamente dicho.

- Estas representaciones están relacionadas con el proceso de aprendizaje, ya que, los procesos cognoscitivos - mediacionales, están involucrados en todo aprendizaje humano.
- Pensamientos, sentimientos y conductas están causalmente interrelacionadas; de este modo, el programa de tratamiento actúa en estas tres áreas.
- Las actividades cognoscitivas, como por ejemplo: expectativas, autoafirmaciones, atribuciones, etcétera; son importantes en la comprensión, predicción psicopatológica y en el cambio psicoterapéutico.

- Las cogniciones y conductas son compatibles, lo que hace posible que los procesos cognoscitivos puedan ser interpretados dentro de paradigmas conductuales y las técnicas cognoscitivas pueden combinarse con procedimientos conductuales.

- La tarea de la terapia cognoscitiva es evaluar las desviaciones o procedimientos cognoscitivos deficientes, las conductas y designar nuevas experiencias de aprendizaje para remediar estas disfunciones .

Es por esta conceptualización de las alteraciones conductuales y emocionales que la terapia está dirigida a modificar los modelos de pensamiento que median la conducta. Todo esto se logra estimulando la actividad cognoscitiva para suplir las deficiencias en el procesamiento o actuando directamente con los resultados cognoscitivos negativos o por un proceso de pensamiento disfuncional. A continuación se describen diversos procedimientos de la modificación del comportamiento de niños con TDAH con el tratamiento cognoscitivo-conductual.

- **Refuerzo positivo:**

Consiste en dar un estímulo verbal o material cuando el niño ejecuta una conducta esperada. Requiere que los adultos ignoren aquellas respuestas o conductas inadecuadas que puede presentar el niño con TDAH durante el

proceso del tratamiento. Con el propósito de lograr una adaptación efectiva del niño y el aumento de conductas apropiadas como: realizar las tareas escolares, prestar atención a las explicaciones del maestro, cuidar el material escolar, terminar a tiempo y correctamente las tareas escolares y del hogar, permanecer sentado, no hablar sin permiso del maestro, no tirar objetos, entre otros.

Esta intervención requiere que los adultos ignoren hasta donde sea posible los comportamientos inadecuados y refuercen todo aquel que está dentro de los límites establecidos. Es necesario recordar que lo que persigue esta intervención es que el niño asuma una conducta adecuada la mayoría del tiempo, sobre todo en los periodos en que está en la escuela.

- Auto-Recompensa: Consiste en que el niño se dé refuerzo a sí mismo, luego de una ejecución exitosa. Primeramente, el refuerzo es administrado por el adulto, quien fija con el niño las conductas por las que recibirá el refuerzo, en forma proporcional con las metas propuestas. Luego, se le enseña al niño a auto administrarse refuerzos de modo similar como lo hizo el adulto. Se enseña al niño, además, a fijar sus propias metas, cumplirlas y premiarse por los logros obtenidos.
- Recompensa social: Esta teoría se asocia a la idea de crear un medio ambiente en la escuela y el hogar, alentador y recompensante, ya sea a través de refuerzos o comentarios, tales como: "estás haciendo un buen trabajo", "se ve que realmente te estás esforzando", "estamos contentos en la forma en que te estás comportando". También se puede recompensar al niño con gestos demostrativos de la satisfacción del adulto con la conducta presentada. Los adultos son los responsables de crear un ambiente de aceptación y de respeto mutuo.

- Costo de respuesta: El proceso consiste en entregar al niño por adelantado un número de fichas de recompensa y explicarle que éstas pueden perderse cuando muestra conductas negativas, da respuestas erróneas o impulsivas, o por el uso inadecuado de las autoinstrucciones. Finalizada la sesión (o clase), el niño puede cambiar sus fichas por un premio o regalo como recompensa (siempre que cumpla con los acuerdos y luego de haber demostrado un comportamiento adecuado). El costo de respuesta está diseñado para ayudar al niño a recordar, detenerse y pensar antes de actuar.
- Autoevaluación: Consiste básicamente en enseñarle al niño con TDAH a apreciar y valorar su ejecución, mediante el uso de un cuadro denominado “¿cómo lo hice hoy?”, “¿cómo me siento?”, de manera que pueda evaluarse a sí mismo y mejorar aquellas áreas de debilidad utilizando su propio esfuerzo. Se sabe que muchos niños con el trastorno tienen una autoestima baja y que esta técnica puede ayudarlos a valorarse como individuos.
- Modelaje: El niño aprende por medio de la observación e imitación las conductas positivas que debe asumir de otros modelos, como lo son los padres, maestros, hermanos, y de las consecuencias cuando asume una conducta no deseada. Cada miembro de la familia, maestro o adulto responsable que participa en la terapia del niño, sirve de modelo realizando las actividades, tareas y demostrando conductas y comportamientos utilizando la metodología de las autoinstrucciones y el pensamiento reflexivo al enfrentarse a una situación desagradable.

El adulto mostrará en ocasiones una ejecución perfecta y en otras cometerá errores, de manera que el niño pueda reconocer las diferentes estrategias para poder hacer frente a las dificultades que encuentre a lo largo de su vida, así como a los fracasos y frustraciones a los que estará expuesto de asumir una ejecución errónea.

El modelo sirve para mostrar cómo se llevan a cabo las actividades y resuelven los problemas usando las autoinstrucciones, exhibe el proceso de pensamiento reflexivo al enfrentarse a una situación problemática, mostrando en ocasiones una perfecta ejecución (modelo de maestría) y en otras donde se cometen errores con el fin de demostrarle a la niño diferentes estrategias para hacer frente a las dificultades, fracasos y frustraciones que conduce la ejecución errónea (modelo de superación).

- Juego de Roles: Consiste en que el adulto presenta al niño una situación simulada que requiere ser resuelta. El niño bajo la supervisión del adulto pone en práctica las estrategias cognitivas aprendidas, generando alternativas de soluciones para esa circunstancia en particular. El padre o maestro ayuda al niño a comprender que en los contextos sociales donde hay problemáticas, es necesario utilizar múltiples estrategias para lograr resolverlos. El niño debe ser capaz de lograr las acciones que pongan solución a la situación, considerando los límites y los beneficios potenciales, tanto emocionales como conductuales.
- Postura de la demora de la gratificación conceptualizada al autocontrol:

El modelo que se menciona no es otra cosa que la capacidad que desarrolla el niño con TDAH para posponer voluntariamente la gratificación inmediata. El niño logra tolerar la frustración que produce la postergación autoimpuesta de la recompensa y la capacidad de persistir en una conducta dirigida a una determinada meta, con el fin de obtener un beneficio mayor.

Estudios realizados en niños con TDAH y niños de grupo control encontraron que cuando se les ofrece una recompensa mayor y más valiosa por un trabajo largo versus una recompensa de menos valor por un trabajo menor, los niños con el trastorno escogieron realizar una tarea menor a cambio de la

recompensa inmediata; mientras que los niños del grupo control en su gran mayoría seleccionaron la tarea más larga y la recompensa más valiosa.

Esto indica que los niños con TDAH tienen una aptitud más conformista que los niños sin TDAH, y que prefieren la recompensa de menos valor para no tener que pasar trabajo ni esperar tiempo para recibir la recompensa. Los factores que influyen en la habilidad de demorar la gratificación, son los siguientes:

1. El rol de la atención durante la postergación de la gratificación: El no focalizar la atención hacia la meta (recompensa potencial), es lo que más facilita la capacidad de autocontrol. Lo fundamental, en este aspecto, es cómo la persona enfoca su atención hacia los objetos meta. A través de las autoinstrucciones el niño puede transformar cognoscitivamente los objetos de la meta, reenmarcándolos mentalmente o distrayéndose de lo frustrante de la situación durante el período de postergación, pudiendo facilitar la espera por largos períodos de tiempo.
2. Distracción Cognoscitiva: A través de la autodistracción el niño es capaz de despreocuparse de todo lo negativo de la situación de espera, de modo que aumente el tiempo que puede demorar la gratificación.
3. Presentación simbólica de las recompensas: Los estímulos pueden ser presentados en forma abstracta o estimulante. Los niños con TDAH pueden aumentar sus habilidades para controlar el efecto que les provoca el estímulo, variando la forma de pensar sobre estos. Una vez que los niños reconocen cómo con sus pensamientos pueden lograr el autocontrol permitiéndoles la opción de esperar por alcanzar una meta, se hacen más inmunes a la

situación física y se vuelven más capaces de autoguiarse por su comprensión sobre las reglas de autocontrol.²²

Estrategia de solución de problemas:

El comportamiento, las actitudes y la conducta de los adultos y otros compañeros de escuela inciden sobre la conducta de los niños hiperactivos, por lo que resulta eficaz ofrecer a los niños modelos de trabajo que le muestren conductas reflexivas.

Estos consisten en enseñar al niño los diversos procesos cognoscitivos que le permitan crear una variedad de respuestas y alternativas, efectivas para enfrentar una situación problemática. Este proceso se realiza con el único fin de aumentar la probabilidad de maximizar las consecuencias positivas y minimizar las negativas al ejecutar la respuesta elegida. Este proceso de entrenamiento de resolución de problemas requiere el desarrollo de las siguientes aptitudes en el niño con TDAH:

1. Habilidades para elegir entre las distintas metas.
2. Destreza para implementar una variedad de caminos alternativos o conductas para alcanzar una meta dada.
3. Aptitud para usar la variedad de sistemas sociales y recursos dentro de la sociedad.
4. Investigación objetiva y efectiva de la realidad, lo que requiere capacidad perceptual y la comprensión del mundo que lo rodea.

En la estrategia de solución de problemas, el niño identifica o descubre medios de

²² Silver Larry B. MD; El TDAH, Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento, editorial Euromexico, España 2010- Mexico 2012, pag.155.166.et.al

enfrentamiento efectivo con situaciones problemáticas de la vida diaria generando un rango de conductas efectivas que facilitan y mantienen la competencia social. El concepto de competencia social se define como las destrezas que desarrolla el niño para enfrentar situaciones de la vida cotidiana y salir de ellas de forma exitosa. Existen ciertas habilidades específicas que el niño con el TDAH, así, como los demás deben desarrollar en el proceso de solución de problemas:

1. Orientación al problema: es la actitud o disposición general con que el sujeto enfoca una situación problemática. En el primer paso, es importante que el niño enfoque su atención en el estado emocional provocado por la situación y utilice las reacciones como índice para identificar la existencia de un problema o situación. Es fundamental que el niño presente una disposición inhibitoria que reduzca su tendencia a reaccionar automática e inapropiadamente a las diversas situaciones, para así poder detenerse y pensar buscando las mejores opciones de respuesta.

2. Definición y formulación del problema: luego que el niño ha reconocido la existencia de una problemática e inhibido su tendencia a responder automáticamente, puede describir y formular el problema. En esta etapa la persona debe:

a. Conocer la mayor cantidad de información objetiva sobre el problema y definir todos los aspectos de la situación en términos operacionales o concretos.

b. Clasificar y formular los componentes de la situación, de modo de poder separar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las inferencias o interpretaciones. Basado en estos datos, el niño puede identificar sus objetivos y especificar cuál realmente es el problema y su importancia.

3. Generación de alternativas: la tarea en esta etapa es generar posibles soluciones que sean apropiadas a la situación, para maximizar la probabilidad de producir la mejor opción.

4. Toma de decisiones: en esta etapa el niño debe evaluar, comparar y establecer un juicio propio de cuál de las alternativas generadas es más útil para solucionar el problema.

5. Implantar una solución: consiste en poner a prueba una o más estrategias de acción, incrementándose así, la probabilidad de que la estrategia seleccionada alcance éxito.

6. Verificación: este paso tiene lugar luego que la opción seleccionada ha sido llevada a cabo. En esta etapa el niño debe darse cuenta de los resultados reales de la opción elegida, evaluando el grado en que el problema ha sido resuelto.

Los adolescentes, en especial los que tienen catorce años o más, pueden participar con los padres y maestros en la búsqueda de soluciones a los problemas o conflictos que surgen en el hogar, la escuela y la comunidad donde viven. Es recomendable utilizar la estrategia de solución de problemas, la que incluye cuatro pasos para enseñar a los padres y maestros a desarrollar las destrezas necesarias. En realidad, el enfoque de solución de problemas enfatiza en la participación activa del niño o adolescente con TDAH en la búsqueda de soluciones, alternativas, negociaciones y la toma de decisiones.

- En el primer paso los miembros de la familia se reúnen para definir cuál en realidad es el problema o cuáles son las circunstancias que los están provocando. Cada miembro tiene un tiempo para que en una forma clara, breve y sin acusaciones, presente su opinión personal. Todo planteamiento debe comenzar con el pronombre “yo”; se recomienda que se cree conciencia sobre las diversas formas en que otros definen la problemática, sin molestarse. Las reglas del juego deben estar claras. El diálogo no es para criticar, acusar, señalar las faltas o defectos del niño, ofender, interrumpir, negar, estar a la defensiva o incurrir en otras estrategias de comunicación inefectivas. Por lo que es necesario que cada

uno exprese lo que siente y piensa, evitando las conductas mencionadas.

Es recomendable recurrir a la ayuda de una persona que no esté involucrada en los asuntos que serán discutidos para que sea objetiva. Podría ser algunos de los especialistas asignados al caso. Su función será servir de árbitro y facilitar el llegar a los acuerdos.

- En el segundo paso cada uno de los participantes ofrece posibles soluciones. La idea central es producir una lista extensa de alternativas y posibles soluciones, aunque algunas aparenten ser descabelladas. En este proceso se evita la evaluación y las críticas a las alternativas ofrecidas para permitir que todos los participantes utilicen la creatividad. Si se determina que siempre en las intervenciones habrá la ayuda de una persona invitada, éste puede fungir como anotador.

- En el tercer paso cada uno de los participantes analiza las ideas, sugerencias, alternativas y procede a formular las ventajas y desventajas de cada uno de las propuestas evaluándolas como positivas o negativas. El ejercicio consiste en que el anotador escribe las consideraciones positivas así como las negativas al final se proceden a seleccionar las ideas evaluadas como positivas por todos los presentes. De no lograrse un consenso se utilizaría el proceso de negociación.

Por último, los participantes acordarán cómo implementarán las soluciones acordadas. Se enfatizará que siempre hay consecuencias positivas y negativas por el cumplimiento o no del contrato o convenio acordado. Como actividad final es necesario que quede por escrito quién hará qué, cuándo lo hará, dónde y nivel de responsabilidad de cada uno. En general, los programas basados en la aplicación de técnicas conductuales cognoscitivas han logrado resultados favorables en alguno de los aspectos relacionados con el TDAH, sobre todo en mejorar el nivel de atención.²³

²³ Silver Larry B., TDAH, Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento. editorial Euromexico; España 2010-Mexico, 2012.pag.27-30, 128-129, et. al.

2.6 Principios básicos, actividades para educar a un niño con problemas de aprendizaje a causa del TDAH y aspectos que implican en su alimentación.

1. Para la dislexia y disgrafía

-Memoria y percepción auditivas: Decir el nombre de objetos, juguetes, muebles, etc., identificar por el ruido o sonido, el objeto o instrumento que lo produce (por ejemplo: campanilla, silbatos, metales), reconocimientos de canciones familiares (por ejemplo: arroz con leche, la farolera), reconocimientos de ruidos onomatopoyéticos (por ejemplo: chuk-chuk (tren), riiin-riin (timbre)), imitación de tonalidades y modalidades de la voz por ejemplo: voz alta, voz baja palabra cuchicheada, etc.), imitación de los ritmos en el lenguaje hablado (por ejemplo hablar ligero, pausado, lento), imitación verbal del ritmo (el maestro dice y los alumnos repiten), repetición de fonemas pronunciados por el maestro (por ejemplo letras: f, r, s y el alumno repite), repetición de familias de palabras que terminan con el mismo sonido (por ejemplo: combinación, estación, nación, etc.), el alumno cumplirá una serie de órdenes, yendo de las más simples a las más complicadas (por ejemplo: cierra la puerta y tráeme el borrador, etc.).

-Memoria y percepción visual: Agrupación por el alumno, de láminas de igual tamaño e idéntico motivo, de distinto tamaño y de igual motivo, de igual tamaño y de motivo distinto, de igual tamaño y color, de igual forma, de igual forma y tamaño, percepciones visuales ritmadas (el maestro pondrá dos formas iguales y una desigual y el alumno lo repetirá, aquí puede usarse el tablero perforado y clavijas de colores), empleo de loterías y rompecabezas (usando modelos con láminas y con colores), a esta altura de la ejercitación después de realizar y repetir varias veces las actividades antes mencionadas, puede introducirse el componente verbal (por ejemplo: al agrupar láminas, puede decirse el nombre, lo mismo puede hacerse con los objetos o demás elementos; agrupación de muñecas, palillos, botones, maderas etc.

-Ritmo y seriación: El maestro con las palmas de las manos con el dedo, reproduce golpes de distinto ritmo, que el alumno deberá imitar, uso de metrónomo(ritmo acelerado y lento, imitación por el alumno del ritmo del metrónomo, ejercicios vocales ritmados, ejercicios de marcha con ritmo(se golpea un pie, se golpean las manos después de dos pasos, alternando, etc., detención brusca de la marcha después de dos o tres pasos, a una orden del maestro, imitación de los modelos que realiza el maestro, con bolitas, cubos, palillos, etc. agrupación de objetos según su tamaño, de menor a mayor y viceversa.

-Ejercicios que favorecen la noción del esquema corporal: el alumno señala, toca y mueve la cabeza, expresa el sí o el no con el movimiento de la cabeza; gira o inclina su cabeza hacia uno y otro lado, el alumno señala la cabeza de un compañero, se mira la cabeza en un espejo, señala la cabeza de una muñeca o de un maniquí, señala la cabeza en el dibujo de la figura humana, dibuja la cabeza de un niño, él alumno toma con su mano izquierda la articulación de la mano derecha, y la hace mover; realiza el mismo ejercicio con las articulaciones del codo y del hombro, realiza movimientos en los que interviene estas articulaciones, pero que tengan un significado especial(por ejemplo: dice adiós moviendo las articulaciones de la muñeca y del codo.

-Ejercicios de lateralidad: Noción de izquierda y derecha: el alumno reconoce la mitad izquierda y la mitad derecha de su cuerpo, recorre con su mano derecha de su cuerpo, comenzando con la cabeza, el ojo derecho la oreja derecha, la mitad derecha de su boca, de la barbilla, de la nariz, del cuello; el alumno se recuesta sobre su lado derecho, al mismo tiempo que repite:” apoyo en el suelo la mitad derecha, el hombro ,brazo y mano derechos; la cadera, la pierna y el pie derechos”.; el alumno reconoce su mano derecha, la palma de su mano derecha, los dedos de su mano derecha, el dedo pulgar derecho y el dedo meñique derecho, él alumno reconoce su pie derecho, el dedo gordo y el dedo pequeño del pie derecho.

2.Actividades para prevenir la disortografía: para enseñar ortografía el maestro debe tener en cuenta: que el aprendizaje ortográfico es un proceso que requiere una dirección hábil y experta, porque los alumnos aprenden con distintos ritmos y de manera diferente, los métodos deben adaptarse a la variedad, que debe ayudar a cada niño a descubrir métodos que faciliten la fijación y evocación de la forma correcta de escribir las palabras, que la corrección debe adaptarse a las necesidades de cada niño y a las características de las falta, que para asegurar la retención son necesarios periodos de práctica y ejercitación. Los principales objetivos de la enseñanza de la ortografía son: facilitar al niño el aprendizaje de la escritura correcta de una palabra de valor y utilidad social, proporcionar métodos y técnicas para el estudio de nuevas palabras, habituar al niño al uso del diccionario.

3.Actividades para discalculia: En este caso, el tratamiento es individual y, en primer momento, el niño debe realizar las actividades junto a un maestro de apoyo o bien con la familia(previo entrenamiento escolar),después de un periodo de trabajo conjunto, se impulsara al niño en la práctica, todos los ejercicios de rehabilitación matemática debe presentar un atractivo interés para que el niño se predisponga al razonamiento, en primer término por agrado o por curiosidad, luego proceder al razonamiento matemático.

Las formas tradicionales para educar a un niño, no funciona cuando el niño tiene TDAH, por eso es importante que se conozca lo que si funciona, y lo que no funciona y el porqué.

El TDAH no es curable, pero llevándolo a las terapias ayudan a mejorar el control de la conducta del niño si se atienden las causas, ya que está son biológicas y genéticas. El trabajo terapéutico es nada más para que el niño aprenda a controlar su conducta, conozca su ritmo de trabajo, pueda mantener una relación adecuada con su familia y sus amigos y sobre todo pueda adaptarse al medio ambiente donde vive; .los niños deben aprender nuevos hábitos y requieren de la ayuda y el apoyo de los padres.

-Recomendaciones para complementar las actividades mencionadas:

1. El niño necesita estructura, es decir a un niño con TDAH lo que más le falta es la estructura, por ello necesita contar con orden, unos padres organizados, reglas muy claras, rutinas y aprender a predecirlas respuestas de los padres.

2. Consecuencias inmediatas, los premios y los castigos deben darse en el momento, recordar que unos de los problemas del niño con TDAH, es el tiempo, si prometes algo a largo plazo pierde su efecto.

3. Ser constante, recordar que cualquier cambio requiere de tiempo, por eso es importante no darse por vencido, aun cuando uno esté fuera de casa la conducta de uno debe ser la misma hay que intentar un programa para cambiar una conducta por lo menos de dos semanas antes de decidir que no funciona.

4. El papa y mama deben ser siempre un equipo; el niño siente seguridad al saber que sus padres están de acuerdo en la forma de educar, ya que si la dice una cosa y el papa otra se confunde más o aprende a manipular, esto es importante aun cuando los padres estén separados.

5. Estímulos concretos y poderosos; aunque las palabras que estimulan ayudan mucho, los premios para estos niños deben ser concretos y contables. por ejemplo: una gráfica con estrellas para un buen comportamiento o con fichas o puntos que sean canjeables por algo que el elija.

6. Retroalimentación frecuente; los estímulos deben ser frecuentes y constantes, ya que esto ayuda al niño a mantenerse motivado, no olvidar que el niño no puede motivarse solo.

7. No hablar demasiado, simplemente actuar; no dar explicaciones largas y complicadas al niño, no sirve, siempre actuar y cumplir con las actividades que se había planeado.

-En la motricidad gruesa: se refiere a control de movimientos de los músculos largos, los niños aprenden a regular su conducta cognitiva. Las actividades para favorecer esto pueden implicar una reacción al recibir una orden verbal, como simón dice o bien saltar la cuerda, aplaudir a un tiempo o rítmicamente, saltar en un solo pie; también los juegos con reglas como el fútbol.

-En la motricidad fina: se refiere al control de movimientos de los músculos cortos, a una coordinación de la mano y el ojo. Para desarrollar y favorecer esta parte hay algunas actividades como son; el uso de la plastilina, de las tijeras, actividades artísticas, pegar, escritura y lectura, enlazar cuentas, cuentos. Para ello el docente deberá mostrar como asir correctamente los materiales mientras dice con palabras lo que va haciendo y como lo va haciendo, se pueden usar mediadores, ejemplo; como colocar un punto negro sobre un papel esto para recordar al niño que debe mantener su pulgar en un solo punto al recortar , lápiz triangular para recordar que son tres puntos como se debe tomar el lápiz o una etiqueta sobre el mismo.

-La alimentación del niño: es importante porque su cuerpo necesita una buena alimentación para funcionar adecuadamente; requiere de vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos grasas. El cuerpo no produce estos elementos importantes de la nutrición, los obtenemos de los alimentos

A veces ciertos alimentos nos hacen daño, algunos niños con TDAH pueden ser muy sensibles o tienen poca tolerancia a ciertos alimentos, además de que a otros les provocan somnolencia. Los niños con TDAH al tomar refrescos, caramelos, chocolate y algunos productos lácteos, se producen algunos de los síntomas del TDAH, por lo tanto hay que quitárselos de la dieta.

Los beneficios del niño se obtendrá al comer alimentos con omega 3 como pescado, frijoles, soya, nueces, cacahuate, ya que estará más alerta y pondrá mas atención. Estos ácidos grasos son el alimento del cerebro además ayudan a combatir el colesterol que nos perjudica el corazón. Si el niño no puede consumir estos alimentos, se le pueden dar capsulas que contengan estos ácidos graso esenciales en tiendas naturistas o de nutrición. Otros nutrientes que son deficientes en niños

con TDAH, son el Zinc y el Magnesio, la carne roja, y algunas verduras verdes nos proporcionan minerales.

CONCLUSIONES

Los conocimientos de las características básicas, escolares, pedagógicas, clínicas que se presenta para el niño con un TDAH es importante, más que un buen diagnóstico y evaluación de las dificultades del niño, es entregar sugerencias sobre la manera en que el colegio y el hogar puede contribuir a mejorar y controlar la situación. Es necesario actividades, que por lo general van al final de los informes de los profesores como posibles sugerencias, deben responder al diagnóstico y también a la realidad del niño y al alcance en cuanto a sus recursos, los recursos de la familia y los del colegio. Importante preocuparse de la factibilidad de las soluciones que se propongan.

Sabemos mucho acerca del TDAH pero de alguna forma también sabemos muy poco; conocemos muchos de las posibles causas de este trastorno pero no tenemos una respuesta definitiva en cuanto a su verdadera causa, hasta que no contemos con ella, no podemos hablar en términos de prevención o curación, solo en intentos de términos preventivos y de mejores tratamientos.

El diagnóstico clínico que evalúa un posible TDAH un sujeto debe conocer los criterios para hacer este diagnóstico con el fin de reducir el número de individuos a los que se ha diagnosticado incorrectamente un TDAH, o cuyo diagnóstico de TDAH es obvio. Las manifestaciones deben ser crónicas y generalizadas, después de recabar los datos clínicos. La historia clínica si loa hiperactividad, distraibilidad e impulsividad son debidas a la ansiedad, a la depresión. Aun trastorno del aprendizaje o aun TDAH.

No todos los niños que son hiperactivos, desatentos y /o impulsivos tienen un TDAH. En realidad es probable que el TDAH sea la causa menos frecuente de estas conductas. Antes de hacer un diagnóstico, es necesario llevar un proceso claro de diagnóstico diferencial teniendo en cuenta todas las posibles causas de estas

conductas. Para confirmar el diagnóstico es preciso que haya una historia crónica y generalizada de hiperactividad, distraibilidad y/o impulsividad.

Puesto que es más probable que unos niños que otros con un TDAH presenten más trastornos del aprendizaje, las dificultades en el aprendizaje también deben tenerse en cuenta en individuos a los que diagnostica de TDAH. También hay que plantearse la posibilidad de que esté presente uno de los trastornos de modulación o un trastorno de tics. Cuando existen problemas emocionales, sociales o familiares, el clínico deberá determinar si estos problemas son la causa de las conductas o si son secundarios al TDAH y a los problemas emocionales y conductas resultantes.

Se debe tratar mediante el diagnóstico, en algunos casos, medicar y por lo tanto aclarar dudas sobre todo en los padres por que varios de ellos quieren saber si su hija o hijo presenta algún trastorno de los mencionados en el escrito y si este fuera el caso tal vez tratamientos y algunas sugerencias que les puedan ser de utilidad para mejorar la calidad de vida de estas personas, con quien debe acudir y quien puede ser de apoyo para el niño. En este momento la familia, la madre y el niño necesitan todos los apoyos que puedan estar a su alcance.

Debemos recordar que el uso de los fármacos por sí solo no constituye el tratamiento del TDAH. Es necesario aplicar intervenciones no farmacológicas al niño, a los padres y a la familia. Estas intervenciones implican al niño, a la familia y la escuela. La educación del niño, así como la de los padres y la familia, es una parte fundamental del tratamiento del TDAH. A menudo este proceso educativo es lo único que se necesita para ayudar al niño y a su familia a avanzar en el tratamiento multimodal. A veces es preciso hacer otro tipo de esfuerzos. El niño, los padres (individualmente o como pareja) o toda la familia pueden necesitar asesoramiento u otras formas de intervención.

Después de evaluar que efecto ha tenido la educación del niño y de los padres, y después de utilizar los fármacos adecuados, puede plantearse, si es necesario, una

terapia individual, con los padres, o un terapia de familia. Es conveniente que clínicos y padres trabajen conjuntamente con la escuela en cada fase de las intervenciones. La estrategia concreta utilizada dependerá de las necesidades; un profesional coordinará todas las intervenciones para garantizar que participe en todos y cada uno de los problemas identificados.

No existe una estrategia conductual concreta que sea la mejor que funcione con todos los niños que tiene un trastorno por déficit de atención con hiperactividad(TDAH).Sea cual sea la estrategia, los profesores ,los clínicos ,los terapeutas, y la familia deben tener en cuenta cómo afectan las conductas del TDAH al plan que se va a aplicar. La mayoría de los programas conductuales, si no todos, no funciona si el niño es impulsivo. El concepto general para controlar la impulsividad es pensar antes de actuar, y entender que cuando, alguien tiene una determinada conducta, se producen consecuencias. Cuando un niño es impulsivo, primero actúa luego piensa, y solo se acordara de las consecuencias después de haber actuado.

El clínico y los padres deben trabajar estrechamente con el profesor de su hijo y con los profesionales del sistema escolar, que deben desarrollar el entorno educativo y los programas más adecuados para un alumno con TDAH. Para ser unos defensores informados y asertivos los padres deben conocer tanto las necesidades de su hijo como su derecho a solicitar la atención ,los servicios y la adaptación individualizada pertinentes ; en ocasiones el clínico tiene que instruirles.

Si un profesor, padres o especialistas de la educación conocen algún sistema de tratamiento conductual que funcione con el niño que presenta TDAH, hay que darle seguimiento y tratar de planear para que controle al niño y pueda integrarse al sistema escolar. A los profesionales que no disponen de este modelo hay que proponérselos, ya que no ha sido creado ni propuesto, ya que se ha obtenido de la práctica y la experiencia, para su aplicación y en su caso darlo a conocer y llevarlo a

cabo de una manera cuidadosa; ya que es una combinación de varios modelos que se considera útiles para trabajar con familias que tengan un hijo con un TDAH.

Tan importante o más, que un buen diagnóstico y evaluación de las dificultades del niño, es entregar sugerencias sobre la manera en que el colegio y el hogar puede contribuir a mejorar la situación. Estas sugerencias, que por lo general van al final de los informes, deben responder al diagnóstico y también a la realidad del niño en cuanto a sus recursos, los recursos de la familia y los del colegio. Importante preocuparse de la factibilidad de las soluciones que se propongan.

Las recomendaciones que se mencionan son para el salón de clases exclusivamente ya que favorecen el proceso de enseñanza-aprendizaje:

- premiar al niño cada vez que haga un buen trabajo y mantenga atención a la clase.
- animar al niño cada vez que le falte entusiasmo y energía
- reconocer que existe un problema real.
- identificar la causa de las dificultades del niño, a través de la observación
- apoyar y ayudar al niño: los estímulos positivos de los adultos son de gran ayuda para aumentar la autoestima, la cual generalmente suele ser muy baja en estos niños.
- ser capaz de encontrar técnicas que ayuden al niño a concentrarse y a aprender, e implantarlas.
- trabajar en conjunto con los padres para poder identificar las áreas donde el niño tiene dificultad.
- ayudar al especialista de la salud encargado del niño a decidir cuál tratamiento con estimulantes es más efectivo y cuál debe ser la dosis.
- inspirar y motivar al niño para que participe en actividades de socialización.
- comunicar a los padres sobre el comportamiento del niño para poder actuar antes de que las cosas se salgan de control

- ser capaz de encontrar alternativas que no sean la expulsión de la escuela porque el efecto que esta situación tiene sobre el niño es devastador e irreversible.²⁴

Se debe tomar en cuenta la información de este escrito para progreso del comportamiento y avance en los problemas causados por los trastornos de aprendizaje en la edad temprana.

Se cree que es preocupante que en los últimos años ha subido las cifras de tales trastornos por lo mismo la dedicación y el enfoque a este tipo de niños afectados, ya que no solo afecta a los mismos sino también a las personas que los rodean tanto en la vida social como la personal, no solo en casa sino también en la escuela; sin embargo muchas personas involucradas no tienen noción de lo que causan estos males y tampoco que a diario conviven con ello sin darse cuenta.

Lo que se requiere es precisión y ser constante con lo que se aplique para este tipo de niños, es realmente alarmante este caso, es muy común que ocurra en la edad temprana y sobre todo afecta en la vida escolar, no se puede llevar a cabo muchas actividades sino es tratado y las habilidades no se desarrollan como debe ser.

Más y más docentes estamos involucrados en este tipo de casos, se han dado con más frecuencia, se cree que el factor más importante para que esto se dé, es de que las madres de familia no se cuidan durante el embarazo, fuman, toman, consumen drogas sin tomar conciencia del efecto que puede causar en el feto, es desde ahí donde comienza el problema, es la raíz. Al final se deben asumir las consecuencias de este tipo de actos y no solo los padres salen involucrándose sino también las demás personas de su entorno.

²⁴ Labinowicz Ed.; Introducción a Piaget, pensamiento, aprendizaje y enseñanza; editorial Addison Wesley Longman, México, 1998.pag.161-164;272-276.

REFERENCIAS

- Barkley, RA. (1997) Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying of ADHD. *Psychology Bulletin*.
- Barkley, R. A.; Murphy, K., & Bauermeister, J.J. (1998). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un manual de trabajo clínico*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. y Russel, A. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. México: Editorial Paidós.
- Bauermeister, J. J. (1995). *Inventario de Comportamiento Preescolar (IDC-PRE)*. San Juan: Atención, Inc.
- Bauermeister, J.J., Berríos, V., Jiménez, A.L., Acevedo, L., & Gordon, M. (1990). Some issues and instruments for the assesment of attention-deficit hyperactivity disorder in Puerto Rican children. *Journal of Clinical Child Psychology*.
- Bauermeister, J. J, Canino G, Bird, H. (1994). Epidemiology of disruptive behavior disorders. *Child Adolescents Clin NA*.
- Bauermeister, J. J. y Matos, M. (1997). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad una visión actualizada. *Revista Psicológica Contemporánea*.
- Etcheparebord, M.C, Paiva Barón, H. y Abad-Mas, L. (2009) Ventajas de las baterías de exploración neuropsicológica en el TDAH. Xi Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil. Valencia, España.

- Hallowell, E. M. y Ratey, J. J. (2001). *TDA: Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. Madrid: Editorial Paidós.
- Labinowicz Ed., *Introducción a Piaget: pensamiento, aprendizaje y enseñanza*; editorial Addison Wesley Longman, México, 1998..
- López Juan J., *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Texto Revisado)DSMIV-TR*.Editorial ELSEVIER MASSON.España 2002.
- Moreno García, Inmaculada. (2001). *Hiperactividad: Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Mulas, F., Etchepareborda, M. C., Abad-Mas, L., Díaz Lucero, A., Hernández, S., de la Osa, A., Pascuale, M. J. y Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*.
- Orjales Villar, Isabel (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE, S.L.
- Papalia Diane E., *TDAH Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*; Editorial Mc Graw Hill. México 2006.
- Parés Arroyo, M. (24 de enero de 2003). Cuando la distracción no es infantil. *El Nuevo Día*.
- Parés Arroyo, M. (21 de abril de 2003). Educación especial para una minoría. *El Nuevo Día*.

- Pearson, D. A., Lane, D. M., y Swanson, J. M. (1991). Auditory attention switching in hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, EUA.
- Pichot Pierre; Valdés Miyar Manuel. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- III-R). Editorial MASSON SA. Barcelona, España, 1998.
- Rief, S. E. (1993). *How to reach and teach ADD/ADHD Children*. West Nyock, NY: Simon & Schuster.
- Rief, Sandra F. (1999). *¿Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA-TDAH*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Silver Larry B. M.D. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Guía Clínica de Diagnósticos y Tratamiento. Editorial Euromexico, España 2010- Mexico 2012.
- Uriarte Bonilla Victor, Psicofarmacología, editorial Trillas, México, DF, 2005.
- Yáñez-Téllez, G., Romero-Romero, H., Rivera-García, L., Prieto-Corona, B., Bernal-Hernández, J., Marosi-Holczberger, E., Guerrero-Juárez, V., et al. . Funciones cognitivas y ejecutivas en el TDAH. *Actas EspPsiquiatr. España*. 2012.