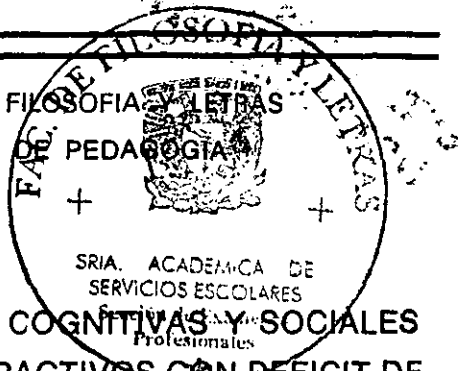


45

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
COLEGIO DE PEDAGOGIA



LAS CAPACIDADES COGNITIVAS Y SOCIALES DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS CON DEFICIT DE ATENCION: UNA PROPUESTA PEDAGOGICA PARA EL APRENDIZAJE Y LA ADAPTACION SOCIAL

T E S I S A

288112  
11882

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PEDAGOGIA  
P R E S E N T A :  
KARINA GUERRERO ROJAS



ASESOR: LIC. GUILLERMO ROQUET GARCIA

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
MEXICO D.F.



COLEGIO DE PEDAGOGIA

1501 01  
*[Firma manuscrita]*

ENERO DEL 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**COLEGIO DE PEDAGOGÍA**

**Las capacidades cognitivas y sociales de los niños  
Hiperactivos con Déficit de Atención:  
Una propuesta Pedagógica para el aprendizaje y la  
adaptación social**



**TESINA  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA  
PRESENTA:  
KARINA GUERRERO ROJAS**

**ASESOR:  
LIC. GUILLERMO ROQUET GARCIA**

**MÉXICO, D.F., ENERO DEL 2001**

*La alegría de aprender representa a menudo una pesadilla para más de diez millones de niños brillantes e inteligentes, solo porque nadie ha reconocido su diferencia en aprender.*

*Comprendamos su frustración y empecemos a entender el problema. No permitamos que niño alguno sea envilecido ni que se disminuya su curiosidad debido a nuestra ignorancia o inactividad.*

*No permitamos que niño alguno sea privado del descubrimiento porque carecemos de los recursos para descubrir su problema. Ni que -jamás- niño alguno dude de sí mismo o de su inteligencia porque estemos inseguros de nuestro compromiso.*

## AGRADECIMIENTOS

*Toda obra humana, por humilde que sea, es producto, finalmente de fracasos, sufrimientos, experiencias y conocimientos que de ellos surgen y hoy que la belleza de un sueño toma forma, necesito agradecer a quienes han forjado en mi la fortaleza y decisión necesarias para conseguirlo...*

*Gracias a Dios por permitirme ser quien soy y conseguir lo que tengo.*

*A mi Alma Mater y al Colegio de Pedagogía... por guiar y materializar mi vocación. Al Profesorado... Gracias Maestra Sara Gaspar Hernández, por ofrecer lo mejor de sí a la docencia y orientar con ello mi formación profesional, por enseñarme a amar y defender la Pedagogía... Al Licenciado Guillermo Roquet García, por su dedicación y compromiso, por sus extensas asesorías y atentas revisiones en la dirección de este trabajo... A la Maestra Alma Leticia Paz Zarza, a la Licenciada Guadalupe Mora Pizano y al Profesor Miguel Ángel Pérez Álvarez, por emitir el dictamen aprobatorio y formar parte del síndico evaluatorio de la presentación de este trabajo.*

*Durante el tiempo que estuve trabajando en esta investigación, desde el borrador inicial hasta la revisión más reciente, muchas personas han apoyado el proyecto. Sin su ayuda simplemente no hubiera sido posible escribirlo.*

*Gracias Amigas por contribuir y alentar mi trabajo...*

*A Miriam Mendoza... Por toda una vida de amistad auténtica y sincera, por tu infinita capacidad de comprender, ayudar y escuchar, por tu consejo y ánimo. Por lo que vivimos, por lo que perdimos, pero sobre todo, gracias por la posibilidad de rescatarnos, por mostrarme que nunca estaremos separadas mientras decidamos continuar respetándonos... Gracias por creer en mí y por impulsar mis locuras.*

*A Claudia Martínez y a Mariana Aguilar... Por reconocer juntas que en la vida nadie da nada de más y por convencernos de que es necesario encontrar una salida y aferrarse al camino sin voltear atrás... Consideren este logro profesional como algo que es también suyo... ¡Tómenlo Por Favor!*

*A Alejandra Ortega... Porque se que sin tu aliento y apoyo esto habría resultado muy difícil, por apretar los puños y encomendarme a la suerte, por los nobles deseos en los que siempre me involucras... porque estoy convencida de que esto te enriquece tanto como a mí.*

*A Edith Andes... Por compartir el deseo de conseguir un poco más y asumir la determinación de llegar hasta aquí: por defender conmigo una lucha a solas, sin contar con nada más que voluntad, juventud y poca experiencia... ¡Por tantos errores y problemas!... ¡No puedo esperar a ver lo que nos depara el futuro!... ¡Me honra haber estudiado contigo y tener en común algo más que una vocación!... Gracias por comprender conmigo que mientras seamos capaces de soñar, siempre existirán posibilidades reales para conseguir cuanto queramos... ¡Muchísimas Felicidades Licenciada!*

*A La Sra. Silvia Rojas... Por tu eterno e incondicional apoyo, por ser amiga estando siempre en los buenos momentos y permanecer aún más dispuesta en todas las circunstancias difíciles... por sufrir conmigo y brindar hoy por lo obtenido... ¡Mil Gracias Tía por ayudarme en todos mis proyectos y motivarme a alcanzar nuevas metas!*

*Con el inmenso sentimiento de orgullo por ser su hija: a la Sra. Victoria Rojas y al Sr. Maximino Guerrero... Por ser consultores y custodios de mi vida y formación enteras. Porque su sensibilidad, tolerancia y capacidad crítica compensaron siempre mi impulsividad, mi ansiedad, mi prisa por obtener logros y mi mal humor. Porque me mostraron que nadie puede enseñar algo existiendo así la única posibilidad de ayudar a que sea descubierto dentro de uno mismo... Gracias por sus bendiciones y guiarme con ellas hasta mi propio descubrimiento...*

*A mi hermano Hugo... Por tu colaboración entusiasta desde el inicio de este trabajo, por ser amigo y confidente, por esforzarte a mi lado trabajando al ritmo de mis tiempos, mis ausencias y mis enormes errores... por las desveladas y discusiones que aún nos faltan, por tu siempre acertada creatividad, tu constante buen humor, tu optimismo y tu terquedad... por hablar cuando necesito escuchar y callar cuando necesito pensar... porque tu cansancio no impide que tu entrega y dedicación actúen cada vez que necesito construir un anhelo... por nunca tener la necesidad de buscarte porque siempre estás ahí... siempre dispuesto... Gracias Huevín.*

*Y para concluir, a Daniel Torres... Gracias Bebé por iniciar conmigo la historia más importante de mi vida... por compartir conmigo el sentido y significado del esfuerzo y la perseverancia... por comprender, respetar, valorar e impulsar mi profesión. Por estar presente en mi sueño más real -lo mejor aún está por suceder, gracias a ti-*

*Gracias a todos por haber creído en esto una sola vez, por creerlo en serio, tal como lo he creído yo.*





## ÍNDICE

**INTRODUCCIÓN.....1**

### **ANTECEDENTES**

-El Déficit de Atención con Hiperactividad como un caso de Educación Especializada.....5

-Historia y Modelos Teóricos.....6

### **CAPÍTULO PRIMERO CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA. NOSOLOGÍA**

**A. Trastornos del Comportamiento: Criterios de definición para un caso de Hiperactividad .....11**

**B. El Déficit de Atención: Criterios de definición.....17**

### **CAPÍTULO SEGUNDO EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (T.D.A.H.)**

**A. Síntomas y Trastornos asociados: La Emisión de un Diagnóstico Diferencial.....23**

**B. Identificación real de un caso de TDAH.....25**

**C. Causas y Sintomatología del Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad. ....26**

### **CAPÍTULO TERCERO CAPACIDADES COGNITIVAS PARA EL APRENDIZAJE Y LA SOCIALIZACIÓN**

**A. Personalidad y socialización del niño hiperactivo.....40**

**1. Factores Psicológicos: autoconcepto e intelecto.....40**

**2. Factores Sociales: familia, escuela y sociedad.....44**



**B. Valoración Clínico-Pedagógica y Estrategias de Tratamiento.....51**

**1. Estimación de las capacidades cognitivas y sociables del niño hiperactivo.....57**

**2. Principales líneas de tratamiento.....61**

**CAPÍTULO CUARTO**

**PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA EL APRENDIZAJE Y LA SOCIALIZACIÓN**

**A. Justificación.....68**

**B. Fundamentación Teórico Metodológica.....69**

**1. Concepción de aprendizaje para la propuesta.....72**

**2. Bases Didácticas.....74**

**C. Objetivos.....74**

**D. Pedagogía y formación profesional del pedagogo.....75**

**E. Contenidos.....78**

**CONCLUSIONES.....96**

    - Algunas reflexiones de sentido común.....100

**GLOSARIO.....103**

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....106**

**ANEXO.....108**



## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las expresiones, "tiene problemas de conducta" o "este es un trastorno de comportamiento", son frecuentemente escuchadas en diversos contextos vinculados a la población infantil; en la familia, la comunidad en general y, por supuesto, en la escuela.

El problema no termina ahí. Por lo general, los chicos que presentan problemáticas conductuales, llevan consigo otras características igualmente importantes. Una de ellas es la confusión. Estos niños están desconcertados con respecto a su propia persona, a lo que de ellos se espera, al lugar exacto que ocupan en su medio familiar, escolar y social en general, pero sobre todo; ignoran cómo pueden obtener la gratificación que el resto de los niños parecen ganar tan fácilmente. Esta confusión aumenta cuando sus dañadas identidades los transforman en miembros no bienvenidos en los salones de clase y en una carga muy pesada para sus familiares.

Otra característica típica de estos chicos es su bajo rendimiento y fracaso escolar y es que es muy frecuente que los problemas de conducta e inquietud excesiva vayan acompañados de niveles insuficientes de concentración. Es así como la presencia del binomio **Déficit de Atención con Hiperactividad** se consolida como uno de los problemas más observados entre la población infantil.

A raíz de estas apreciaciones iniciales, los padres de familia manifiestan su preocupación en diversas formas, ya sea por el cuadro disatencional o por la hiperactividad. Sin embargo, es toda una complicación en el desarrollo social y cognitivo del niño lo que origina que recurran a la consulta médico-psiquiátrica.

El diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad es particularmente complicado. Varios profesionales como pedagogos, pediatras, educadores, psiquiatras, neurólogos, psicólogos de la educación y terapeutas, emplean diferentes criterios para definir el concepto y para diferenciarlo de la normalidad, por una parte, y de trastornos más serios por otra.

Aún cuando se dista mucho de llegar a un acuerdo sobre el significado conceptual del déficit de atención y la hiperactividad, es importante reconocer que los profesionales experimentados, especialmente los médicos, muestran una tendencia conservativa y criterios más estrictos para este diagnóstico. Esto es positivo porque se reduce el número de niños tratados arbitrariamente con drogas o enviados a clases extraordinarias.



La palabra "hiperactivo" se puede emplear de dos maneras. Una de ellas es simplemente como un adjetivo que describe una dimensión de comportamiento. Si se emplea en esta forma, sin agregados emocionales, el término solamente significa un alto nivel de actividad. Sin embargo, en su uso más común se trata de un diagnóstico. Esto implica que hay necesidad de un tratamiento inmediato.

Ahora bien, en la mayoría de los casos estos chicos deberán someterse a tratamientos neuropsiquiátricos y otros más, a farmacológicos. Esto desgraciadamente hará que los niños se encuentren cansados y malhumorados, por lo que rechazan la realización de esfuerzos adicionales que les ayuden a equilibrar sus desventajas escolares; vienen entonces el aborrecimiento a la escuela y una desadaptación social generalizada.

Con lo anterior no se intenta desacreditar, ni mucho menos menospreciar, los beneficios que el tratamiento médico ofrece. Lo que se intenta es poner a flote una responsabilidad y sentido social que hagan evidente que la atención clínica no es suficiente para la recuperación e integración social del niño hiperactivo bajo tratamientos farmacológicos prolongados.

Es innegable que la Psiquiatría y la Psicología Infantil mantienen una estrecha relación con otras disciplinas como la Sociología, la Filosofía y la Educación, y que deben complementarse para proporcionar una atención integral a los niños y a sus familias. Es preciso y urgente reconocer que siguiendo un solo camino (sea este el médico o el educativo) no llegaremos a la comprensión real del niño, de su personalidad y capacidades, sino que únicamente obtendremos una visión fraccionada o parcial del problema.

Por ello este trabajo va dirigido al niño hiperactivo con déficit de atención no viéndolo desde un punto de vista puramente biológico, psicológico o social; sino desde un punto total e integrador, tal como es todo ser humano.

Por lo anteriormente expuesto y para facilitar su comprensión, este trabajo se ha dividido en cuatro capítulos; en el primero y segundo se exponen y caracterizan las conceptualizaciones teóricas que son actualmente consideradas para la emisión del diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad. En el tercero se continúa con una investigación propia sobre la naturaleza del niño hiperactivo y de algunas características referentes a la configuración de su personalidad, aprendizaje y socialización, además se abarcan notas sobre el manejo y atención que con mayor frecuencia han recibido estos chicos. En el cuarto y último capítulo, que es el apartado medular de este trabajo, se concentran algunos apuntes sobre la conducción pedagógica aconsejable para estos chicos y la vinculación exitosa entre sus principales contextos: la escuela, el tratamiento y la comunidad en general.



El llamado que hace esta propuesta es para que se pongan en práctica principios de aprendizaje sólidos, como dar pistas a los niños para que aprendan a distinguir y asociar en forma correcta; enseñar conceptos unificadores para facilitar la síntesis y la transferencia a lo concreto y a lo social; proporcionar oportunidades adecuadas para la práctica y el repaso, y, estructurar todo en orden a una mayor motivación y al éxito. Como puede advertirse, estas ideas ni son nuevas ni profundas, pero para detrimento de los niños que se pretende servir, parece que se han olvidado por completo. Este trabajo se esfuerza por rescatarlas y aplicarlas con mayor ahínco.



## **ANTECEDENTES**

- El Déficit de Atención con Hiperactividad como un caso de Educación Especializada
- Historia y modelos teóricos



## - El Déficit de Atención con Hiperactividad como caso de Educación Especializada

En los primeros años de escolaridad la "falta de atención" puede considerarse como inherente al propio proceso de desarrollo del niño, sin embargo, puede constituirse en un problema en la medida en que se consoliden "malos hábitos para aprender" o ausencia de estrategias atencionales.

La atención es uno de los procesos psicológicos básicos (estrechamente vinculado con la percepción y la memoria) que tiene una especial relevancia para comprender muchas de las Dificultades de Aprendizaje que presentan los alumnos en la escuela. La atención tiene una relación directa con el aprendizaje y lo condiciona seriamente, en la medida en que, si no se perciben y codifican adecuadamente los estímulos, no podrá producirse un aprendizaje normalizado. Los casos más extremos suelen darse en los desórdenes del déficit de atención con hiperactividad.



Los niños que lo padecen, atienden poco tiempo a la tarea, se cansan rápidamente, no rastrean ordenadamente los elementos gráficos, no escuchan las instrucciones del profesor, se distraen con facilidad; especialmente en aquellas tareas que no forman parte de sus intereses o motivaciones.

Junto a este problema, se observa que dan muestra de gran actividad: empiezan muchas cosas pero terminan muy pocas; se mueven y hablan excesivamente; les resulta difícil hacer y mantener amistades y sobre todo, desarrollan un autoconcepto negativo y una autoestima muy baja.

Como puede verse, el niño con déficit de atención e hiperactividad presenta no solo dificultades serias en su conducta, sino también en su desarrollo escolar y social.

Ahora bien, cuando estos niños son sometidos a valoraciones académicas, los resultados concluyen, en su mayoría, que requieren un apoyo pedagógico adicional a la instrucción escolarizada. Esta ayuda dependerá de la magnitud y calidad de las dificultades encontradas, lo cual significa que cada uno necesitará un programa especial y un abordaje específico para la problemática que presenta.

A pesar de que el déficit de atención con hiperactividad constituye el principal problema de aprendizaje y el que con mayor frecuencia afecta un número significativo de niños en edad escolar, el desarrollo de programas para su análisis y tratamiento, aún resulta insuficiente y poco claro.



Cuando se realizaron los primeros intentos por describir científicamente todo este cuadro característico, comenzaron a surgir un sin fin de conceptos y teorías sofisticadas, que tenían como objetivo proponer metodologías correctivas. Diversas escuelas de pensamiento son reseñadas brevemente en el siguiente apartado.

### **-Historia y modelos teóricos**

La historia del reconocimiento y tratamiento de los trastornos de conducta y atención en los niños, ilustra la problemática de "propiedad" o "exclusividad" profesional del problema.

Los primeros trabajos fueron escritos por psiquiatras infantiles predominando teorías que reflejaban una orientación del caso hacia un ámbito biológico. Se centraba la atención exclusivamente en el organismo humano y se ignoraba cualquier tipo de fuerza externa. Debido a que estas teorías biológicas atribuían el desarrollo del déficit de atención y de la hiperactividad a una patología orgánica, es decir, a un mal funcionamiento fisiológico presente, sus tratamientos tendían a poner énfasis en la emergencia de un manejo psiquiátrico, particularmente el tratamiento guiado por agentes farmacológicos.

Por esta razón y principalmente por los efectos contundentes de los medicamentos fue que se mantuvo alejada la investigación y el manejo de la hiperactividad y el déficit de atención por parte de la educación, ya que con el tratamiento médico se facilitó la permanencia del niño en el salón de clases común, eliminando así la necesidad de crear modelos especiales para la conducción de esta patología.

Poco después aparecieron trabajos hechos por psicólogos, quienes mostraron una posición más central y cuyas teorías hacían referencia al déficit de atención con hiperactividad como un sistema de condiciones funcionales, es decir, desórdenes psicológicos antes que físicos. El manejo de la problemática tendía a centrarse en conceptos amplios y exhaustivos de psicopatología, que debían ser conducidos por personal sumamente capacitado.

Con lo anterior, aparece otro agente que colaboró en el retraso de la atención de esta patología por parte del ámbito educativo, el Conductismo; pues por medio de sus técnicas se modificaron exitosamente numerosas actitudes negativas, a la vez que se reforzaron las positivas, y el mecanismo y la capacidad para el aprendizaje se incrementaron significativamente, así que el problema parecía resuelto.





Finalmente, en el otro extremo, las historias sociológicas hacían hincapié en las fuerzas sociales que actúan para la determinación de una alteración conductual. Estas teorías niegan la importancia de la condición individual o el estado interno y centran la atención exclusivamente en las variables externas.

Ahora bien, el ámbito educativo mostró su interés en el tratamiento de esta patología cuando los primeros "educadores especiales" intentaron trazar el desarrollo de las tácticas usadas por los maestros y administradores escolares para manejar y corregir urgentemente las conductas problemáticas. Algunas de éstas implicaban severos castigos corporales que iban desde sostener troncos sobre los hombros hasta atarles los pies a la banca. Otros consistían en la incorporación del niño a un sistema escolar militarizado o religioso con el objetivo de que estructuras disciplinarias más rigurosas sosegaran su elevado nivel de actividad y movimiento en general. Ahí la mayoría de los castigos eran fuertes reprimendas físicas y humillaciones extremas, lo que lejos de ayudar, ocasionaba innumerables casos en los que la situación empeoraba con la modificación severa de la personalidad del niño.

Posteriormente aparecieron como solución "las escuelas activas" en las que el menor contaba con un ambiente en el que podía expresarse y liberarse de frustraciones; sin embargo, la falta de estructura, de directrices claras y demasiada permisividad, causaron que el cuadro generalmente empeorara.

Uno de los últimos modelos de atención al niño hiperactivo con déficit de atención, estuvo basado en la idea de centros especiales de educación dotados de condiciones ambientales específicas y personal bien capacitado en el área. Los niños tratados ahí, eran atendidos por servicios médico-psiquiátricos que, bajo efectos contundentes de estimulantes, facilitaban al chico permanecer en el salón de clases sin ninguna dificultad y resistir más los "cursos de regularización" y tareas adicionales a los que frecuentemente eran obligados.

En estos centros, y debido en gran parte a que sus fundadores fueron médicos, la orientación que ofrecían se enfocaba dentro de directrices de la medicina y psicología principalmente. Incluían en sus programas de atención intensas actividades físicas, entrenamientos sociales y conductuales y psicoterapias individuales; pero no se incluían programas dirigidos a la familia y esto impidió reforzar el tratamiento en el hogar, además, el aspecto pedagógico tenía muy poca participación.

Fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los pedagogos comenzaron a involucrarse más en los problemas de aprendizaje y se comenzó con la organización de grupos de tiempo completo, a los que acudían de diez a doce niños hiperactivos con maestros especiales; desafortunadamente no contaban con los programas pedagógicos adecuados y su trabajo se vio minimizado a impartir clases extra en ambientes más relajados que los escolares.



Con la llegada de la década de los 80's y el rápido cambio de los conocimientos, las exigencias cada vez mayores de formación por parte de la sociedad, el aumento de la población escolar y la evolución social en general, fue haciéndose ver la necesidad de que la intervención pedagógica intencionada y planificada se extendiera.

Así, una primera imagen del papel profesional del pedagogo en el manejo del déficit de atención con hiperactividad, fue el de una persona que "arreglaba" los trastornos que mostraban algunos alumnos; se ha pasado paulatinamente a adjudicarles un papel de asistencia menos "médico" y más competente en "asesoramientos" sobre temas educativos, especialmente desconocidos o difíciles para el profesorado y el resto de los profesionistas que pueden abordar, desde diferentes perspectivas, la naturaleza del niño hiperactivo.

Fue en ese momento cuando la realidad obligó a que las "versiones" e "historias" de todos los profesionales que se ocupaban de los niños hiperactivos, advirtieran su interacción hasta el grado de reconocer la imposibilidad de comprender sus propios conceptos y métodos de forma independiente.

Los enfoques e historias del tratamiento de los trastornos conductuales y atencionales, ya sean abordados desde perspectivas educativas, psicológicas, médicas o sociológicas, más que separarse, se superponen. De tal modo, que las teorías y perspectivas de los campos de especialización que abordan el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, conducen directamente a reconocer que es, primero que nada, un problema pedagógico, pues precisamente es en la escuela donde se le detecta, donde aparecen mayores dificultades y, sin que quepa la menor duda, donde resulta más urgente el tratamiento y la mejoría.

El fundamental avance en la Educación viene acompañado de un notable incremento en la diversidad de los niños que llegan a la escuela, diversidad de motivaciones, intereses y capacidades a las que el sistema educativo debe ser capaz de dar respuesta. La atención que se brinda a esta heterogeneidad de alumnos y alumnas exige la presencia de nuevos profesionales que busquen procedimientos más adecuados para la enseñanza y el aprendizaje.

Así pues, la intervención psicopedagógica asume en la actualidad un amplio abanico de tareas: prevención educativa, detección y orientación educativa, no sólo de los alumnos hiperactivos, sino de cualquiera que presente desajustes en su desarrollo o en su aprendizaje escolar, asesoramiento en aspectos curriculares, planes de trabajo, etc., todas ellas necesarias para el mejoramiento en la dinámica del aprendizaje de todos y cada uno de los niños.

Esta última perspectiva tiene en cuenta que las dificultades de aprendizaje se acumulan, de modo que cuanto más temprana sea la intervención en el caso del niño hiperactivo, mayor posibilidad tendrá de emparejarse con sus compañeros.



El niño hiperactivo con déficit de atención requiere de una asistencia integral, integradora y especializada que desvanezca sus desventajas académicas y sociales. Se requiere de un programa que además de proporcionar entornos adecuados y personal especializado, establezca una línea de acción educativa individualizada y específica para cada estudiante. A pesar de que esto pueda considerarse "tardado" por el tiempo que requiere esta planeación, es muy posible que, en general, los objetivos deseados se logren.

Si esto se desarrolla de forma apropiada, proporciona guías valiosas en el manejo integral del niño y se reconocen los medios y recursos para determinar y alcanzar las metas educativas previstas.

Lo anterior no quiere decir que deba aislarse al niño para que reciba esta atención; por el contrario, se insiste en la recomendación de que acuda a una escuela común, pero que cuente con la asistencia psicopedagógica conveniente; esto evitará el deterioro de sus relaciones sociales y mantendrá la estructura académica escolar habitual.

En mi opinión, lo comentado hasta ahora justifica que se le atribuya a la Pedagogía un papel director e indispensable en el tratamiento y manejo del niño hiperactivo con déficit de atención. Pues al centrar sus esfuerzos en la explicación de los procesos de aprendizaje y en el diseño de planes y proyectos dirigidos al ámbito escolar y social en general, ofrece un marco adecuado para elegir y aplicar correctamente una intervención que agilice y mejore la adaptación del niño a su medio. Ello no supone, en ningún modo, renunciar a los conocimientos que provienen de otras disciplinas, sino reinterpretarlos en ese contexto, condición indispensable para lograr la eficacia y congruencia que pueda hacer de la labor pedagógica un verdadero recurso para la educación de estos niños.

El uso de técnicas y enfoques pedagógicos especializados que modifiquen la conducta hiperactiva y minimicen el déficit de atención, tiene como base toda una serie de nuevas consideraciones en relación a la naturaleza, análisis y control de la hiperactividad y el déficit de atención.

El siguiente capítulo tiene el objetivo de abordar la conducta hiperactiva como una posible unidad de análisis y un conjunto de clases de respuestas. Se definen operacionalmente tanto la hiperactividad y el déficit de atención como sus componentes con el fin de contar con información que ofrezca un entendimiento real de lo que son los trastornos conductuales y atencionales. Es un intento por acercarnos a los terrenos de definición y conseguir la comprensión necesaria para su reconocimiento y tratamiento.

## **CAPÍTULO PRIMERO**

### **CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA. NOSOLOGÍA**

- A. Trastorno del comportamiento: Criterios de Definición para un caso de Hiperactividad.**
- B. El Déficit de Atención: Criterios de definición**



Resulta difícil comprender que un trastorno psicopatológico infantil pueda englobarse en una, otra o en varias entidades clínicas. Generalmente el diagnóstico es adscrito en función de que sea sometido al consenso de los profesionistas encargados de la evaluación.

Sin duda alguna esto ha resultado benéfico para la población infantil afectada; no obstante, es innegable reconocer que la ambigüedad sintomatológica y el gran terreno que falta por recorrer en la investigación científica de la psicopatología infantil, se convierten en dificultades y retos para el quehacer de los especialistas, a fin de obtener mejores y más claros postulados en la identificación de casos.

Así las cosas, es necesario contar con información que ofrezca exactitud sobre lo que son los trastornos en la infancia, y muy especialmente, los de conducta y atención, con el fin de tener al alcance una explicación indispensable para su entendimiento y abordaje.

#### **A. Trastornos del comportamiento: Criterios de definición para un caso de Hiperactividad**



Analizando la gran cantidad de conductas que en los últimos años han sido consideradas como "patológicas", es posible inferir entonces, que cualquier comportamiento puede devenir en trastornos de conducta y, vistas así las cosas cabría preguntarnos si en la niñez hay conductas que puedan ser consideradas como "no trastornadas", pues después de revisar la literatura que acerca del tema existe, queda la duda sobre la existencia de niños "sanos y normales".

A pesar de estas dificultades conceptuales y mientras se continúe intentando esclarecerlas, es útil reseñar los términos bajo los cuales los trastornos del comportamiento son identificados y manejados por las instituciones médicas y educativas de nuestra sociedad hoy en día.

Uno de los términos que mayor uso tiene entre los especialistas e investigadores para este caso, lo ofrece la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Versión, (CIE 10) en la que se expone lo siguiente.

#### **"F 91. Trastornos de la Conducta**

Trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia y suponer un patrón perdurable de



comportamiento (de seis meses o más). Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso, debe ser preferido el diagnóstico subyacente”<sup>1</sup>

En esta descripción aparece algo muy importante para el análisis; se advierte que la referencia social esta implicada en la identificación del caso.

Es decir, esta conceptualización nos lleva a considerar como trastornos del comportamiento a todos los actos u omisiones que el niño efectúe y que resulten “anormales” o molestos para su entorno social; pareciera ser que el concepto está atado a la subjetividad y al carácter situacional de la comunidad, lo que lo convertiría en dependiente de la tolerancia o exigencia de las personas que conviven con el niño.

Para conseguir avanzar en el tema, interpretando la información que ofrece la CIE 10 al respecto, pueden ser identificados como trastornos de comportamiento los siguientes casos:

**a)** Conductas que afecten la relación del sujeto con su entorno e interfieren negativamente con su desarrollo personal.

**b)** Conductas que se constituyen en síntomas que se presentan aisladamente de otros trastornos psicológicos o en combinaciones muy limitadas, es decir, que no se organizan en forma de síndrome y,

**c)** Conductas que no son patológicas en sí mismas, sino que el carácter patológico viene dado por la exageración, déficit o persistencia más allá de las edades en las que pueden cumplirse papeles adaptativos.



A pesar de la amplia gama de conceptualizaciones, y para fortuna del presente trabajo, el comportamiento hiperactivo es uno de los trastornos que presentan mayor acuerdo entre sus definiciones y, que a saber se encuadran de la siguiente manera.

### **.- Hiperactividad**

Este término hace referencia a uno de los trastornos del comportamiento que con mayor frecuencia se manifiesta en la edad preescolar y escolar, caracterizado por un nivel de actividad motriz excesivo y crónico, déficit de atención y falta de autocontrol.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. “Clasificación Internacional de Enfermedades”, Décima Versión (CIE 10) México, 1993, pag., 366.



En un principio el trastorno fue definido como una alteración neurológica vinculada a una lesión cerebral (Disfunción Cerebral Mínima). Con el avance del conocimiento neuropsiquiátrico se suscitaron innumerables dificultades para objetivar la existencia de dicha lesión; ... "extensos estudios en niños diagnosticados como hiperquinéticos e hiperactivos, no encontraron una causa neurológica en común; mostraron que la hiperactividad no es simplemente una manifestación y consecuencia específica del deterioro del cerebro"<sup>2</sup>

Estos cambios en la caracterización del trastorno han producido cierta confusión con respecto a la denominación y definición del caso, por ejemplo, se han utilizado indiscriminadamente términos como Síndrome Hiperkinético de la niñez; Sobreactividad; Déficit de Atención con Hiperactividad; etc.

No obstante, Taylor en su obra "El niño Hiperactivo" (1991) distingue las principales conceptualizaciones que se han venido utilizando para referirse al tema; sobreactividad, hipercinesia e hiperactividad, principalmente, y al respecto expresa:

**Sobreactividad:** El concepto de sobreactividad es bastante simple; supone una excesiva cantidad de movimientos. En sí misma, la sobreactividad no se ajusta a la forma de pensar en psicopatología, es decir, no es clínicamente relevante.

La sobreactividad es potencialmente perjudicial cuando implica el movimiento de todo el cuerpo, cuando se presentan patrones de movimientos amplios y repetitivos o a un ritmo demasiado rápido y persistente. Sin embargo, la inclusión de dicho patrón es demasiado heterogéneo aún como para que sea una forma idónea de diagnóstico o la base de alguna intervención terapéutica.

La sobreactividad no tiene por qué ser un impedimento para el niño. La energía y el vigor no son problemas. Algunas veces para los adultos resulta difícil tolerarlas, pero esto es otro problema.

La actividad sin modular corresponde a lo que a menudo se describe como inquietud. Ante todo esto, queda claro que la definición de algún aspecto clínicamente relevante debe basarse en algo más que la cantidad de movimientos y que el modo más conveniente y correcto de enfocar el problema sería no diagnosticar al niño ni realizar algún tipo de tratamiento; sino intentar comprender y modificar las causas de la débil tolerancia de los adultos. Por esta razón, la sobreactividad no siempre implica enfermedad.

---

<sup>2</sup> Rapaport y Ferguson, (1981) . citados por Eric A. Taylor en "El niño Hiperactivo", Barcelona, 1991, pag. 11.



**Hiperactividad:** La conducta hiperactiva es desorganizada y caótica, dicho término se refiere a una norma de comportamiento y no a actos individuales. Su característica principal es la combinación de inquietud extrema, falta de atención e impulsividad a niveles inapropiados para la edad del niño. Este último atributo permite incluir conductas antisociales como violación a normas establecidas que involucran acciones provocativas y agresivas.

El concepto de hiperactividad debe ser una descripción de la conducta, derivada de las características individuales del niño, de su situación y de la interacción de ambas.

**Hipercinesia:** La hipercinesia es un Síndrome Psiquiátrico cuyas características son la inquietud excesiva y la falta de atención. El concepto de hipercinesia se diferencia del de hiperactividad de la misma manera en que una categoría lo hace de una dimensión. La hiperactividad es un modo de clasificar las conductas; la hipercinesia (Síndrome Hipercinético) es una clasificación de casos individuales.

La hipercinesia supone mucho más que la hiperactividad. Cualquier definición de esta última, debería implicar:

- a) que la conducta hiperactiva es un rasgo característico del individuo y no una reacción ante situaciones determinadas,
- b) que la conducta hiperactiva es una dificultad real y,
- c) que puede diferenciarse de otras categorías que incluyen problemas de conducta.

Por otra parte, un síndrome debe ser capaz de predecir variables clínicas más que las características que lo definen; por ejemplo, indicar la causa, la evolución o la respuesta al tratamiento.

Retomando el tema con el que iniciamos, y con la finalidad de concretar las características claves que determinan un caso de hiperactividad, es indispensable recurrir a los criterios que los especialistas en psiquiatría y psicología consideran necesarios para tal tarea. Estos criterios nuevamente son extraídos de las publicaciones CIE 10 y el DSM IV; las dos documentaciones más utilizadas en el área de la psicopatología clínica.

Comencemos pues por citar lo que con respecto a "Trastornos Emocionales y del Comportamiento que aparecen habitualmente en la Niñez y en la Adolescencia" menciona la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima versión (CIE 10) ...





## " F 90. Trastornos Hiperkinéticos

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

En esta categoría se incluyen:

- Trastorno deficitario de la atención con hiperactividad
- Trastorno hiperkinético asociado con trastorno de conducta
- Trastorno hiperkinético no especificado

De igual forma se excluyen:

- Esquizofrenia
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos del humor (afectivos)"<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud., (CIE-10)., Op. Cit., pag. 365.

Por otra parte, el Diagnostical and Statical Manual Of Mental Disorders, Cuarta Versión (DSM IV) expone

### **"Criterios para el Diagnóstico de Hiperactividad - Impulsividad:**

Seis (o más) de los siguientes síntomas persistiendo por lo menos durante seis meses con intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- a) Movimientos frecuentes y excesivos de manos o pies, se remueve en su asiento.
- b) Abandonos frecuentes de su asiento en la clase o en situaciones en las que se espera permanezca sentado.
- c) Saltos y carreras excesivas en situaciones inapropiadas.
- d) Dificultades frecuentes para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo habla en exceso.
- f) A menudo "están en marcha" o suelen actuar como si tuvieran un motor.
- g) Frecuentemente precipitan respuestas antes de haber sido completada la pregunta.
- h) Frecuentes dificultades para esperar su turno.
- i) Frecuentes interrupciones o intromisiones en actividades de otros, juegos o conversaciones.

[El segundo rubro de criterios diagnósticos se comparte con el caso de la definición del Déficit de Atención y que a saber son los siguientes:]

- Algunos síntomas de Hiperactividad - Impulsividad o desatención que causan alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en 2 o más ambientes (la escuela, el juego y la casa por ejemplo) deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de las actividades sociales, académicas o laborales.



- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno mental (trastornos de ánimo, de ansiedad, disociativos o de la personalidad) " 4

Como puede observarse, los criterios de ambas publicaciones son casi idénticos. Lo que hace complementaria una información a otra, por su parte, el especialista además de permanecer atento en su observación, debe investigar el comportamiento del sujeto en distintas situaciones y circunstancias.

Contando con estos criterios, la identificación y el reconocimiento de la conducta hiperactiva se hacen un poco más claros. Ahora pasemos a enunciar las características del déficit de atención, pues justamente esta dualidad (Déficit de Atención con Hiperactividad), es la que ha motivado en gran parte el interés por la realización de este trabajo.

## B. El Déficit de Atención: Criterios de definición



Las dificultades de atención constituyen para la mayoría de los autores uno de los síntomas "definitorios" de la hiperactividad. Sin embargo, en las más recientes investigaciones llevadas a cabo por institutos especializados en Psiquiatría se ha observado que la falta de atención no es característica intrínseca del niño hiperactivo.

Taylor es uno de los autores convencido de estas novedades en investigación, pues él mismo ha realizado algunas de ellas y defiende su postura expresando lo siguiente; ... "la falta de atención indica una debilitación de los medios con los que el niño regula sus intereses hacia el ambiente [y esta característica] está relacionada con habilidades en desarrollo: así que cualquier juicio definitivo para considerar dicha deficiencia tiene que basarse en el nivel de desarrollo del niño (teniendo en cuenta tanto la edad mental como la cronológica y no solamente un apresurado diagnóstico)" 5

Sin embargo, al dejar de considerar el déficit de atención como característica intrínseca de la hiperactividad, éste no deja de ser el factor que afecta más el desempeño, principalmente académico, de los niños.

<sup>4</sup> Asociación Americana de Psiquiatría., "Diagnostical and Statiscal Manual of Mental Disorders", 4th, Versión (DSM IV) México, 1994, pags. 13-14.

<sup>5</sup> Eric A. Taylor., Op. Cit., pag. 14.



Es por esta razón que considero conveniente realizar, una breve referencia al "desarrollo normal" de la atención, pues contando con ella estaremos más cerca de comprender el alcance de los trastornos de atención vinculados a la hiperactividad.

He elegido nuevamente la obra de Taylor, "El Niño Hiperactivo" (1992), por ser ésta una de las más claras en el tema que ahora nos ocupa. El autor comienza por ofrecernos una conceptualización del proceso y menciona lo siguiente:

"... la atención significa dar dirección consciente a los pensamientos; una acción voluntaria para seleccionar y organizar lo que se percibe... así que de un modo u otro se implican conceptos como la voluntad, la percepción, la cognición y la motivación. Lo que resulta como acuerdo entre los significados del concepto es que se trata de un **proceso activo** [que posibilita y regula la conducta y el aprendizaje del individuo]"<sup>6</sup>

La atención durante los primeros años de edad está controlada y dirigida por estímulos no existiendo control voluntario por parte del niño.

Años después, el niño podrá centrarse ya de forma controlada y **selectiva** en algunos aspectos de la estimulación externa (**atención selectiva**).

Posteriormente aparece un cambio notable. El control de la atención pasa a ser interno. El niño ya es capaz de desarrollar estrategias para atender exclusiva y/o jerárquicamente aquellos estímulos que él considera relevantes para la solución de determinados problemas, independientemente de que constituyan o no los aspectos más centrales de la estimulación externa (**división de la atención y atención sostenida**).

Ahora bien, partiendo de la idea anterior, de un desarrollo gradual de la atención, se incrementan las posibilidades de que se pueda presentar un trastorno en él y, en ese caso, resulta igualmente posible explicarlo. Situación semejante es la que sucede al enfatizarse que el niño con déficit de atención e hiperactividad presenta dificultades para centrar su atención durante períodos de tiempo prolongado, y que, por otra parte, el proceso de evolución de su atención nunca llega a estar controlado por estrategias internas, haciendo que el mecanismo de atención continúe siendo dirigido por la estimulación externa.

No obstante, recientes investigaciones en el área han comenzado a corregir tales nociones, pues numerosos estudios llevados a cabo con la finalidad de comparar niños hiperactivos con niños "normales" han contribuido al esclarecimiento de tan complejas aseveraciones.

---

<sup>6</sup> *Ibid.*, pag 72.

una de muchas otras actividades a realizar ..."era mirar una pantalla donde se mostraba una serie de letras y se tenía que indicar si una determinada letra estaba entre todas ellas. El número de letras expuestas variaba, algunas veces el niño tendría que buscar la letra sugerida entre dos, otras veces entre tres y otras entre cuatro o más. A mayor número de letras, mayor dificultad del test. No es sorprendente que el aumento en la cantidad de información presentada ocasionara una peor ejecución: los niños cometieron mayor número de errores y tardaron más tiempo cuando había mas estímulos para examinar. No obstante, hubo la misma tendencia en los niños hiperactivos que en los normales. La cantidad extra de información no tuvo un efecto peor en los niños hiperactivos.

La conclusión; los niños hiperactivos no mostraban un déficit de atención selectiva. Su ejecución no era idéntica a la de los chicos "normales"; por lo general eran más lentos y menos acertados, lo que indicaba que algún aspecto de su memoria o procesamiento de información estaba alterado, pero no a causa de un problema de atención: en la definición operacional del experimento, no eran distraídos" <sup>7</sup>

En fin, son innumerables los estudios que Taylor, sus colaboradores y otros autores más han realizado con el fin de comparar los niveles de resistencia entre los niños hiperactivos y los normales.

El enfoque principal que se ha dado a estas investigaciones apunta hacia los procesos cognitivos de atención, de tal forma que la distractibilidad, la impersistencia y la impulsividad, son los aspectos que con mayor frecuencia son indagados.

No hay duda de que los niños hiperactivos y los normales presentan diferencias en algunas de las medidas anteriores. Las observaciones más importantes y rescatables de estas investigaciones pueden ser las siguientes:


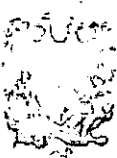
a) Con respecto a la actividad cerebral; "no es que los chicos hiperactivos tengan menor activación, sino más bien que responden de forma distinta a los ejercicios de investigación" <sup>8</sup>

b) Pareciera ser que, en comparación con los niños normales, los hiperactivos son menos sensibles fisiológicamente a los estímulos que informan algo importante del entorno.

c) Con respecto a la curiosidad; los niños hiperactivos realizan esta actividad de forma muy desorganizada, más aún si el número de estímulos es elevado.

<sup>7</sup> Sergeant, 1991., Citado por Taylor, Op. Cit., pag 80.

<sup>8</sup> Hastings y Barkley, 1989, Citados por Taylor, Op. Cit. pag. 86.



d) Los niños hiperactivos cometen mayor número de errores cuando se da información extra, y esa situación empeora si además se les hace trabajar contra reloj.

e) Con respecto a la inteligencia y a la memoria; en esta área las investigaciones comparativas no dan mucha luz que esclarezca el tema; lo que resulta innegable es que se encuentran similares tendencias entre niños normales e hiperactivos de la misma edad.

De tal forma que , contando con estas y muchas otras experiencias semejantes, pueden exponerse con énfasis... "si aplicamos los conceptos [de ahí surgidos], parece ser que la hiperactividad está asociada a un uso inmaduro e ineficaz de las estrategias para explorar [y actuar] en el entorno"<sup>9</sup>

Sin embargo, y pese al gran número de investigaciones en el campo, los resultados continúan sin especificar si son producto de la hiperactividad y en especial del déficit de atención, o bien, si se encuentran en otras anomalías psiquiátricas. Es decir, los intentos que se han realizado por clasificar y describir los problemas de conducta de los niños hiperactivos sugieren que la evaluación de la escasa atención como parte de un rubro diagnóstico es una medida inexacta e insatisfactoria.

Un fracaso en cualquiera de las etapas de desarrollo de la atención (atención selectiva, división de la atención, atención sostenida, exploración e intensidad), trae como consecuencia que el niño sea visto como "distráido" o con una "atención de corta duración". Incluso es posible que esta "falta de atención" sea el resultado de una incapacidad para realizar una tarea solicitada, o de una falta de motivación, de una mala salud, o simplemente de la fatiga.

Por lo tanto, y para encontrar complemento y orientación en la identificación de un caso de déficit de atención, resulta conveniente, recurrir nuevamente al DSM IV, pues el manual ofrece los criterios y características diagnósticas del caso en cuestión, además de ser este el documento más utilizado por los especialistas del área.

Pues bien, el DSM IV enuncia los postulados concernientes al Déficit de Atención de la siguiente forma:

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

---

<sup>9</sup> Eric A. Taylor, *Op. Cit.*, pag 88.



- a) no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) es muy frecuente que tenga dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) con frecuencia no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a actitudes negativas o incapacidades para comprender instrucciones).
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) a menudo se excita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (trabajos escolares o domésticos)
- g) con frecuencia extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o cuadernos, por ejemplo).
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) con frecuencia es descuidado en las actividades diarias<sup>10</sup>

Es imprescindible señalar en este momento que existe un rubro más de síntomas que ayudan a identificar el déficit de atención, solo que éste se comparte con el cuadro diagnóstico de la hiperactividad que ya ha sido expuesto.

Lo que ahora interesa es contar con un apartado más que complete la información mínima necesaria para el reconocimiento de estas dos alteraciones; el déficit de atención y la hiperactividad. Pues como ya he dicho ninguna es característica intrínseca de la otra, pero es precisamente la combinación de ambas la que se maneja como una de las principales líneas directrices en la presente investigación.

---

<sup>10</sup> Asociación Americana de Psiquiatría. DSM IV., pags. 83-84.

## **CAPÍTULO SEGUNDO**

### **EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

- A. Síntomas y Trastornos Asociados: La emisión de un Diagnóstico Diferencial.**
- B. Identificación real de un caso de TDAH**
- C. Causas y sintomatología del niño Hiperactivo con Déficit de Atención**





## **El TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)**

Después de haber considerado las restricciones que con respecto a la identificación del déficit de atención con hiperactividad se tienen, es comprensible que el diagnóstico sea, en gran parte de los casos, impreciso.

Lo que sucede es que las técnicas usualmente utilizadas para ello son solo útiles para describir dificultades intelectuales y perceptivas del niño, pero no reflejan si existe o no una actividad motora excesiva y anormal. De igual forma, los intentos que se han hecho para medir objetivamente la actividad motora van desde cuestionarios, escalas y técnicas de observación y registro especialmente elaboradas, hasta aparatos y dispositivos especiales; sin embargo, la falta de normas para la elaboración y manejo de estos instrumentos, aunada a la ausencia de personal entrenado para la tarea, hacen poco confiables las medidas.

Así las cosas, muchas veces el diagnóstico es dado con base en muestras deficientes de conducta, al informe subjetivo de los familiares, o a las impresiones, igualmente subjetivas, y pocas veces comparadas y discutidas de observadores que no están lo suficientemente entrenados y sensibilizados para ello.

De tal suerte que es necesario pugnar por un reconocimiento real y discriminatorio del resto de las alteraciones conductuales y de la atención, esto con la finalidad de ahorrar recursos para una atención integral.

### **A. Síntomas y Trastornos Asociados: La Emisión de un Diagnóstico Diferencial**

A mi modo de ver, el problema central del diagnóstico consiste en determinar si la actividad motora del niño es excesiva y si corresponde o no a la que suelen mostrar los niños de su misma edad.

Es mucho muy difícil establecer el diagnóstico en niños de edades inferiores a los 4 ó 5 años, porque el comportamiento característico de esta etapa de desarrollo es el movimiento y la distracción, y esto bien podría ser incluido entre los síntomas del déficit de atención con hiperactividad.

Esta forma de centralizar el problema diagnóstico implica, considerando lo anterior, dos supuestos principales. El primero indica que el niño hiperactivo no necesariamente tiene que mostrar diferencias de tipo cuantitativo con respecto a otros chicos de su misma edad, sino más bien cualitativo. Es decir, el déficit de atención con hiperactividad correspondería a una consideración de conducta



inmadura e incoherente con relación a la que se esperaría de la edad del niño; en pocas palabras la adecuación situacional o circunstancial de un movimiento es mucho más importante desde el punto de vista clínico.

El segundo supuesto viene conformado por la definición del déficit de atención con hiperactividad basado en síntomas **"necesarios"** y otros que son **"comúnmente asociados"** a ella pero que, generalmente se consideran aspectos suficientes para la emisión de un diagnóstico.

Los síntomas necesarios son, según el DSM IV (1990): que el niño no sea menor de 7 años; que su conducta sea inestable y lábil; actividad motora excesiva; poca capacidad de atención y resistencia y que todas estas características sean observadas por lo menos durante seis meses.

Los síntomas asociados son determinados por la edad del niño y por el estado evolutivo del trastorno en el que se encuentra, pudiéndose observar baja tolerancia a la frustración, testarudez y baja autoestima.

Ahora bien, considerando las anteriores aclaraciones, debe advertirse que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica cuando...

- La población infantil cuenta con un coeficiente intelectual bajo y está colocada frente a exigencias inadecuadas para ella.
- El ambiente académicamente es poco estimulante.
- Los síntomas característicos se explican mejor por la presencia de otro tipo de trastorno (emocional, disociativo, de personalidad, etc.)
- Los síntomas se explican mejor por el uso de medicamentos (Broncodilatadores, Isoniacida, Acatasia, Neurolépticos, por mencionar algunos)<sup>11</sup>

Contando ahora con la aproximación teórica del tema, el trabajo continúa con la información necesaria para el conocimiento de la naturaleza del niño que ha sido diagnosticado con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Lo anterior lleva la finalidad de conseguir una visión totalitaria e integral del manejo de estos chicos dentro de su tratamiento médico y de su pronóstico general, y es precisamente el siguiente apartado el que intenta cumplir con dicho objetivo.

---

<sup>11</sup> Asociación Americana de Psiquiatría., DSM IV, Op. Cit., pags., 82-83



## B. Identificación real de un caso de TDAH

Como ya se ha manejado a lo largo del apartado anterior, es muy común caer en confusiones a la hora de abordar el tema, pues son más de veinte los términos que aparecen en la bibliografía profesional, cada uno de los cuales difiere ligeramente de los demás, aunque todos designan, esencialmente al mismo grupo de niños.

La lista de términos crece rápidamente y entre los más frecuentes se encuentran:

- Niño con daño cerebral orgánico,
- Niño con disfunción cerebral (algunas veces aparece el adjetivo mínimo),
- Niño hiperkinético o hiperquinético,
- Niño "problema",
- Niño con trastornos de aprendizaje,
- Niño con desórdenes de atención. Etcétera.

Por fortuna, el niño seguirá siendo el mismo y sus necesidades y problemas de adaptación social, en general, no cambian mucho. Lo importante y urgente es brindar atención satisfactoria a todas sus demandas y necesidades independientemente del "término" de identificación que reciba.

El comportamiento de todo niño es inicialmente controlado por los adultos con arreglo a ciertas normas que, con mucha frecuencia se oponen a sus deseos; tales normas externas e impuestas, llegan a interiorizarse en el curso del desarrollo, de manera que la conducta impulsiva se convierte en un aspecto relevante del problema, observándose que el chico exige la satisfacción inmediata de sus deseos y muestra una muy baja tolerancia a las negativas y a la frustración.

Padres y maestros comenzarán a quejarse del nivel de actividad del pequeño, se quejarán acerca de la "conducta en contexto", de situaciones específicas, como por ejemplo, "meterse constantemente en aprietos", "ponerse en peligro", "agresividad", "no saberse comportar con educación y prudencia", "ser grosero", "distráido", "alborotos e incapacidad para permanecer quieto y hacer caso a indicaciones", en fin, en cualquier sitio en el que se encuentre; en el aula, en actividades lúdicas con o sin estructuración, al aire libre, en el medio familiar, etc., siempre resultará sencillo reconocer a tan peculiar tipo de niños.

Son chicos incapaces de estar un momento tranquilos, se mueven constantemente de un lugar a otro, difícilmente se concentran en una tarea, no se contentan en arreglárselas consigo mismos, sino que necesitan de otros y les molestan continuamente pinchándoles con el lápiz, dando pellizcos o patadas, arrojándoles la goma y finalmente, agrediendoles sin causa justificada.



No pueden estar cinco minutos atentos, interrumpen con frecuencia las explicaciones del profesor en los momentos más inoportunos, permanecen ausentes ante las demandas de los adultos, les vemos involucrados en peleas con compañeros y a veces chicos mayores que ellos, los posibles castigos no les preocupan y permanecen inalterables ante los mismos... sólo al realizar un análisis global de las actitudes y actividades diarias y totales del pequeño, surge la imagen del niño hiperactivo detrás del pequeño destructor, antisocial, grosero o agresivo.

Nos encontramos así con el hecho de que los niños identificados con las anteriores características, deberán ser sometidos a una correlación con otra serie de observaciones que ayuden a la identificación real de un caso de déficit de atención con hiperactividad tales cuestiones son las posibles causas y sintomatología presentada.

### **C. Causas y Sintomatología del Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad**

#### *Las causas*

La conducta hiperactiva tiene muchas causas. La etiología aún no está determinada a pesar de la identificación del comportamiento: se debe valorar la presencia de factores importantes que puedan determinar el curso del problema, tales como consideraciones evolutivas (herencia genética, diferencias de sexo) y, consideraciones psicológicas (Influencias sociales o ambientales). Sin embargo, una vía única es casi imposible de satisfacer la explicación causal, siendo más frecuente que la conjunción de ellas ofrezca un panorama más claro.

Comencemos entonces por describir brevemente las consideraciones que deben estar presentes en el momento de comprender la razón de ser de estos niños y de su trastorno conductual.

#### Consideraciones orgánicas

Hasta hace algunos años, se pensaba que la hiperactividad era causada por alteraciones de la función cerebral o por daños específicos en alguna zona cortical.

Lo anterior ha sido provocado por la lógica y casi automática asociación que se hace entre las "enfermedades cerebrales", como la parálisis cerebral y la epilepsia, con otros trastornos psiquiátricos manifestados en la conducta de los niños. Ciertamente, los pequeños con lesiones cerebrales tienen mayor probabilidad de ser hiperactivos que otros chicos, pero también de mostrar una actividad inferior o una excesiva persistencia en su atención.



Actualmente el conocimiento sobre las disfunciones cerebrales es más completo y se subraya el hecho de que lesiones diferentes -aún las lesiones localizadas con exactitud- pueden tener un sinfín de efectos en la conducta de los niños apareciendo así cuadros semejantes a los de la hiperactividad, además de puntualizar que una misma lesión puede tener efectos distintos en diferentes niños.

También la insistencia en que esta problemática es debida a adversidades prenatales y perinatales es muy frecuente, pues complicaciones o descuidos durante el embarazo pueden dañar el cerebro. Este aspecto cobra importancia en el sentido de que durante esos períodos, se dan secuelas de procesos infecciosos del encéfalo y traumatismos craneales entorpeciendo el desarrollo óptimo del pequeño.

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen cambios estructurales en la función cerebral son los siguientes:

- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.
- Adicción o intoxicación causada por sustancias alcohólicas y tabaco, principalmente.
- Disturbios metabólicos, especialmente diabetes mellitus.
- Exposición excesiva a los rayos X.
- Anoxia del producto en útero; producida generalmente por alguna de estas situaciones: aspiración de monóxido de carbono o plomo por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
- Hemorragia cerebral en el producto producida por toxemia de embarazo u otro origen.

En esos momentos es cuando pueden producirse alteraciones que determinen secuelas neurológicas. Por otra parte, los factores perinatales suelen, con igual frecuencia ocurrir, y estos son:

- Anoxia neonatal: producida regularmente por obstrucción mecánica respiratoria, atelectasias, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa e hipotensión pronunciada.

- Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida o parto prolongado, cesárea, etc.

- El tamaño, peso o posición anormal del feto.



Aunque débil e inespecífica, todas estas observaciones han confirmado una pequeña pero consistente asociación entre los problemas de conducta general. Pero sin lugar a dudas, las causas postnatales también son reconocidas. De ellas, las más frecuentes son:

- La desnutrición grave del lactante.
- El tipo de alimentación; aditivos, colorantes y azúcares en los alimentos.
- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina y las neumonías.
- Síndromes encefálicos y traumáticos: encefalitis, traumatismos craneales, meningitis, enfermedades cerebrovasculares, neoplasias, etc.
- Retraso en el desarrollo motor.
- Otros trastornos del desarrollo: lenguaje por ejemplo, pues la presencia de cualquier retraso en el desarrollo es mucho más destacado que la causa perinatal.

Estos son algunos de los factores orgánicos encontrados con mayor frecuencia entre los casos de déficit de atención con hiperactividad: y remarco expresamente la palabra *algunos*, porque también es cierto que en otros niños que presentan el cuadro diagnóstico no se han podido detectar ninguno de estos aspectos. Es decir, que no se puede establecer una relación directa entre causa y efecto en esta problemática.

Con lo anterior podemos observar que las lesiones físicas del cerebro no son necesariamente causas de la conducta hiperactiva. Con esto no se niega que las lesiones graves en el cerebro puedan ser causa suficiente para algunos casos de hiperactividad; lo que ha venido sucediendo es que los pocos hallazgos en estas investigaciones no están lo suficientemente confirmados como para sugerir causas biológicas directas.

Es importante recordar que ... "las lesiones cerebrales tienen consecuencias complejas y bastante inespecíficas en el aprendizaje y en la conducta. Estas complicaciones sin lugar a dudas pueden contribuir al desarrollo de la hiperactividad (así como muchos otros problemas de conducta), pero, generalmente actúan por medio de la interacción de factores en el entorno psicologico"<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Eric. A. Taylor., Op. Cit., pag 116.



### Consideraciones evolutivas

Otra de las ideas que respalda el origen de este trastorno conductual y de atención, es la que manifiesta la presencia de una predisposición genética o una consecuencia directa de la herencia y de factores innatos.

A principios de la década de los 70's se comenzó a identificar este "tipo de hiperactividad" distinguiéndola de la que se observaba en otros niños con características similares en cuanto a sexo, edad mental, ambiente familiar, personalidad y situación socioeconómica y cultural, pero que a diferencia de las características ya observadas, esta segunda no se encontraba acompañada por desórdenes primarios del sistema nervioso central y que, por otra parte, ya podía observarse desde los primeros años de vida.

Ahora bien, este conjunto de creencias ha cobrado fuerza al percatarse un significativo aumento en la prevalencia de trastornos psiquiátricos, -especialmente los trastornos del comportamiento-, en casos de familias en las que algunos de los padres (pueden incluso ser ambos, o familiares cercanos sanguíneos como abuelos, tíos, hermanos o primos, por ejemplo), presentan signos característicos de alcoholismo, drogadicción, delincuencia, neurosis y agresión.

Con la finalidad de esclarecer esta supuesta correspondencia causal, se han realizado numerosas y exhaustivas investigaciones, en las que se ha encontrado que los datos que indican una contribución genética a la conducta hiperactiva, no son suficientes ni contundentes para argumentar una transmisión específica, pues en muchos casos, las madres de los niños los habían identificado y reconocido como "distintos y más traviosos" que el resto de los chicos de su edad, tiempo antes de que ingresaran a la escuela, y nunca se observó una relación con el embarazo, el alumbramiento, alguna historia de trastorno mental en la familia, o con la ausencia en el hogar de los padres.

Otro aspecto que resulta importante considerar es que parece sumamente significativo que el déficit de atención con hiperactividad sea mucho más común entre los chicos que en la población femenina y que, a propósito, también son ellos quienes con mayor frecuencia se encuentran identificados como agresivos, antisociales y con problemas de aprendizaje. "Hay cinco niños por cada niña"<sup>13</sup>

Varios son los autores que señalan la posibilidad de que la alta frecuencia en el sexo masculino se vea originada por el manejo que durante la infancia los adultos hacen de ella, refiriéndose específicamente a la "diferenciación sexual" que familiares y maestros hacen con mucho afán durante los primeros años de vida del

---

<sup>13</sup> Eric A. Taylor.. *Op. Cit.*, pag 122.



niño; los niños deben ser más aventureros y rudos en los juegos que las niñas; son ellos quienes deben explorar todo con mayor intensidad; son los niños quienes deben obtener mejores calificaciones en la escuela y los deportes que las niñas, pues de eso dependerá su exitoso desarrollo como adultos y jefes de familia; también son ellos quienes deben mostrar un carácter más fuerte que el de ellas, con el fin de garantizar que sus decisiones futuras gocen de razón, certeza y aceptación.


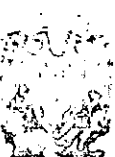
Sin embargo, ninguna de las dos anteriores consideraciones, ni la herencia ni mucho menos el alto porcentaje masculino, pueden ser reconocidas como causas directas del déficit de atención y la hiperactividad, pues también se ha observado que en familias donde hay varios casos de alcoholismo, drogadicción o con algún desorden psiquiátrico, su generación más joven de hijos no presenta ninguna característica anormal en su comportamiento ni en su atención; hay otros casos en los que los hijos presentan cuadros descriptivos ajenos a la problemática que nos ocupa pero, por otra parte, muy semejantes a otros trastornos de conducta como el autismo, alteraciones en los hábitos de alimentación e higiene y agresión hacia los animales entre otros. Por lo tanto, es importante señalar que familias "sanas" por completo, pueden tener un hijo que desarrolle la conducta hiperactiva y el déficit de atención y que, también existen familias con algún trastorno psiquiátrico o adicción, que tienen hijos completamente "sanos y normales" y otras que los tendrán con alguna otra alteración pero, muy distinta a la hiperactividad.

Con respecto a la mayor frecuencia observada en el sexo masculino y el hecho de basar los casos de hiperactividad en aspectos como "es a ellos a quienes se les exige más", "son ellos sobre quienes recae mayor presión y responsabilidad", etc., se apunta más hacia un "estrés psicológico" como la razón de ser de los trastornos conductuales y no a un papel diferencial entre niños y niñas con respecto a expectativas genéticas y de desarrollo. No parece haber mayor disposición masculina que femenina para desarrollar una conducta hiperactiva, o al menos no genéticamente hablando. Lo único que quizá pueda contribuir a este hecho es que los chicos tienden a desarrollarse de forma más lenta que las niñas y que, debido a esto, sean ellos quienes estén más propensos a cualquier forma de retraso evolutivo y, como ya se había mencionado, muchas veces el rezago en cualquier evento del desarrollo y crecimiento del niño es pauta suficiente, e incluso igual o más significativa, que algún accidente prenatal o perinatal para convertirse en causa del déficit de atención con hiperactividad.

### Consideraciones psicológicas

Este rubro explicativo de la hiperactividad hace hincapié en términos meramente emotivos. Argumenta que presiones internas que suele experimentar el niño como miedo, ansiedad y enojo principalmente, y presiones externas como factores situacionales, sociales, familiares, escolares y su interacción entre ellas,





hacen que éste responda ausentándose o evitándolas con la finalidad de mantenerse alejado de los eventos que le resultan aversivos.

Es verdad que los factores situacionales y del entorno en general influyen en la manifestación de las diferencias individuales -aptitud, habilidad, personalidad y carácter, etc.-, pero de ninguna manera pueden considerarse como determinantes o causas necesarias de ellas. Es decir, situaciones de desventaja social como un bajo ingreso, aspectos demográficos y culturales pobres, no sentenciarán a sus integrantes a un insuficiente rendimiento físico e intelectual, por otra parte, situaciones de estabilidad socioeconómica tampoco garantizarán el éxito de sus miembros.

Es innegable que factores de extrema pobreza en donde la ausencia de una buena alimentación, vivienda, salud y compañía de los padres son variables de vida en la población infantil que limitan los alcances de estos pequeños en su futuro, pero, de igual forma muchos niños que nacen en ambientes óptimos para su desarrollo se ven frustrados por otro tipo de situaciones. En definitiva; los factores situacionales no son explicaciones suficientes de las diferencias individuales en la actitud y la atención entre los niños de una clase social alta y una baja, entre los niños y niñas de la misma clase, ni mucho menos entre poblaciones de un lugar a otro.

Lo que resulta más lógico y sencillo aceptar es el hecho de reconocer que el ambiente, su organización y estructura, -incluyendo aquí el factor escolar-, influye notablemente sobre la conducta y el aprendizaje de **todos** los niños, lo que supone que distintas formas de trato y atención por parte de diferentes personas como familiares, maestros y amigos hagan posible que la hiperactividad sea un comportamiento aprendido, que en su momento proporciona alivio y ventajas en un entorno determinado, sea este de privación emocional (depresión, represión, enojo, etc.), o de manejo y control de la situación (rabieta, chantajes, manipulaciones berrinches, ser el centro de atención etc.), y que poco a poco se generalice a circunstancias y ámbitos indiscriminados.

Como ya se había mencionado al principio de este apartado, parece ser que todas las "consideraciones causales" del déficit de atención con hiperactividad tienen un efecto relativamente pequeño de forma aislada. Es la forma en que factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan, lo que hace de suma importancia la posibilidad de que el trastorno de conducta y atención aparezca en la vida de un niño.

La suma de todos estos factores aunada al desarrollo evolutivo del niño debe ser la base de consideraciones más propicia para el reconocimiento de las causas del déficit de atención y la hiperactividad. Este último elemento a considerar es indispensable porque la conducta excesiva adquiere distintos significados dependiendo de la edad de los chicos, durante la primera infancia se les identifica como "niños de carácter o temperamento difícil", al comienzo de la segunda



infancia y el inicio de la escolarización como "niños hiperquinéticos" o "niños problema" y, finalmente, durante la adolescencia y edad adulta como "pillos", "inadaptados" y hasta "delincuentes".

Esta diversidad de significados, además de ayudar a discernir lo que resulta y lo que no causal para la conducta hiperactiva, colabora exitosamente en la identificación de un caso real de esta problemática y muestra posibles ejes de intervención para su tratamiento.

Finalmente todo este esbozo de cuestiones causales deja al descubierto que, para la mayoría de los chicos identificados con base en ellas, la conducta hiperactiva además de ser su principal problema, es lo que les origina todo un desajuste en su entorno. Lo que ahora resta es contar con datos que puedan relacionarse con estas observaciones y así apuntar hacia un reconocimiento confiable del déficit de atención con hiperactividad, asunto del que se encarga el siguiente apartado.

### *La Sintomatología*

Retomando el tema que ya anteriormente se había puntualizado, es importante señalar que muchos son los autores e investigadores que se han referido a la descripción sintomatológica del déficit de atención con hiperactividad y tratando de profundizar en la problemática, terminan, desgraciadamente, por asignar un sinnúmero de denominaciones diferentes.

El cuadro que se les presenta y al que pretenden dar una interpretación, es el más cotidiano quehacer de la población infantil. Así, las observaciones generales son que pequeños de edad preescolar suelen presentar actividad incesante, que a menudo los pone en peligro o los motiva a la destructividad debido a la curiosidad innata que poseen y a la falta de premeditación.

El niño se mueve ininterrumpidamente, se entromete en todo y necesita ser vigilado constantemente, parece tener energía ilimitada y necesita mucho menos sueño y descanso que el resto de los chicos de su edad o hermanos.

Es muy frecuente que esta actividad excesiva se manifieste en forma de quejas de los maestros, en particular por la incapacidad que presentan los chicos para permanecer en sus asientos, quedarse quietos y mantenerse en silencio.

La actividad verbal exagerada es otra característica del caso que aquí nos interesa. Algunos niños hablan tanto y muestran tal incapacidad para mantener el foco de su atención durante algún discurso, que es muy probable que cursen con estados de fuga de ideas. Son pues chicos "hablantines" que llegan a irritar a otros niños y especialmente a los adultos.



Relacionados también con la sintomatología que aquí abordamos, deben incorporarse los trastornos del sueño. A veces la hiperactividad se incrementa durante la noche de tal manera que se dificulta la iniciación del sueño, aunque es frecuente que el niño se duerma y despierte unas cuantas horas después, el niño habla en voz alta, deambula por toda la casa, pretende ponerse a jugar, etc.

Otras dos formas de conducta que logran ser observadas en los casos de hiperactividad y que muchos investigadores las mencionan como "sucedáneas", son la destructividad y la agresividad. La primera se reconoce fácilmente en el hogar, donde el niño destruye frecuentemente cualquier tipo de objetos, principalmente electrodomésticos pequeños como grabadoras, relojes despertadores, controles de televisión, etc., valiéndose de herramientas que él mismo se ha dado a la tarea de buscar como martillos y desarmadores, o bien, usando sus manos y pies, piedras o azotes en el suelo y la pared. Las madres suelen expresarse así: "los juguetes no les duran ni un día...", "todo lo rompe a pesar de los castigos"..., "por destructor, no lo aceptan los otros niños"..., etc.

La agresividad se manifiesta de muchas formas y es algo que va de la mano con la destructividad. En ocasiones el niño se muestra cruel con los animales, otras veces agrede "sin motivo" a otros niños o responde con agresiones exageradas a estímulos que no lo ameritan, ocasionando con esto que la conducta agresiva sea indiscriminada y que la popularidad del niño se vea cada vez más afectada.

Ahora bien, ninguno de los síntomas que hasta este momento han sido descritos tiene valor patagnomónico; es decir, que, ninguna de estas observaciones asegura un diagnóstico definitivo. Pero debemos tener presente que aún cuando no se esté describiendo una entidad patológica propiamente dicha, es posible, de acuerdo con una observación no sólo clínica sino también dentro del ámbito familiar, escolar y social en general, construir un verdadero cuadro descriptivo que corresponda a la situación patológica de la hiperactividad con déficit de atención.

Es así como las siguientes características logran conformar el cuadro sintomatológico más aceptable hasta estos días, y que además, es utilizado por las instituciones más reconocidas en la atención a estos casos:

**Inestabilidad:** Conductas en las que se aprecian desequilibrios en la afectividad, exceso de expresión de las emociones, ya sean éstas de alegría enojo o tristeza, ambivalencia de las reacciones, falta de inhibición, necesidad constante de cambios y movimientos, inaptitud en sostener un ritmo regular de trabajo y perseverar en una tarea hasta concluir.

**Incapacidad para fijar la atención:** A menudo estos niños tienen un campo de atención muy reducido a ciertos límites en términos de la capacidad para concentrarse en una actividad determinada. Se muestra dispersa y fugaz, lo que obstaculiza el proceso de aprendizaje. Distracción que se hace evidente en las



tareas escolares o en las cosas que le son encomendadas al no persistir en la realización de las mismas y encontrando serias dificultades para organizar y completar el trabajo. Dificultad para aprehender los estímulos, seleccionarlos y responder a ellos convenientemente. Podría decirse que el niño atiende a todos los estímulos indiscriminadamente por lo que al hacer esto termina por ignorar todos.

Desórdenes en el desarrollo psicomotriz: (Agitación motriz, movilidad exuberante, incoordinación muscular o inmadurez motora). Son niños que no paran un solo momento, se mueven constantemente, lo tocan todo, son tercos, incapaces de inhibición motriz. Agobian a cuantos les rodean, les agotan y ellos no parecen hacerlo nunca. Otros niños tienen un desarrollo motor aceptable e incluso pueden ser buenos en actividades deportivas y atléticas, pero habitualmente exhiben una torpeza general involucrando tanto movimientos gruesos como finos. Los padres señalan las caídas frecuentes, el golpearse frecuentemente con los muebles y paredes y poca fuerza para retener cosas en la mano.

En la escuela, son niños con dificultad para desarrollar ejercicios coordinados, rítmicos o de equilibrio como la gimnasia por ejemplo, encuentran más atractivas las actividades rudas como el fútbol americano o correr.

La incoordinación para los movimientos finos (dispraxia) se descubre en su caligrafía deficiente, en la dificultad para atarse los zapatos, el abotonarse la camisa, recortar figuras, etc.

Impulsividad: Conductas que reflejan la incapacidad de inhibición. Los niños se muestran impacientes, agitados... hacen lo que sus impulsos les indican sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos (no miden el peligro). Dan la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas.

Labilidad emocional: (Variaciones extremas en sus manifestaciones emocionales). No existe un equilibrio emocional y son incapaces de moderación. Los estímulos placenteros o frustraciones a menudo les producen reacciones excesivas de júbilo o enojo. Pasan rápidamente de la alegría a la tristeza y a la irascibilidad. Tienen un nivel muy bajo a la frustración, apareciendo con mucha frecuencia "rabiets y berrinches" incontrolables. En pocas palabras, la conducta de estos niños y su estado de ánimo son imprevisibles; algunas veces estarán iritables, otras veces se mostrarán agresivos y groseros, otras más entusiastas y "gritones" y sin mayores preámbulos pasan sorpresivamente del enojo a la risa y de ésta al llanto.

Dificultades en las relaciones interpersonales: Debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, frecuentemente se ven involucrados en conflictos interpersonales y pueden caer en conductas antisociales como el robo o golpear a



sus compañeros. Además su creciente popularidad como "destructor y grosero" hace que el niño reaccione de forma inesperada e inexplicable, ya sea retrayéndose o reaccionando violentamente, llevándolo así a trastornos en la relación y comunicación interpersonales y hasta en su propia autoestima.

**Desobediencia anormal:** Incapacidad para comprender órdenes verbales. Pareciera ser que su desobediencia no responde a una actitud de rebeldía, sino a una incomprensión de lo prohibido, de su significado y, sobre todo, le es inconcebible la necesidad de acatar las reglas y limitaciones. Respecto a la conducta de estos niños en relación a su desobediencia, los padres de familia y maestros suelen expresarse así: "este niño es incapaz de obedecer... se le han explicado las cosas una y otra vez, incluso se le han dicho al revés, pero no funciona"; "después de una explicación detallada, sencilla y acompañada de una advertencia amenazante, apenas me alejo un poco y ya está haciendo lo que le prohibí"; "con este pequeño son inútiles los castigos, gritos y regaños, simplemente no capta lo que le prohíbo". Estas expresiones son recogidas de la práctica diaria y el contacto directo con el ambiente de estos niños, además, es sorprendente la frecuencia con la que éstas y otras más, son encontradas en los casos de niños que han sido diagnosticados con el déficit de atención con hiperactividad en un sin fin de instituciones creadas para su tratamiento y atención.

Ahora bien, reconociendo que al niño al que nos referimos una y otra vez es difícil definirlo, pero sumamente sencillo identificarlo, en donde sea que se encuentre, llegamos al espacio escolar en el que sin lugar a dudas, estos niños también se encuentran con serias dificultades que los señalan severamente.

Estas observaciones también deben ser incluidas y nunca ignoradas en el momento de encuadrar una descripción sintomatológica:

**Inteligencia normal: (No existe retraso mental).** Ante las pruebas de inteligencia muestran una buena capacidad de razonamiento aunque, de igual forma, indican dificultades de aprendizaje en áreas concretas.

**Alteraciones en el proceso de aprendizaje:** El niño que presenta hiperactividad, a menudo sufre tropiezos en las labores escolares. Los obstáculos con los que estos niños se encuentran, suelen ser observados, con mayor frecuencia, en tres áreas principalmente:

- a) el funcionamiento perceptomotor,
- b) la medida de atención sostenida y,
- c) el control o retraso del impulso.

Analizando con mayor detenimiento los desórdenes que afectan el aprendizaje del niño hiperactivo, y puntualizando los involucrados en el área del funcionamiento perceptomotor, encontramos lo siguiente:



\* Defectos visomotores: "El niño no integra los detalles de un percepto en una totalidad o "figura acabada" (Gestalt); por eso es que no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan como estímulos visuales: las invierte, las fragmenta o las mutila (Disociación)" <sup>14</sup>

Con respecto a la medida de atención sostenida se observa:

\* Inversión del campo visual: "El niño no puede destacar la figura del fondo en el que ésta se encuentra y con mucha frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia, (inversión de fondo y figura). Una inversión semejante ocurre con los demás sentidos. Los estímulos que provienen de todo el campo sensorial tienen aproximadamente el mismo valor, impidiendo que la atención se fije discriminadamente sobre lo que en un momento dado constituye la figura central y deba ser destacada del fondo" <sup>15</sup>

Y por último refiriéndonos al control de impulsos se aprecian;

\*Efectos prolongados de un estímulo en actividades subsecuentes... "el niño repite una y otra vez la misma frase, continúa iluminando un dibujo pese a haber terminado ya el trabajo, sigue rebotando una pelota, aunque haya llegado el límite previsto, etc.; es como si la actividad motora se hubiera perpetuado. (perseveración)" <sup>16</sup>

Ahora bien, las consecuencias que todas estas anomalías implican en el aprendizaje son sumamente importantes. Fácilmente puede deducirse, sobre todo si se tiene en cuenta que a causa de su dificultad para conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa, aparezcan después problemas en la escritura (disgrafía), en la lectura (dislexia), y el lenguaje en general; y que debido a sus inversiones campo - espaciales o de figura - fondo, no se pueda organizar jerárquicamente los estímulos a los que deba dar respuesta y se muestran distraídos sin poder fijar permanentemente el foco de su atención. Se perjudican otras áreas más como la memoria y la concentración por mencionar algunas.

Todas estas dificultades se traducen en una cadena de hechos que arruinan el proceso normal del aprendizaje, se cierra un círculo vicioso cuya repetición agrava la hiperactividad; el niño encuentra difíciles las tareas y está menos dispuesto a hacerlas; estará más propenso a experimentar mayor ansiedad y frustración por fracasos en las ocasiones en que lo intenta.

Es así como la descripción sintomática puede ser conjugada en lo ya señalado. Sin embargo, y con la intención de una identificación real y diferenciada de otros trastornos, el Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil de México "Federico

<sup>14</sup> Velasco Fernández, Rafael. "El niño Hiperquinético". 3ra. Edición., Trillas., México 1995, pag 36.

<sup>15</sup> Ibid., pags., 36-37

<sup>16</sup> Ibid., pags., 37-38.



Gómez", ha ideado y dado a conocer en su XII Curso Monográfico de Psiquiatría Infantil, un cuadro clínico descriptivo del déficit de atención con hiperactividad y que resulta de gran valor y utilidad didáctica a la hora de evaluar los síntomas. El cuadro es el siguiente:

#### Síntomas Emocionales:

- \* Susceptibilidad o "sensibilidad" anormal.
- \* Distrofia, anhedonia o deficiente autoestima.
- \* Irritabilidad, gritos, mal genio o ataques físicos o verbales.
- \* Rechazo o fobia escolar, llanto al llegar a la escuela.
- \* Despersonalización.
- \* Humor anormalmente exaltado.
- \* Baja tolerancia a la frustración.

#### Síntomas Somáticos:

- \* Trastornos del sueño (insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos)

#### Trastornos de relación:

- \* Trastorno manifiesto de la relación con adultos (padres y maestros).
- \* Trastorno manifiesto de la relación entre hermanos (rivalidad, celos)
- \* Trastorno manifiesto con otros niños (aislamiento y dificultad para hacer y mantener amigos).
- \* Desinhibición social.

#### Trastornos en el desarrollo del Lenguaje y Habla

- \* Trastorno de la articulación (disartria).
- \* Trastorno de la producción del lenguaje (dislalia, retraso en adquisición del lenguaje o bien defectos en su desarrollo y emisión)
- \* Hiperactividad verbal.

#### Trastornos en el desarrollo motor:

- \* Movimientos repetitivos anormales (dar vueltas, agitar los brazos, retorcerse las manos, mover constantemente los pies, etc.)
- \* Torpeza o escasa coordinación muscular (dispraxia)
- \* Ineptitud deportiva o bien exageración de la misma.
- \* Disgrafía
- \* Nerviosismo extremo.
- \* Sobreactividad.



## **CAPÍTULO TERCERO**

### **CAPACIDADES COGNITIVAS PARA EL APRENDIZAJE Y LA SOCIALIZACION**

- A. Personalidad y socialización del niño hiperactivo**
  - 1. Factores psicológicos: autoconcepto e intelecto**
  - 2. Factores sociales: familia, escuela y sociedad**
  
- B. Valoración Clínico-Pedagógica y estrategias de Tratamiento**
  - 1. Estimación de las capacidades cognitivas y sociables del niño hiperactivo**
  - 2. Principales líneas de tratamiento**



## A. Personalidad y Socialización del niño hiperactivo

A muchos adultos e incluso compañeros del niño se les ha oído la expresión, en un momento determinado, de "estoy harto de él", expresión que lleva pareja actitudes de rechazo, incompreensión, comportamientos de reprimenda y castigo... que al mismo tiempo tienden a potenciar cuadros de disforia emocional en el niño y la misma hiperactividad.

No es fácil que los adultos y el resto de los niños "normales" comprendan la confusión y la desorganización del niño con déficit de atención e hiperactividad no es capaz de emplear sus músculos de manera coordinada para la locomoción, para explorar el medio ambiente y para obtener las cosas que desea; como resultado de una larga serie de vivencias, fracasos y problemas visomotores, se forja ideas y sentimientos de desconfianza e inseguridad. Literalmente no sabe hacia qué lado debe volverse; no está seguro de la dirección que debe seguir en su propio cuarto o hacia la casa de algún amigo. Vive en un mundo desordenado que produce perplejidad y frustración.

El niño con déficit de atención e hiperactividad no sólo es incapaz de modular sus repuestas de acuerdo con los estímulos externos, sino que le sucede lo mismo con aquellos que vienen de su interior. Responde con exceso a sus propios pensamientos y sentimientos.

"Este niño al cual todos le huyen, al que sus padres generalmente pegan y regañan y, finalmente los maestros expulsan de los colegios, es un ser que pide a gritos con su comportamiento agresivo que le ayuden"<sup>17</sup>

### 1. Factores psicológicos: autoconcepto e intelecto

El desarrollo del sistema nervioso central se haya vinculado de manera inextricable al desarrollo psicológico del niño. Ciertas funciones del "yo", como el autocontrol de los impulsos, la tolerancia a la frustración, la capacidad para meditar entre las exigencias biológicas, las de los familiares y la conciencia del prójimo, no se hayan presentes en el momento de nacer. Es más exacto decir que se desarrollan como consecuencias de **un aprendizaje de sí mismo y de su medio ambiente** por medio de funciones como el margen de percepción, de atención, memoria, el proceso de organización y de conceptualización, el de comunicación, sensaciones conscientes y respuestas neuromusculares y anímicas controladas.

<sup>17</sup> Dr. Juan Manuel Saucedo., Ponencia; "Mitos y realidades en el tratamiento de los trastornos de atención", XII Curso Monográfico de Psiquiatría., H.I.M., junio 09. México, D.F., 1999.



El desarrollo de la estructura psicológica del niño depende en primer lugar del desarrollo del sistema nervioso central y de su maduración extrauterina, además del contexto ambiental en el que se encuentre, cualquier alteración que el niño experimente en alguna de estas dimensiones, puede interferir en alguna medida con la formación de su "yo".

Cuando el niño nace posee capacidades innatas que "despiertan" mediante el crecimiento, la crianza, las experiencias y el aprendizaje hasta convertirse en estructuras definidas de personalidad, carácter e intelecto.

Con el transcurrir del tiempo, la madurez neurológica da cabida a la inhibición brindando así la oportunidad de que se emplee en mecanismos y comportamientos volitivos que dominen y gratifiquen el ego del niño. Es decir, "cuando el niño aprende ciertas habilidades como las de gatear, caminar, hablar, alimentarse a sí mismo y los hábitos de limpieza e higiene personal, le proporcionan literalmente cientos de oportunidades diarias de complacerse consigo mismo y de desarrollar una identidad positiva que más adelante fortalecerá la convicción de "soy una persona que puede"<sup>18</sup>

De una buena y positiva imagen personal, proviene un buen y positivo concepto de sí mismo. Las fuerzas de un ego bien estructurado hacen posible un ajuste "normal y sano" de los seres humanos a la compleja sociedad en que viven, esto no solo se logra con una conceptualización positiva, sino que será necesario el alcance de éxitos, de conocimientos válidos y un ambiente psicológico cálido. Esta es la historia de un niño normal, una historia que quisiéramos se repitiera en todos y cada uno de ellos.

La importancia del concepto de sí mismo no puede desestimarse al considerar el desarrollo normativo o el crecimiento del niño con déficit de atención e hiperactividad. Hay un curso normal que con ciertas variaciones, recorren todos los niños desde que tienen un día de nacidos hasta que pasan a ocupar su lugar en el mundo de la adolescencia. Con hogar seguro, padres razonablemente comprensivos y amorosos y buenas oportunidades para probarse, se desarrollan hasta convertirse en jóvenes bien adaptados.

A lo largo de este período de crecimiento, el concepto de sí mismo es un factor regulador, pues la manera en que el niño se percibe en una situación determinada influye mucho en la apreciación que tendrá de sí en muchas otras circunstancias. Si se concibe como un "mal chico" tenderá a conducirse como él cree que lo hacen los chicos malos. El concepto de sí mismo es una fuerza poderosa y dinámica que desempeña un papel muy importante en el desarrollo de las características del ego de los niños.

---

<sup>18</sup> *Ibid.*



En los niños con déficit de atención e hiperactividad el proceso de madurez neurológica se ve obstaculizado; los niños no tienen la oportunidad de desarrollar adecuada y oportunamente las funciones necesarias (percepción, atención, memoria, conceptualización y organización) que les permitan alcanzar habilidades sensoriomotoras controladas acordes a sus niveles de desarrollo cronológico, a las expectativas de los adultos, ni a las exigencias de su medio ambiente; entonces esta situación conduce a los niños a formarse una imagen deficiente de sí mismos para terminar traducándose en sentimientos de minusvalía y baja autoestima.

Recordando que el niño hiperactivo sufre por su impulsividad y por su dificultad para ver un todo organizado más que por cualquiera de sus otros síntomas, no es difícil imaginar e incluso asegurar que pierden amistades con facilidad, que se le margina del grupo de compañeros y que se conduce de tal modo que "invita" a sus padres y maestros a que lo castiguen con frecuencia. Su conducta se describe como antisocial, extraña, estúpida y hasta "sociopática", mientras que lo único que hace el pequeño es intentar operar funcionalmente sobre la base de "datos incompletos" que percibe y empujado por impulsos incontrolables.

El niño comenzará a autoculparse, pues ha iniciado y reconocido una imagen de "niño malo" ante los ojos de los demás, en especial ante los ojos de sus padres y maestros y esto aunado a la sintomatología tan peculiar que presenta, hará que su vida gire alrededor de la falta, la angustia, el castigo y la culpa; se considera a sí mismo como incapaz, diferente, ajeno e inadecuado.

El desarrollo del concepto de sí mismo de un niño con déficit de atención e hiperactividad es mucho muy diferente, es; "soy alguien que no puede". Las características psicológicas de estos niños, constituyen otro factor que se opone a un desarrollo normal del concepto de sí mismo. Por no tener la inseguridad interna necesaria para valorar y dirigir su vida, el niño actúa impulsivamente y sólo por "ensayo y error".

La forma en que el niño se considera, ejerce una influencia decisiva sobre su conducta. La imagen que tiene el niño sobre sí mismo tiene como base de formación dos fuentes principales: cómo advierte la manera en que los demás lo perciben y, la otra, qué es lo que se espera de él. En este caso las experiencias extra familiares con los compañeros de escuela y maestros, suponen para él una autodepreciación en la medida en que se muestran impacientes ante sus dificultades y limitaciones y huyen de su compañía.

En definitiva, el niño con déficit de atención e hiperactividad desarrolla un autoconcepto deficitario que resulta complicado para su descripción, pero intentarlo es necesario.

La primera conducta es "la baja tolerancia a la frustración". Esto se relaciona con el "esquema de gratificación" que requiere el niño para experimentar la sensación de "tener éxito en sus actos" y ser "reconocido por los demás". Las



demoras en las respuestas o una respuesta negativa ante sus actos pueden ser intolerables en la formación y fijación de su imagen. Ningún niño se halla tan desprovisto de su entendimiento básico de bienestar y de valía personal como el niño hiperactivo, cuya contabilidad de éxitos y aceptación popular está siempre a la baja o en desequilibrio. Una tolerancia razonable ante el fracaso y el uso positivo de estas malas experiencias son muy importantes en el mundo real del niño, pues con ello comienza a edificarse la autoconfianza y el ánimo para "volver a empezar". Pero estos niños no cuentan con esos puntos de apoyo; no cuentan con el "equipo necesario" de habilidades (movimiento, atención y lenguaje) para estar a la altura de las circunstancias y esto unido a nuestras costumbres de crianza infantil, que casi nunca se adaptan a las necesidades del niño ni a su ambiente, hacen que sean más vulnerables al fracaso.

Otra conducta característica de estos pequeños, es la "huida". Este niño está cada vez más convencido de que vale poco y también de que los demás lo van a menospreciar, por eso intenta evitar la compañía de otras personas como si se tratara de una amenaza. Además, cuando el pequeño ha fracasado constantemente en algo, es muy probable que los adultos de su entorno le exijan un nuevo intento, situación que al pequeño le causará angustia y terror desatándose así una serie de ataques verbales contra los demás; ahora bien, si este enfrentamiento ocasiona que "le llamen la atención" con regaños o castigos ocasionará que se reduzca aún más su autoestima.

Un aspecto más consistente es "el control y la manipulación de los demás". Estos niños recurren con mucha frecuencia a los "chantajes", pues incluso se atreven a "amenazar con rabieta" si no les satisfacen lo que desean y cuando esto no sucede, menos atención reciben de los adultos y la situación cada vez se toma más "desesperante" para ellos.

Todas estas situaciones hacen que el niño se vuelva "negativo". Debido a que "nadie lo quiere ni le hace caso", comenzará a dejar de tener consideración a los deseos, exigencias y sentimientos del prójimo; estará en contra de todos y todas las cosas, no encontrará nada valioso en los demás ni en sí mismo, mostrará vergüenza, sentimientos de inferioridad y falta de confianza.

Es importante enfatizar que no se trata de un niño atrasado en su desarrollo intelectual, pero que, al mostrar cierto rezago en una o varias habilidades básicas para el desarrollo de su autoconcepto, se le ve colocado en desventaja en su rendimiento.

"Los niños [con déficit de atención e hiperactividad] suelen ser considerados como fracasados en una cultura orientada hacia la competencia. Este fracaso comienza en su casa cuando comienza a recibir el impacto de las reprimendas de los padres que "les echan en cara" observaciones tales como "eres completamente tonto", "no sirves para nada", "no haces nada de lo que se te pide", etc. El sentimiento de fracaso aumenta en la escuela y en la comunidad, donde sus



respuestas inadecuadas tienen que ponerse en contacto con sus propias creencias, respecto a unos antecedentes de fracaso, y que caracterizan su papel correlativo al de los líderes de la cultura y sociedad en las que se halla inmerso. El convencimiento de que "no soy capaz", queda confirmado una y otra vez"<sup>19</sup>

Así como el crecimiento fisiológico del organismo obedece a una maravillosa "disciplina innata", existiendo un orden específico y etapas predecibles desde lo más simple hasta el desarrollo más complejo, cada una de las cuales desempeña funciones específicas, pero todas colaboran unas con otras dentro de un todo unificado que comprende al ser humano, de manera similar, tanto el intelecto (aprendizaje) como la emoción (sentimiento) se desarrollan de lo simple e indiferenciado, hasta la compleja totalidad de la mente y el corazón humano. Es importante conocer este desarrollo para saber lo que se puede esperar del comportamiento de diversos niños en las diferentes etapas de su crecimiento.

## 2. Factores sociales: familia , escuela y sociedad.

Durante toda su vida, al niño hiperactivo le han repetido sin descanso que no tiene capacidad para aprender, que hace mal las cosas y que provoca demasiados problemas; el pequeño se percibe como "latoso", "no me dejan salir a la calle porque hago travesuras", "mis papás no quieren que les ayude porque todo me sale mal", "cuando me enojo no puedo controlarme", "mis amigos no quieren jugar conmigo y mis maestros dicen que soy un mal chico, inaguantable e indisciplinado".

Todas estas "observaciones" que se le hacen al niño hiperactivo dificultan mucho su aceptación entre el grupo social en el que se encuentra inmerso, especialmente las de "indisciplinado", "agresivo" e "inaguantable".

El concepto de "disciplina" ha sido mal interpretado y mal empleado durante mucho tiempo. Es verdad que hace unos 40 años la palabra disciplina era sinónimo de "asperidad, represión, agresión y crueldad"<sup>20</sup>. Durante mucho tiempo prevaleció la teoría de que se debía necesariamente "quebrantar" la voluntad del niño para que pudiera aceptar o seguir las indicaciones de sus mayores.

<sup>19</sup> William M. Cruickshank., "Psicología de los niños y jóvenes marginales" Editorial Trillas, México, 1990.

<sup>20</sup> Hace mucho tiempo existió un instrumento que servía para azotar, para dar "disciplinazos". Estaba formado por una especie de bastón largo y de una de sus puntas salían finas y alargadas extensiones de lazos o látigos y se llamaba así, *disciplina*.



Actualmente el mecanismo y dinámica de la disciplina ponen al descubierto dos posibles tipos de ésta:

- Por un lado la disciplina negativa que es la que se impone por medio del temor al castigo y,
- La disciplina positiva que utiliza la identificación placentera con otras personas, tareas o cosas específicas.

Ambos tipos de disciplina pueden ser, en apariencia, igualmente eficaces, pero la primera debe mantenerse por medio de una vigilancia estricta y la amenaza constante de las consecuencias, mientras que la segunda lo hace por sí misma y generalmente es más duradera.

La autodisciplina aparece en la primera infancia, en el momento en que el bebé comienza, a las pocas semanas o meses de edad, a prescindir del pecho o del biberón. Es probable que el niño se ensucie mientras come por sí solo; que se arregle mal cuando se vista; que se peine en forma imperfecta, pero sí la madre no aprende a dejar que su hijo llore y ensaye, retardará su independencia.

De hacer las cosas por sí mismo nace un fuerte sentimiento de satisfacción y estima personales. El control de los impulsos se aprende ya sea por medio de la identificación con el adulto, o por la simple convivencia. El dominio de sí mismo da al niño la capacidad de internalizar las reglas, que después pueden seguir espontáneamente sin necesidad de supervisión externa o de testigos.

Ahora bien, al igual que el proceso de disciplina el de socialización aparece paralelo al desarrollo de todo ser humano, primeramente tiene lugar en la primera infancia relacionándose dentro de un núcleo familiar y posteriormente, durante el resto de su vida, con una innumerable cantidad de personas. La socialización primaria (la que se da en la familia) influye mucho sobre la socialización secundaria (la que se da en la comunidad en general). Ambos tipos de socialización son fenómenos aprendidos. Si han pasado los años críticos sin que el niño haya adquirido esa socialización primaria, le será muy difícil aprender tales patrones cuando sea mayor y adoptarlos posteriormente como una parte integral de su ser.

Ilustrando lo anterior, recordemos que el juego es el "trabajo" del niño, a través de éste el pequeño imita modelos de conducta, se ejercita y domina situaciones difíciles y usa la fantasía para vencer los conceptos que le asustan. En el hogar, el niño se siente cómodo y menos inhibido que en un salón de clases, encuentra mayor libertad para deshacer y expresar sus necesidades verbales y motoras.

Las primeras experiencias que el niño adquiere se retienen en forma permanente. Cuando surge la capacidad de aprender, el niño percibe el medio ambiente, aprende a diferenciar los objetos y asocia a una persona específica,



como la madre por ejemplo, con la satisfacción de sus necesidades y alivio de sus molestias. Así, si el niño crece al lado de una figura materna a quien asocia con experiencias placenteras, se desarrolla un patrón de pensamiento en el que predomina la seguridad, la confianza y la estabilidad.

Posteriormente, y a través de sus padres y hermanos mayores, el niño aprende gradualmente la conducta apropiada para el salón de clases y después la experimenta en la situación directa de la escuela. Mientras el niño se adapta al "nuevo ambiente", su distracción e inquietud pueden aumentar durante los dos o tres primeros meses.

En el jardín de niños se espera más del niño de 5 años de edad, a saber:

- Habilidad para mantener la atención,
- Controlar su conducta,
- Dominar sus emociones,
- Medir el tono y elevación de su voz y,
- Dominar sus movimientos lo suficiente como para permanecer sentado ante un pupitre por períodos superiores a los 30 y hasta los 60 minutos continuos.

En el niño hiperactivo, estas habilidades sociales no muestran el desarrollo progresivo esperado. Su adelanto puede ser irregular, aislado o inexistente, al grado que a los 7 años el niño no es capaz de llenar los requisitos de la escuela maternal.

El adiestramiento contribuye mucho a aumentar la capacidad del individuo para la acción y la velocidad del aprendizaje y aún cuando este ejercicio pueda ser considerado como "hiperactivo", es una actividad productiva y aceptable. Pero muy diferente es la actividad del niño hiperactivo; cuya actividad no es productiva, cuya atención es inconsciente y remota, su distractibilidad es tan grande que no logra aprender en cortos períodos de tiempo la tarea deseada.

Retomando en tema, es importante señalar que la seguridad dentro de la familia es una necesidad básica para el buen desarrollo del niño. El dominio de sí mismo o la disciplina en la infancia se aprende dentro del contexto del amor paterno -familiar. Si este amor es insuficiente o inconsistente, o si el niño es rechazado, esta primera socialización será rudimentaria y causará conflictos de agresión crónica, enojo, rechazo a sí mismo, temperamentos explosivos, poca estima propia y desajustes importantes en su comportamiento. Cuando la familia está fragmentada o es inestable, la seguridad se ve amenazada o se pierde y el trato con sus compañeros de clase, que siempre es importante, puede volverse muy difícil para un niño solitario y rechazado.

Un aspecto más que dificulta el proceso de socialización en el niño hiperactivo es su característica tendencia a la agresividad. Todos los seres humanos vivimos rodeados de cosas irritantes, que se nos presentan a diario y a las que



respondemos con enojo. Las explosiones de disgusto son generalmente transitorias. Pero son los conflictos crónicos, repetidos un día tras otro, la agresión y la contragresión, o los ataques injustificados e impredecibles los que engendran al niño hiperactivo.

En muchos casos, los padres y maestros aseguran que el niño se porta bien en su casa y en clase, mientras que sus compañeros de juego y demás autoridades adultas se quejan de un comportamiento inaguantable en el autobús o en ratos de convivencia, con peleas continuas. La explicación puede ser que el niño, por medio de los castigos corporales que recibe en su casa y en el salón de clases, logra contener sus impulsos agresivos mientras se encuentra al alcance de sus padres o de su maestro, pero en cuanto está fuera de su hogar y salón de clases la presión de la ira acumulada hace explosión y se traduce en mala conducta. La situación empeorará pues después de "haber perdido" el cariño de sus padres y maestro, al niño ya no le interesa conservar el de sus amigos, o el de otros adultos.

Por esa y otras importantes razones, es urgente que los padres y los otros adultos que se ocupan de los niños reconozcan los ritmos del crecimiento y las fluctuaciones entre edades de expansión y quietud. A menudo después de la tempestad viene la calma, y viceversa, sin que ningún niño se ajuste exactamente al mismo "molde" de otro niño de su edad. Las variaciones individuales son amplias. A medida que el niño atraviese diferentes etapas, mostrará en cada una aspectos positivos y negativos. Un niño puede ser tachado de "malo" o "terrible" constantemente durante una fase de su desarrollo en la que su personalidad básica se resienta con facilidad y su carácter o temperamento se vean frecuentemente afectados. Para el padre o maestro, o cualquier adulto que tiene que enfrentarse a un niño enojado, rebelde y agresivo, son frecuentes los momentos en que está tentado a decir lo que no debe. Hay tendencia a perder la compostura y responder emocionalmente al niño y a su agresión, como una inmediata contragresión verbal o física, que lejos de ayudar hace cada vez más complejo el "círculo vicioso" y difícil la solución.

Haciendo hincapié sobre la personalidad del niño - cualquiera de ellos -, es importante recordar que la edad exacta en la que la experiencia ejerce mayores efectos sobre ésta, es una cuestión fundamental, pero extremadamente compleja y difícil de precisar. En estudios sobre el comportamiento en psicología clínica y teorías sobre el aprendizaje se señala con insistencia que los hábitos adquiridos en la primera infancia son extraordinariamente persistentes y que los contactos sociales de ésta determinan definitivamente el carácter de conducta social del futuro adulto.

La importancia de lo anterior radica aquí en el hecho de que el desarrollo de los chicos con déficit de atención e hiperactividad es muy irregular. Cada niño tiene un ritmo determinado biológica y genéticamente, la interacción entre su potencial y su cultura determinan su desarrollo real.





Estos hechos son bien conocidos, pero también muy frecuentemente olvidados por muchos padres que llevan a su hijo a un examen psicológico, asegurando que la vida del hogar es tranquila y estable, mientras que el pequeño relata versiones muy distintas.

La violencia ya sea verbal o física entre ambos padres o entre el hijo y un padre o entre personas significativas dentro de la situación familiar, es una forma de comportamiento aprendido. Más adelante el niño reaccionará de manera semejante ante cualquier tipo de tensión. La inconsistencia en la educación o el rechazo de los padres le crean inseguridad, haciendo de la violencia su único refugio para subsanar tal deficiencia.

"Pelear y huir" son contrapartes normales de los reflejos de autoconservación de todo organismo viviente. En el hogar donde prevalece una hostilidad incontrolada e impredecible, el niño puede sentirse atrapado, indefenso, desprotegido, crónicamente temeroso, y manifestar su propia contragresión en el trato con sus hermanos menores, sus compañeros y la sociedad en general. El niño lucha agresivamente por manipular su ambiente, niega la necesidad de afecto y se muestra resentido cuando se siente impotente en su constante enfrentamiento con la autoridad.

Una vez indicado que la conducta es aprendida señalemos con brevedad algunos puntos que cobran importancia para el mejor entendimiento de nuestro tema. La teoría del aprendizaje contribuye, principalmente, a la comprensión sobre cómo aprendemos a dominar nuestra conducta que equivaldría a la capacidad de "internalizar los controles externos".

Los procesos de enseñar, aprender y adquirir una disciplina son semejantes. Algunas de las contribuciones útiles derivadas de las investigaciones sobre la teoría del aprendizaje son:

- Que el niño cuente con los requerimientos necesarios que garanticen la capacidad de ejecución y aprendizaje de lo que se le está enseñando. Por ejemplo: salud física y mental y edad suficiente.
- Contar con las condiciones indispensables para un proceso de aprendizaje exitoso, como las operaciones cognitivas de atención, memoria, lenguaje, etc. y evitar con estas presencias el sufrimiento de ansiedad.
- Las investigaciones en el área han demostrado que la distracción obstaculiza cualquier registro electroencefálico de estímulo verbal en la principal zona auditiva del cerebro. Esto significa que en las situaciones cotidianas, el intento de convencer o dar instrucciones a un niño que está haciendo berrinche, es una pérdida de tiempo para el padre o el maestro. El niño necesita prestar atención para aprender y aún más para oír.



- El aprendizaje mediante castigos sólo produce resultados temporales y no elimina el comportamiento indeseable.
- El reforzamiento positivo de la conducta aceptable es de efectos más duraderos, y puede por lo tanto, esparcirse cada vez más hasta que la tarea acaba por ser en sí misma placentera y construir su propia recompensa positiva, y, por último
- Las técnicas de extinción han tenido experimentalmente mucho éxito. Consisten en ignorar totalmente el comportamiento inaceptable, a la vez que se reconoce y recompensa generosamente el comportamiento aceptable.

En fin, como resultado de comprender muchas de las dificultades de conducta de los niños con reacciones hiperactivas, un enfoque racional de su manejo debe incluir al niño, a su familia y escuela y, por supuesto, también su posible medicación. Esto requiere una compleja colaboración interdisciplinaria para cada niño.

#### **A propósito de la socialización del niño hiperactivo...**

El castigo es una realidad necesaria de la vida. Sin embargo, es importante realzar que el uso repetido e implacable de reproches y humillaciones pueden devastar la autoestima de cualquier niño. Es muy importante que los padres vigilen lo que dicen. Las respuestas aprobatorias tienen también muchos componentes no verbales; una sonrisa, un guiño, un golpecito en la espalda, un abrazo o un beso, todo esto demuestra reconocimiento y aprobación.

La sonrisa es quizá la forma más importante del intercambio amistoso humano y una gratificación de persona a persona. Sin embargo, su mayor valor es su impacto en el niño; ya que tanto el amor como la risa se aprenden durante los primeros años de vida en el ambiente familiar, el niño al verse privado de la sonrisa de sus padres, puede en verdad, tener un daño perdurable y muy agudo.

Existen otras privaciones que a veces fungen de castigo, especialmente el aislamiento social, como mandar al niño a un cuarto alejado del resto de la familia, hermanos y amigos. Tal separación puede producir enojo, angustia o dolor. Si el niño está listo para entender esta experiencia como consecuencia de su conducta inaceptable, puede ser un aprendizaje positivo, pero si el niño es demasiado pequeño, o carece de capacidad de comprensión, este castigo puede producirle una tensión inexplicable y provocarle sufrimientos y resentimientos muy agudos. Es muy fina la línea entre lo que es benéfico y lo que es dañino. Es necesario valoración y juicio en cada ocasión antes de emplear un castigo.



Un comportamiento revoltoso generalmente es un indicador claro de emociones mal controladas, especialmente si la reacción es prolongada, exagerada o recurrente. Tales perturbaciones emocionales estorban al aprendizaje y dificultan severamente el proceso de enseñanza. El desorden causa tensión y resulta molesto para el niño y para quienes lo rodean. En los adultos el equilibrio suele restaurarse rápidamente mediante el uso de controles internos que aparecen después de evaluar la situación y tomarse las medidas necesarias para hacerle frente. En algunos niños que sufren algún trastorno, el desequilibrio persiste mucho tiempo después de que la causa ha desaparecido por completo. En el caso del niño con déficit de atención e hiperactividad, sus controles internos son rudimentarios y la capacidad de evaluación crítica puede estar ausente.

La tarea inmediata del maestro o del padre en estos casos, es ayudar al niño mediante el control externo, para que recobre la calma y la estabilidad interna. La meta final, por supuesto, es comprender la naturaleza del trastorno del comportamiento pues, muchas veces por el desconocimiento de ésta, se actúa sin que se haya hecho un análisis satisfactorio del problema y, por consecuencia la intervención resulta contraproducente.

Una conducta insoportable, verbal o física, es una dificultad a la que a menudo hay que enfrentarse en el hogar, el salón de clases, el comedor y los campos de juego; debe atenderse de inmediato, a fin de prevenir que se extienda a otros niños.

La violencia física debe evitarse hasta donde sea posible, ya que despierta los reflejos de autoconservación del niño, quien sin duda alguna, tratará de devolver el daño recibido. Un adulto dueño de sí mismo, se encontrará en mejor posición si se abstiene de declarar la batalla. Mientras más sereno se muestre, más puede ayudar a calmar la excitación agresiva del niño hiperactivo.

Para un niño con déficit de atención e hiperactividad, la autodisciplina se alcanza más lentamente. Los ingredientes esenciales que los padres, maestros y profesionales debemos utilizar para ayudar al niño a adquirir un control interno y confianza en sí mismo son: tiempo, repetición, persistencia, comprensión, interés, enorme paciencia, mucho amor y recursos externos.

La excesiva actividad, la inquietud y la distracción son normales, como parte del desarrollo y crecimiento del niño antes de los 5 años de edad. En niños mayores que están bajo el efecto de algún esfuerzo, fatiga o excitación la tensión emocional, puede revestir el aspecto de hiperactividad. Si la actividad exagerada persiste cuando el niño está en edad de ir a la escuela, se podría considerar como un signo de "inmadurez" o de poca habilidad social debidas a incapacidad o falta de voluntad para aprender a controlar los impulsos verbales y motores. Si tales muestras de la conducta verbal y motora incontroladas y antisociales continúan hasta los 8 años, entonces se puede comenzar a pensar en una causa patológica que requiere de estudios especializados y de alguna forma de tratamiento.



Ahora bien, si nos centramos en el niño como protagonista de experiencias en las que deba realizar constantes visitas a un centro terapéutico, encontramos que del mismo modo que en cualquier otra experiencia psicosocial; la experiencia crea la necesidad de comprender y la exigencia de intentar adaptarse a situaciones y sucesos del "nuevo ambiente" que le rodea y, consecuentemente, reaccionará ante ellas.

Un extraño y desconocido malestar, intimidación, cambio en las relaciones familiares y las concepciones sobre lo que está ocurriendo, producen incomodidad en el niño hiperactivo, además las comprensiones equivocadas o ideas erróneas que tenga sobre dichas experiencias se convierten en un factor que se añade a los ya citados como partícipes en el proceso de socialización del niño.

Uno de los medios que permite a las personas comprender el mundo que les rodea son los conceptos, de tal modo que el niño intenta representar e integrar su mundo a través de modalidades sensoriales y la formación de conceptos. Piaget en 1970 señalaba la existencia de un sujeto, unos objetos e instrumentos de intercambio o conquista (percepción y conceptualización) que determinan el trayecto que conduce del primero a los segundos y viceversa. Pero, desgraciadamente en este caso, es precisamente en estas áreas donde el niño hiperactivo encuentra mayores dificultades. Por ello, los profesionales y familiares que pretendemos ayudar al niño a adaptarse de una forma satisfactoria a la experiencia de combinar su casa, la escuela y el centro donde recibirá tratamiento, debemos considerar los factores que pueden influir en dicha experiencia, como por ejemplo: paciencia en el momento de informar y comunicar la razón de su visita a centros de atención especializada, claridad y mesura en el lenguaje utilizado, la calidad de la asistencia favoreciendo la aproximación y comunicación adecuada entre el niño y el resto de los participantes del proceso terapéutico y la consideración al resto de las actividades que realiza el niño.

Pues bien, demos paso ahora a la descripción de la forma en que la mayoría de las instituciones médico-educativas manejan el chico con déficit de atención e hiperactividad, a fin de comprender el porqué de nuestro interés; la inclusión de un enfoque pedagógico en la atención que se brinda a estos chicos.

## **B. Valoración Clínico-Pedagógica y estrategias de Tratamiento**

La tendencia general del reduccionismo biológico (conceptualizar la hiperactividad como una entidad médica única y homogénea causada por un daño innato o adquirido en el sistema nervioso central), minimiza la importancia de los factores sociales, históricos y psicológicos en las manifestaciones de la misma. Este enfoque subraya excesivamente los aspectos médicos de la evaluación e influye negativamente en el intento de realizar una programación de estrategias benéficas para el tratamiento.



En muchos casos la "causa" de la hiperactividad es una compleja interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. Es decir, la hiperactividad y su causa no son "intrínsecas" al niño. La hiperactividad como motivo de consulta es el posible resultado de una variedad de dificultades presentes en el niño, su familia o en su escuela. Todas estas variaciones, las conductuales, las circunstancias sociales y la experiencia educativa, son pilares fundamentales e imprescindibles para determinar la problemática del niño y el tratamiento a seguir.

La consulta clínica quizá sea el lugar menos apropiado para la manifestación del problema de la falta de atención y la hiperactividad. Por otra parte, no todas las personas informantes (familiares y maestros, principalmente), tienen igual acceso a la información, lo que obstaculiza aún más la objetividad de los datos que se obtienen. Por estas razones, la observación directa de la conducta del niño es sumamente valiosa, pues algunos de los problemas de la validez de los informes presentados pueden ser superados obteniendo descripciones de ejemplos determinados de conducta.

Sin embargo, es esencial que los maestros y demás profesionales que trabajamos con el niño hiperactivo, tengamos la oportunidad de comprenderlo del modo más completo que sea posible antes de dar comienzo con su educación o terapia; sus problemas de aprendizaje y ajuste pueden figurar entre las experiencias más complicadas y dolorosas de toda su infancia.

Se ha dicho ya que se requerirá de un diagnóstico realizado por profesionales de diversas disciplinas, un equipo interdisciplinario que recabe los datos fundamentales del niño.

La evaluación de los niños hiperactivos con respecto a sus habilidades para el aprendizaje y su capacidad de socialización tiene tres objetivos principales. Uno de estos es el de obtener una buena y completa estimación de su capacidad intelectual y determinar si podrá aprovechar más de sus habilidades a pesar de su rendimiento actual o anterior. El segundo objetivo es determinar las áreas de rendimiento insuficiente que puedan remediarse y, el último de ellos, es encontrar las áreas más fuertes de las que se pueda sacar mayor provecho para el plan terapéutico.

Por lo anteriormente expuesto, es fácil reconocer que la importancia de un diagnóstico no radica en la sencillez de poner una "etiqueta" al niño, sino que contando con una valoración exacta de los síntomas se puede planear con seguridad de éxito el tratamiento y reconocer con mayor facilidad el posible pronóstico de cada caso.

Ahora bien, las técnicas de valoración pueden ser clasificadas dentro de los siguientes grupos: valoración médica, de la conducta, ambientales y psicoeducacionales.



### Valoración Médica

Esta apreciación consiste en efectuar una valoración adecuada sobre la función intelectual y cognoscitiva que, a grandes rasgos, comprenda una evaluación mental de los factores biológicos del niño.

Para conseguir dicho objetivo no son suficientes los cuestionarios ni los test estandarizados; más aún, ninguna medida única será suficiente; sigue resultando más provechoso seguir confiando en la historia clínica, la exploración y la observación directa del caso.

“La historia clínica es la fuente más importante de datos cuya correcta valoración e interpretación permiten un diagnóstico de presunción y, con frecuencia, una definición completa. Los rubros más pródigos en la aportación de datos son los siguientes:

#### I. Antecedentes patológicos - no patológicos

- a) Historia del desarrollo psicobiológico del niño,
- b) Sintomatología actual,
- c) Exploración psiquiátrica,
- d) Exploración física (incluyendo la neurológica)

#### II. Estudios de gabinete y laboratorio

- a) Examen neurológico; pruebas que son fácilmente aplicables en el consultorio, pues no requieren de instrumentos especiales y pueden descubrir los signos neurológicos ligeros:

- 1) Prueba nariz-dedo,
- 2) Seguimiento,
- 3) Tocamiento simultáneo,
- 4) Deambulación,
- 5) Grafestesia,
- 6) Prueba de vestirse y desvestirse,
- 7) Orden de flexión de piernas,
- 8) Prueba de pianista,
- 9) Siquinesia,
- 10) Adiadococinesia,
- 11) Estereognosia,
- 12) Movimientos oculares y de lengua dirigidos



### III. Electroencefalograma

### IV. Pruebas Psicológicas<sup>21</sup>

De igual forma deben evaluarse situaciones diversas que pueden o no acompañar al trastorno del déficit de atención con hiperactividad, como pueden ser por ejemplo: trastornos de conducta antisocial, (desobediencia, agresividad o desafíos), trastornos de las relaciones con los compañeros, (aislamiento, impopularidad o rechazo); o bien, trastornos emocionales (ansiedad, tristeza o depresión).

La valoración médica continúa con la evaluación de factores biológicos. Como ya antes se ha mencionado, el déficit de atención y la hiperactividad no pueden ser deducidos por una lesión cerebral o algún retraso en la evolución neurológica pues recordemos nuevamente que la mayoría de los niños hiperactivos no tienen un trastorno cerebral identificable, ni mucho menos una lesión estructural localizada.

Sin embargo, algunos pequeños con enfermedades que afectan al cerebro, presentan hiperactividad como un componente de sus problemas por lo que debe prestarse suma importancia al evaluar posibles consecuencias psicológicas que puedan producir una enfermedad neurológica, (epilepsia, por ejemplo). "Los instrumentos para dicha evaluación son los mismos que se emplean para cualquier examen neurológico: historia clínica y evaluación del estado mental, exploración física, test especializados y técnicas de imagen"<sup>22</sup>

"Una historia de inicio reciente de hiperactividad, especialmente en un niño mayor, exige una nueva y constante investigación. Puede ser debido a enfermedades que, generalmente provocan la aparición de la hiperactividad como por ejemplo, la fiebre reumática infantil, la presencia de corea, el estrés psicológico, etc."<sup>23</sup>

"Siempre debe efectuarse un examen físico lo suficientemente minucioso como para detectar cualquier anomalía neurológica, síndrome congénito o algún deterioro de la visión o la audición"<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> William M. Cruickshank., "El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad"  
Editorial Trillas, México. 1990.

<sup>22</sup> Hospital Infantil de México., Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente., México., D.F., 1999

<sup>23</sup> Dr. Muñoz Fernández., Jefe del Depto. de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del HIM., México., D.F., 1999.

<sup>24</sup> *Ibid.*



### Valoración de la Conducta

El propósito de ésta es apreciar la gravedad de la conducta hiperactiva y de cualquier otro síntoma relacionado con posibles alteraciones que puedan producirse entre las personas que rodean al niño (familiares, amigos, maestros), e incluso para el niño mismo.

La gravedad de la conducta hiperactiva puede valorarse fundamentalmente en lo siguiente:

- a) Número de situaciones medidas, (hogar, escuela, ratos de juego, tareas o actividades específicas), en las que los síntomas causan fricción importante y,
- b) Número de síntomas adicionales a la hiperactividad, sobre todo los de carácter antisocial intenso como la agresividad, el robo o la mentira.

### Valoración ambiental

Esta valoración incluye estimar cómo reacciona el medio ante el comportamiento del niño. Es decir, el ámbito sociofamiliar. De tal forma que incluirá información acerca de las circunstancias en que vive el niño y su familia (contemplando factores relevantes como los ingresos de los padres, la salud y la educación; la vecindad y la calidad y espacio de vivienda).

Descubrir y reconocer el grado de desventaja social en el que se encuentra el pequeño y su familia juega un papel importante en la identificación y pronóstico de los niños hiperactivos, pues inmediatamente se asocia con niveles conductuales y académicos menos favorables.

La valoración ambiental hace de las relaciones familiares una parte crucial en la evaluación de estos casos, por ser éstas las indicadoras más importantes para el pronóstico y el tratamiento. "Deben ser incluidos los efectos u hostilidades que los padres, hermanos y demás familiares muestran hacia los niños; debe prestarse atención a sus reacciones emocionales además del contenido verbal de manifestaciones"<sup>25</sup>

El examinador debe tener mucho cuidado de no imponer sus propios prejuicios sobre cómo debe educarse a los niños. Los profesionales debemos respetar "las normas de la familia". Por lo tanto..."el objetivo de esta parte de la evaluación

---

<sup>25</sup> *Ibid.*





debe ser apreciar la flexibilidad, confianza y sensibilidad con la que los padres reaccionan ante la conducta difícil de sus hijos; hasta qué punto comprenden la actitud del niño; el acuerdo y la consistencia entre los padres; y la existencia de experiencias de conducta-control satisfactorias”<sup>26</sup>

A grandes rasgos puede deducirse que lo que se persigue con lo anterior es averiguar lo que mejora o empeora la conducta; la frecuencia, la gravedad y consecuencias de la conducta hiperactiva; y en qué circunstancias es observada. La necesidad de evaluar e intervenir a nivel familiar no se deriva de la teoría sobre la causa inicial del déficit de atención y la hiperactividad, sino más bien para identificar las posibilidades de adecuar el tratamiento y mejorar el pronóstico.

### Valoración Psicoeducativa

Dada la frecuente relación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con dificultades severas de aprendizaje, la identificación de algún problema específico implica la obtención de evidencias de fallas de realización en áreas de inteligencia, percepción, visión, oído, lenguaje o locomoción. Es preciso asegurarse de que no hay retraso mental, trastornos emocionales o sociales graves o deficiencias físicas importantes.

En general, los exámenes que mayor aportación ofrecen para la comprensión del niño son los que a continuación se mencionan. Se trata de fragmentos de información que unidos constituyen el cuadro necesario para facilitar el trato del niño. No figuran en orden de importancia, pues cada uno de ellos resulta indispensable en cierta forma y momento:

1. Historial socioeconómico,
2. Examen pediátrico general,
3. Examen de audición y lenguaje,
4. Examen neurológico,
5. Examen paidopsiquiátrico,
6. Examen psicológico clínico infantil y,
7. Examen oftalmológico y optométrico.

Por otra parte, el número de escalas de medición y test psicoeducativos normalizados, adecuado para este tipo de evaluaciones es muy amplio. Sin embargo, entre los que son con mayor frecuencia usados por su confiabilidad en la actualidad son: Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender, Test de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois (ITPA), Test de Desarrollo de la Percepción Visual de Marianne Frostig y la Escala de Inteligencia Revisada para el nivel escolar (WISC-R)

---

<sup>26</sup> *Ibid.*



Las pruebas anteriores pueden resultar una lista larga y tediosa para un niño, pero es indudable que cada una de ellas tiene una finalidad específica e importante para que sea considerada en la interpretación general del cuadro, al mismo tiempo que señala líneas de acción específicas para el tratamiento y posibles intervenciones en el ámbito familiar y escolar.

### **1. Estimación de las capacidades cognitivas y sociables del niño hiperactivo con déficit de atención**

Ya que la hiperactividad suele comenzar a manifestarse a temprana edad, se hace más notoria durante el inicio de las actividades escolares. El estudio de los problemas educativos y los de socialización que plantea el niño hiperactivo, son temas de gran importancia, pues además de estar estrechamente vinculados con su desarrollo general, ambas situaciones, (aprendizaje y socialización), son aspectos que encuentran espacio en la que quizá resulte ser la más angustiante experiencia del niño: la escuela. Y si además de esto, el niño es sometido a visitas continuas a centros de atención especializada, el binomio problema aprendizaje-socialización se verá cada vez más engrandecido.

Es por esta razón que tanto las instituciones de salud (hospitales, clínicas psiquiátricas y conductuales) y las educativas (escuelas) deben estar conscientes de que el niño hiperactivo es usuario al mismo tiempo de ambos servicios y que, de ninguna manera sus actividades deben interferir con las de la otra. Al contrario, lejos de que se entorpezcan deben compartir y complementarse en una visión y manejo integral del niño con el fin de minimizar lo más pronto posible sus dificultades.

#### Capacidades para la socialización

El profesionista que examina al niño debe decirle que su visita al psiquiatra o psicólogo es con el fin de conocer la forma en que se percibe a sí mismo y a su problema. Siempre se le debe decir, dependiendo de la maduración y funcionamiento cognoscitivo, lo que el médico piensa, por ejemplo; "parece que necesitas moverte constantemente porque tienes un sistema nervioso muy activo". También decirles los planes que están haciendo: "les he sugerido a tus padres que sólo te pidan hacer una cosa a la vez"; "trataremos de que ingreses a un salón de clases donde haya ocho niños en lugar de treinta, de manera que la maestra te pueda ayudar más", o "le diremos a tu mamá que te dé un medicamento que te ayude a permanecer quieto por un poco más de tiempo", "tendrás, en verdad, que poner mucho de tu parte para que disminuyan tus problemas".



Este método resulta apropiado para niños de hasta 14 años de edad aproximadamente, pero con algunas variaciones resulta benéfico para la mayoría de los casos. Un error que cometemos con frecuencia los adultos es hablar acerca del niño en su presencia, en lugar de hablarle a él. Un buen contacto directo, frente a frente, permite al niño empezar a conocer al adulto, a confiar en él y hasta quererle, lo cual favorece sus respuestas y cooperación.

La independencia del niño es rudimentaria. Poco puede hacerse sin la colaboración de la familia y de la escuela. El niño depende de ellos para sobrevivir. Si se le suspende de una escuela y después de otra, se convierte en "expulsado de segundo grado" y es verdad; la falta de atención especializada hace que estos niños realmente sean expulsados de las principales corrientes de vida social. Rechazados por el sistema escolar, encerrados después en sus habitaciones hasta parar en cualquier lugar sin compañía.

Al entender y respetar las dificultades y limitaciones del niño, pero sobre todo, reconociendo y reforzando por encima de éstas sus esfuerzos y aptitudes, el adulto estará en mejores condiciones para guiarlo hacia la ejecución óptima que corresponde a su fase particular de desarrollo.

En otras circunstancias pero bajo la misma línea de atención, los psicólogos escolares pueden reunir datos significativos para ayudar al maestro, siempre que el niño hiperactivo pueda cooperar con el examinador. Las pruebas se hacen generalmente dentro de estas áreas:

- Funciones motoras,
- Inteligencia general,
- Aprovechamiento y rendimiento escolares,
- Percepción visual y auditiva,
- Funciones del lenguaje,
- Memoria y,
- Emociones.

El niño hiperactivo llega a la escuela cargado de reproches, críticas y rechazos. Las tareas deben ser cortas, una página escrita en unos minutos puede ser el límite de su capacidad de concentración. Si el maestro estructura la actividad del niño, pidiéndole quizá que se acerque a su mesa con la página terminada, y entregarle al mismo tiempo otra tarea, puede hacer que el niño se anime a completar el trabajo al percatarse de la posibilidad que se le "ofrece" para descargar energía motora aceptable en el salón de clases.

Hogar, escuela y centro de atención especializada, deben compartir todas las observaciones e intervenciones que ayuden a prevenir las explosiones del niño, evitarle fracasos a su autoestima y favorecer en la misma dirección su proceso de socialización.



### Capacidades para el aprendizaje

Los niños hiperactivos tienen con frecuencia graves problemas de aprendizaje, (estudios realizados en 1988 señalaron que el 42% de ellos presentaban dificultades en este importante proceso), esto agrega mayor complejidad en el desempeño de emitir un diagnóstico y seleccionar una batería de evaluación apropiada, pues se abre así la disyuntiva de que la dificultad para aprender sea un problema básicamente de educación o bien un problema biomédico.

Los niños hiperactivos en la escuela están expuestos a que se les imponga la etiqueta de "incapacitado para aprender": esta casi automática asociación entre hiperactividad e incapacidad de aprendizaje, quizá sea debida al hecho de que por mucho tiempo el término "incapacidad para el aprendizaje" ha significado un trastorno en uno o más de los procesos psicológicos básicos necesarios que están de por medio en la comprensión y el uso del lenguaje hablado y escrito, pudiendo manifestarse en una habilidad imperfecta para escuchar, pensar, entender, hablar, leer, escribir, deletrear o hacer cálculos matemáticos, (excluyendo lesiones cerebrales, dislexia, afasia, alteraciones visuales, del oído o motores, marginación cultural o económica) (Whalen, C.K., 1983)

Con el paso del tiempo la concepción del problema ha cambiado la visión de comprensión y el enfoque para abordarlo. Los aspectos más importantes pueden resumirse de la siguiente manera:



**1.** Las teorías que logran explicar las "incapacidades de aprendizaje" versan sobre aspectos diversos, pero de todas ellas, lo siguiente es imprescindible:

a) Dificultades neurológicas (por ejemplo, desarrollo defectuoso, enfermedades del cerebro o dificultades vestibulares)

b) Problemas de integración, que pueden o no tener una base neurológica, por ejemplo; dificultades para proceder ordenadamente, para procesar el estímulo visual o auditivo, de la memoria y maduración lenta o retraso en el desarrollo, y

c) Problemas emocionales y conductuales (por ejemplo; anhedonia, depresión, ansiedad e hiperactividad).

**2.** Se reconoce un déficit en el procesamiento perceptual que da como resultado un problema específico de aprendizaje de cualquier tipo implicando una o varias de las modalidades sensoriales.



3. Se afirma además que puede sobrevenir una "incapacidad para aprender" a cualquier nivel intelectual porque los déficit en el procesamiento perceptual no tienen nada que ver con los niveles de funcionamiento intelectual.

4. Se ha reconocido que la enseñanza defectuosa (por ejemplo; incapacidad de las escuelas para enseñar a los niños adecuadamente o una historia errática de educación), resulta en muchos casos, situación suficiente para favorecer la "incapacidad de aprendizaje" y,

5. Ha comenzado a aceptarse que la "incapacidad para aprender" no es una categoría unitaria ni tampoco homogénea de diagnóstico, sino que representa un problema psicoeducativo complejo que merece un estudio y tratamiento especiales.

Ahora bien, la clave de las dificultades que sufre el niño hiperactivo, tal vez radique en el hecho de su fracaso para desarrollar, según crece, una mejor atención a los estímulos (la escuela va exigiendo cada vez más una mejor atención a estímulos visuales al introducir una gran variedad de tareas de lectura, matemáticas y de muchos otros tipos), además de emplear estrategias inadecuadas de memorización a corto plazo cuando se presenta un ritmo acelerado de trabajo.

Los problemas educativos que plantea el niño hiperactivo en el salón de clases han sido analizados por muchos autores y todos ellos señalan que las bases neurológicas, las dificultades de atención y la impulsividad son los principales responsables de tan notorias desventajas.

Resumiendo, podríamos decir en relación a las dificultades educativas del niño hiperactivo, lo siguiente:

- \* La conducta hiperactiva suele ir acompañada de bajo rendimiento escolar, aún cuando el promedio intelectual sea normal o superior.

- \* Las conductas disruptivas y las deficiencias en la atención interfieren con las actividades normales del aprendizaje, produciendo fallas en la adquisición de la información.

- \* El niño hiperactivo con frecuencia es impulsivo y tiende a tomar decisiones en forma muy rápida y desordenada. Esta manera de trabajar generalmente produce un mayor número de errores y dificulta el aprendizaje severamente.

- \* Todas estas dificultades de aprendizaje se hacen más patentes a medida que el niño crece y avanza en el sistema escolar, pues con la acreditación de grado aumentan considerablemente las exigencias en su rendimiento.



Además, actualmente también son contemplados dos factores más como circunstancias generadoras de un estado de desventaja académica en los niños hiperactivos: el de la motivación y el del contexto escolar.

La influencia de la motivación y el efecto de la escuela en los niños, son necesarios para la evaluación de la hiperactividad infantil.

Es decir, los alrededores físicos de la escuela, su organización, y hasta las características específicas de los propios profesores influyen en la conducta y el rendimiento académico de los alumnos que son hiperactivos: las expectativas del niño con respecto al éxito escolar y conducta, el acogimiento familiar, su sentido de competencia, hasta qué punto su conducta correcta o disruptiva es el centro de atención, y el modelo del profesor en cuanto a dotes de mando y autoridad, terminan configurando todo un espacio propicio para la aparición, intensificación o control de la conducta hiperactiva.

En la práctica real sabemos que una intervención directa basada en la escuela es una tarea que muy difícilmente se puede asumir, pero sin discusión alguna, este campo permite formarse una certera noción de las dificultades de aprendizaje del niño, de la relación maestro-alumno y de las características generales de la escuela. Los cuestionarios conductuales constituyen el complemento de un acercamiento más directo, real y comprometido; se debe ser capaz de crear una relación consistente con la escuela y cualquier otro tipo de institución que atienda al niño.

## 2. Principales líneas de tratamiento

Debido a la poca claridad existente en relación a los factores etiológicos de la hiperactividad, los tratamientos utilizados para su control y manejo han sido muy variados. Los tratamientos han oscilado desde la utilización de psicofármacos hasta la aplicación de terapias con enfoques psicodinámicos.

La medicación con estimulantes juega, desde hace ya mucho tiempo, un papel importante en el tratamiento de la mayoría de los niños hiperactivos. En los últimos años el tratamiento farmacológico se ha convertido en una modalidad de intervención nada desdeñable y no porque sea la panacea, - para algunos padres, maestros y terapeutas, esta es la piedra angular de recuperación, la salvación del problema -, sino porque se han apreciado mejorías notables en algunos aspectos.

Abordar el tema de farmacología sobre los niños con déficit de atención e hiperactividad resulta difícil, pues en muchos casos no resulta suficiente estudiarlo considerando solamente el diagnóstico, sino que es necesario incluir los factores sobre las diferencias individuales de los niños medicamentados: hay variación en las dosis que cada niño necesita para lograr los cambios comportamentales



deseados (de 0.5 mg. a 1.50 mg. diarios); hay mucha complejidad entre cuestiones éticas, teóricas, prácticas, legales y lógicas acerca del uso de medicamentos en la niñez, especialmente cuando se trata de aquellos que deben usarse por largos períodos de tiempo y, por último, los difíciles aspectos clínico-científicos de confiabilidad y validez.

La medicación estimulante actúa volviendo a niveles normales los grados de estimulación del sistema nervioso central, incluyendo los que corresponden a la acción inhibitoria, por lo que el niño obtendrá gradualmente mejores controles sobre sus rangos de conducta.

La farmacología, decía hace un momento, no es la panacea, pero aparte de sus efectos directos en determinadas áreas (mayor control de hiperactividad, reducción de la impulsividad, mejoría de la percepción auditiva y visual, aumento de la atención, mejoría de las relaciones sociales, etc.), no hay duda que permite aprender en mejores condiciones, pues mejoran considerablemente la disponibilidad y resistencia del niño para el proceso educativo.

La intervención farmacológica puede clasificarse y resumirse de la siguiente manera:

#### I. Estimulantes:

- a) Metilfenidato; Ritalin,
- b) Anfetaminas; Benzedrina y Dexedrina, principalmente,
- c) Pemolina

(Instrumentos que producen la disminución de respuesta a los estímulos externos; el niño ignora el flujo de estímulos y se concentra en una sola tarea; la actividad motora disminuye y la vigilancia aumenta; se recuerda más el estímulo central y menos el fortuito)

#### II. Medicamentos coadyuvantes (de resultados variables):

- 1) Anticonvulsionantes
  - a) Difenhidantoina; Epamin,
  - b) Carbamazepina; Tegretol,
  - c) Priomidona; Mysoline

(Cabe la prescripción de éstos en el caso del niño hiperactivo, sobre todo después de que indicado un tratamiento con los estimulantes, no se han logrado resultados halagüeños y en dosis siempre menores a las utilizadas en el caso de epilepsia)



### III. Tranquilizantes menores:

- a) Difenhidramina; Benadryl,
- b) Maleato de Parabromodilamina; Dixetane,
- c) Meprobamato; Equanil o Miltown,
- d) Clordiazepoxido; Librium,
- e) Diazepan; Valium

(Estos medicamentos reducen los síntomas en menor proporción y no causan somnolencia)

### IV. Medicación como placebo:

- a) Pastillas de simple almidón

(Efecto que se calcula ocurre en el 30% de los niños hiperactivos: se explica sobre la presencia de una sugestión de que sobrevendrá un cambio favorable y exitoso)

Ahora bien, es innegable que los niños tratados con medicamentos farmacológicos, generalmente, tienden a mostrar mejorías en las áreas ya señaladas. Sin embargo, a pesar de estas modificaciones conductuales principalmente, la medicación produce poca mejoría en los logros académicos y el rendimiento escolar de los niños. Es decir, las habilidades cognitivas más amplias -por ejemplo, las habilidades para razonar y resolver problemas concretos - no parecen modificarse directamente por los estimulantes

Entonces, ¿Cuál es esa "mejoría esperada"? Porque si bien todos los reportes sobre medicamentos muestran una utilidad definida, no debe pensarse que se trata de un tratamiento infalible al 100% de los casos (no se observa en todos los niños la misma modificación, unos mejorarán en la disminución de agresividad, otros señalarán la inhibición motora como mayor cambio y en algunos más, su mejoría apuntará a la resistencia y participación en el proceso de aprendizaje).

Con las observaciones anteriores puede reconocerse que el uso de estimulantes tiene varias desventajas; en primer lugar, la posibilidad de que se produzcan efectos secundarios como mareos, dolores de cabeza y estómago, náuseas, insomnio, aumento del ritmo cardiaco, etc. En segundo lugar, se han encontrado algunos casos en los que los niños son resistentes a los fármacos, es decir, que la efectividad puede ir disminuyendo e incluso llegar a desaparecer y, por último, los fármacos no producen cambios duraderos; tan pronto como se interrumpen, el niño regresa a los patrones originales de conducta. Tal parece que los estimulantes facilitan las condiciones para el aprendizaje, pero no son elemento suficiente para producirlo.





Esto hace evidente que el tratamiento psicofarmacológico por sí solo no modificará las desventajas que muestran los niños hiperactivos. Es por esta razón que se han propuesto, en los últimos años, tratamientos combinados de fármacos y condicionamientos.

Los procedimientos de modificación conductual han tenido la tendencia a ser de tipo convencional, tales como entrevistas de asesoramiento programadas regularmente y terapias de juego, individuales o de grupo. La eficacia de la psicoterapia para los niños hiperactivos resulta insuficiente, pues en varios de los casos, se centran en enseñar a los niños conductas incompatibles con su conducta hiperactiva, como sentarse, permanecer quieto y prestar atención en el aula, pero con esto no se asegura que los niños hiperactivos completen sus tareas, que aprendan y adquieran nuevos conocimientos académicos. Por ello, también comenzaron a preferirse la productividad, puntualidad y precisión académica como objetivos de intervención en estos niños y no reducirla a un control voluntario de movimientos y conductas.

La atención de estos niños demanda programas de refuerzo pedagógico altamente estructurados y planteados bajo cuestiones y consideraciones de clase y, por supuesto, de educación especializada.

Como ya de alguna manera se expresó en los apartados anteriores, la mayor parte de los niños con déficit de atención e hiperactividad tratados en forma integral (combinaciones equilibradas de fármacos, enfoques psicodinámicos y educativos), son los que se verán beneficiados considerablemente. En una proporción variable (variable debido a que no es posible conocer totalmente todos los factores y mecanismos presentes tanto en el niño como en el efecto del tratamiento elegido para él), la mejoría que puede esperarse se hace ostensible, afortunadamente, en aquellos aspectos que más interesan como objetivos de tratamiento y pronóstico.

- a) La impulsividad (incapacidad para controlar y regular las respuestas) es un aspecto conductual que se ve beneficiado notablemente, al mismo tiempo que se disminuyen los berrinches y las agresiones.
- b) La conducta social se ve afectada a veces de manera muy notable. De la extroversión excesiva y el conflicto interno personal, se pasa a un más adecuado comportamiento interactivo.
- c) Los aspectos afectivos suelen sufrir también un cambio favorable. De la dependencia afectiva que parece mostrar el niño hiperactivo se puede pasar a un comportamiento que demuestre con mayor claridad su afecto hacia las personas y la búsqueda de reciprocidad. Si ésta se produce, el niño se ve francamente gratificado y estimulado para, a su vez, incrementar su conducta afectuosa de una manera espontánea.



d) Posiblemente el cambio más significativo cuando se administra un tratamiento con estimulantes (Benzedrina, principalmente), y terapias psicoeducacionales seleccionadas, es la mejoría en las condiciones para el aprendizaje. Muchos profesores reportan que hay una clara superación en el cumplimiento de labores escolares. En gran parte se debe al aumento de los períodos de atención tanto en cantidad como en duración y calidad.

Se concluye que cuando un tratamiento interdisciplinario e integral es efectivo, produce cambios favorables en el área del aprendizaje del niño hiperactivo (especialmente lo relacionado a rendimiento y condiciones). Después de algún tiempo, deberán establecerse cortos períodos sin la administración de medicamentos, con la finalidad de reconocer el mejor momento para suspenderla de manera definitiva, pues solo después de haberlo hecho, pueden analizarse, retrospectivamente las mejorías alcanzadas.



## **CAPÍTULO CUARTO**

### **PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA EL APRENDIZAJE Y LA SOCIALIZACIÓN**

- A. Justificación**
- B. Fundamentación Teórico Metodológica**
  - 1. Concepción de aprendizaje para la propuesta**
  - 2. Bases didácticas**
- C. Objetivos**
- D. Pedagogía y formación profesional del pedagogo**
- E. Contenidos**



Las medidas de tratamiento que hasta ahora reciben los niños hiperactivos parecen ser a corto plazo reconfortantes. Esto lleva a proponer que la intervención terapéutica sea indistintamente multidisciplinar y que paralela o no a una intervención farmacológica, la acción pedagógica se convierta en algo absolutamente indispensable. Es decir, el entrenamiento en habilidades sociales y académicas deberá compaginarse con medidas de "pedagogía terapéutica" que posibiliten la distensión, la integración personal y las actitudes positivas hacia el niño y su entorno.

Considero pues, que previo a cualquier intervención es necesario:

**a)** Analizar la relación actual del niño en la familia, la escuela y otros ambientes. El objetivo será reconocer la actitud que los padres, educadores y compañeros tienen hacia el niño en cuestión; si lo ven como un desastre, como un caso perdido, como el que nunca cambiará, etc. Este análisis cobra importancia en la medida que se reconoce que la modificación de actitud hacia el niño puede conducir y acelerar verdaderos cambios y optimizar los procesos de su adaptación general a la vida académica y social.

**b)** Establecer una observación minuciosa de los comportamientos del niño, su frecuencia, intensidad y repercusión en sí mismo y los otros; situaciones estimulantes o contextos en que acostumbran aparecer.

**c)** Establecer si la conducta afecta a una o más modalidades del aprendizaje.

**d)** Valorar cuál es el reacomodo jerárquico de los diversos niveles de experiencia que el niño utiliza en el proceso de aprendizaje.

Partiendo del análisis de estos datos y, en caso de que se cuente con otras exploraciones neuropsicológicas, será posible plantear multidisciplinariamente programas de intervención que no sólo hagan hincapié en rasgos de "personalidad" (la hiperactividad, el negativismo, la facilidad para distraerse o la impulsividad, por ejemplo), sino que otorguen énfasis en la identificación de las capacidades que sí tienen los niños para aprender. Esto no significa que el número de posibilidades de aprender presentes en un niño pueda reemplazar o cubrir las funciones de las capacidades que se encuentran desfavorecidas o ausentes, no; lo que se intenta plantear es que actuando solamente en una dirección, sea ésta la del reforzamiento de las capacidades ya existentes (habilidades que ya se tienen) o la de suscitar nuevas (habilidades que están en desventaja o inexistentes), no se conseguirá un equilibrio entre las posibilidades reales del tratamiento y el desvanecimiento del problema.



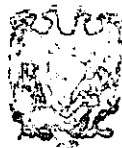
En la práctica de esta propuesta se tienen en cuenta algunas cuestiones, que con respecto a lo anterior, resultan muy importantes:

- \* Antes de educar al niño, debemos conocerlo, comprenderlo y respetarlo.
- \* Las áreas de aprendizaje que aparezcan con mayor desventaja y las que no están presentes, deben ser atendidas y estimuladas en la misma medida e interés que las áreas que se encuentran en niveles óptimos. Estimular las capacidades que resultan dificultosas para el niño, crear en él nuevas habilidades y reforzar ambas dimensiones al mismo tiempo, hará que se minimicen sus desventajas, permanezcan los aciertos y se consiga incrementarlos.
- \* Frente a los fracasos del niño no se puede limitar nuestra intervención a lo que se debe hacer para contrarrestarlos. Pedagógicamente, es más sensato encontrar lo que puede y debe hacerse en favor de la superación total del niño. Por esta razón es innegable que el tratamiento no consiste solo en "curar" con una terapia de aprendizaje, sino que también se corrige, se busca un ideal, un perfil singular de éxito y seguridad universal y eso es educación.
- \* Durante la intervención pedagógica debe tenerse presente que son urgentes el momento y la calidad de las acciones correctivas. Es absolutamente necesario intervenir concienzudamente sobre las necesidades generales y las posibilidades individuales; no es posible demorar la intervención pensando que con el tiempo (cuando llegue la adolescencia...), se solucionará el problema.

#### **A. Justificación de una alternativa pedagógica**

Los niños hiperactivos conforman un grupo desatendido de la educación en un salón de clases regular. En cada salón representan una minoría sí, (2 de cada 20 aproximadamente), pero finalmente son un número de alumnos que requieren ser tomados en cuenta por ser quienes más sufren de desventajas significativas en el proceso de aprendizaje, y si a ello le agregamos su desadaptación social, tenemos un panorama en verdad preocupante.

La atención que deben recibir estos niños debe ir más allá de una simple colaboración entre médicos, psicológicos, educadores y pedagogos, dicha cooperación es sólo parte del cometido.



Ninguna de las áreas parciales que asiste al niño puede moverse en planos independientes, pero sí deben mantener sus exigencias y realizar sus objetivos y metas particulares. Entre los profesionales involucrados, médicos, docentes, psicólogos, pedagogos, etc., debe existir un respeto absoluto a la labor respectiva y cautela para no ejercer presión de ningún lado y no crear mayor tensión en los niños. La posibilidad de cooperación no debe levantar barreras; tiene que haber un verdadero intercambio de experiencias; todas y cada una de ellas deben estar dispuestas a investigar conjuntamente con las otras y complementarse para que esta colaboración adquiera un verdadero y exitoso carácter integrador.

Quizá entre los profesionales que abordamos el caso no reconozcamos la importancia de la práctica del resto de las áreas que trabajan con la nuestra, pero el niño sí lo hace y esto es realmente lo valioso, pues hacia él va dirigido todo este esfuerzo.

A través de la acción práctica de la propuesta pretendo que los niños hiperactivos que están viviendo esta situación se vean beneficiados terminando con el divorcio entre su escuela, el tratamiento farmacológico y su vida misma, porque estoy convencida de que se trata de seres cuyas características no necesariamente se traducen en deterioros neurológicos, lo que posibilita un aprendizaje real, significativo y normal. Debemos ayudarlos para que,

"[...] al tener conciencia de su actividad y del mundo en que se encuentran, al actuar en función de finalidades que les proponen y se proponen, al tener el punto de decisión de la búsqueda de sí y sus relaciones con el mundo y con los otros, al impregnar el mundo de su presencia creadora a través de la transformación que en él realizan,"<sup>27</sup>

sean capaces de superar las condiciones en que viven y poder llevar una existencia acorde a sus ideales.

## B. Fundamentación Teórica Metodológica

Como base de esta propuesta retomo varias aportaciones, entre las que destacan las de Celestino Freinet, la explicación Constructivista y la Cognoscitivista.

Las aportaciones de Freinet se centran en la unión del niño con la vida y su medio y, lo más importante; se consideran los problemas y las inquietudes que con respecto a esa interacción, se despiertan en él. Brinda gran valor a las capacidades de adaptación y de acción del niño como elementos esenciales para el

---

<sup>27</sup> Paulo Freire., "Pedagogía del Oprimido", México., Siglo XXI., Editores., 1978, pag.115



establecimiento de los fundamentos educativos. Su Pedagogía esta construida por los intereses, necesidades y aspiraciones del niño, quien es visto como es, sin encajonarlo en moldes homólogos a los demás. Este hecho es fundamental para la presente propuesta, que compartiendo el compromiso de educación y comulgando con sus principios, tiene como base: "tomar a los niños tal como son, partir de sus necesidades, de sus intereses más auténticos... y poner a su disposición las técnicas más apropiadas y los instrumentos más adecuados ["ortopedagogía", *ortos* en una acepción de lo más adecuado para cada caso concreto], a fin de que la vitalidad pueda ampliarse, desarrollarse y profundizarse en toda su integridad y originalidad"<sup>28</sup>

Igualmente se considera importante la experiencia, vista como un método natural que va de la vida real a la abstracción de eventos, por lo que "el sentido común y la experiencia dicen[...] que la adquisición no se hace nunca mediante la explicación intelectual, [...] sino sólo por el mismo proceso general y universal del tanteo experimental que está en la base, desde siempre del aprendizaje de la lengua y el andar"<sup>29</sup>. Este sentido común es básico para la propuesta, ya que se trata de que el niño aprenda a aprender, aprendiendo y a hacer, haciendo, pues se pretende orientarlo más allá de la instrucción, que despierte en él una actitud motivada que lo conduzca a aprender eficazmente.



Otra parte teóricamente fundamental para la propuesta es la explicación Constructivista, que reposa en una concepción de la educación como un proceso social y socializador. En este contexto, la propuesta, como proceso planificado e intencional, pretende el crecimiento personal de los chicos a los que se dirige, organizando experiencias y situaciones en las cuales puedan construir significados de aprendizaje específicos.

La postura Constructivista, y a la que pretende imitar esta propuesta, encuadra un función claramente socializadora: con la forma activa y creativa involucrada en la adquisición de aprendizajes, el niño podrá relacionarse de forma significativa y no arbitraria con sus experiencias y conocimientos previos, de esta manera, es como puede producirse una integración y una modificación en su estructura cognitiva. Se pretende que lo anterior sea válido tanto para los aprendizajes de contenidos (tipo conceptual), los aprendizajes de estrategias y procedimientos, así como el caso de las actividades, valores y normas.

Ahora bien, conseguir que un aprendizaje sea significativo no es una cuestión que pueda quedarse al azar, puesto que implica la presencia simultánea de un cierto número de condiciones: relativas a la lógica y coherencia del contenido que se pretende que el niño adquiera; la utilización de procedimientos auto instructivos, el entrenamiento de la automediación para la formación de estrategias cognitivas

<sup>28</sup> Elisa Freinet, "Nacimiento de una Pedagogía Popular", Barcelona. Laia., 1975., pag. 127.

<sup>29</sup> Celestino Freinet, "Los Métodos Naturales II: El Aprendizaje del Dibujo". Barcelona. Fontanella - Estela. 1970, pag 20



correctas, etc., y las relativas a la disponibilidad en el niño de conocimiento previo relevante que permita atribuir significación a la nueva información. La potencialidad de un aprendizaje significativo parte del bagaje del niño, de lo que ya posee, la propuesta comparte este principio; partir no de las carencias del niño, sino de aquello que ya se incluye y de lo que puede ser incorporado en su repertorio y, además señala que el niño debe sentirse motivado hacia ello, que le encuentre sentido a lo que se le propone, que le vea una finalidad clara.

Los comentarios anteriores aluden la necesidad que tiene esta propuesta de reposar también en algunas premisas del enfoque metacognitivo, especialmente las referidas a la toma de conciencia y comprensión del niño por medio de su autoconocimiento y la asociación a procesos de reconocimiento, identificación e inferencia de significados a aprendizajes nuevos (cognición).

La metacognición involucra, dar sentido a las experiencias, la demostración del conocimiento, la comprensión y la conciencia de las estructuras cognitivas que posee cada individuo; cuando se aumenta la comprensión sobre las dificultades de aprendizaje que presenta el niño, se inicia la conducción hacia la formulación de técnicas productivas que puedan contrarrestarlas.

La propuesta está acorde al enfoque metacognitivo en lo referente a las posibilidades de que el niño sea consciente de sus propios procesos de pensamiento. Los principios de la metacognición son atractivos para la propuesta, porque enfatizan ayudar a los niños en el desarrollo de estrategias de aprendizaje que trabajen para ellos y que su nivel de pensamiento codifique posibles acciones de planeación, evaluación y desarrollo de estructuras resolutivas a problemas.

Considero pues que la metacognición debe ser el pilar esencial en esta propuesta porque, basándome en sus enfoques, persigo que los niños se vuelvan activos en su propio aprendizaje, que el desarrollo de su conciencia sobre sus propias capacidades y dificultades (funcionamiento cognitivo) les asegure un procesamiento eficaz de información ambiental organizada y regulada para la integración y retención de los nuevos conocimientos adquiridos.

Por todo lo expuesto, se puede inferir que este trabajo se centra en las características y en los intereses de los niños hiperactivos y que, por lo tanto, convendría que fuera flexible en la determinación de contenidos y actividades a realizar, basándome en el entendido de que debe ser un aprendizaje significativo, ya que el niño es capaz de construir el conocimiento tomando como punto de partida su experiencia, aunada a su motivación y deseo por ello.





Para finalizar, es indispensable mencionar que la propuesta no presenta un programa o un "plan de estudios" formal; sin embargo, sí se involucran lineamientos pedagógicos, psicológicos y filosóficos conforme a los cuales se pone en práctica un proceso educativo conducente, una formación planificada y claramente intencionada.

## 1. Concepción de aprendizaje para la propuesta

Actualmente existe una coincidencia en señalar, desde concepciones y enfoques psicológicos y pedagógicos, la importancia del aprendizaje significativo como elemento clave de la educación. Se insiste en que únicamente los aprendizajes significativos consiguen promover el desarrollo personal de los niños.

En realidad, algunas de las ideas que subyacen al aprendizaje significativo, cuentan con numerosos antecedentes históricos. En primer lugar aparecen los movimientos pedagógicos de principios de siglo: Rousseau y los que responden a autores destacados como Dewey, Ferriere, Montessori, Freinet, Ausbel y muchos más que comparten el principio de autoestructuración del conocimiento, es decir, ven al niño como el verdadero agente y responsable último de su propio proceso de aprendizaje. Otro aspecto importante de esta teoría es el principio de que el niño adquiere el conocimiento con sus propios medios, el acto de descubrimiento, "mediante el uso de su propia mente" (Bruner, 1961).

Se pretende que estos antecedentes del concepto de aprendizaje significativo sean utilizados en el discurso y práctica de esta propuesta pedagógica. El concepto de aprendizaje significativo en este trabajo rastrea antecedentes con la intención de mostrar con claridad que encierra una importante potencialidad como instrumento de reflexión e intervención pedagógica en la educación de los niños con déficit de atención e hiperactividad.

Memorizar, acumular hechos, repetir datos e informes, ser simple receptáculo de conocimientos que trata de transmitir el maestro-conferencista, equivale a anular el propio criterio del educando e incapacitarlo ante los problemas que la vida real plantea. A esto equivale una noción falseada del aprendizaje y que por desgracia continúa aún en nuestras escuelas, en detrimento de los niños, de su desarrollo y aprendizaje.

En la actualidad, los pedagogos consideramos necesario que lo anterior debe cambiar. Alfredo Aguayo sostiene que aprender no quiere decir estudiar en los libros, ni escuchar lecciones orales, ni retener algo en la memoria, (puesto que esto es una parte del aprendizaje, más no un aprendizaje en sí), sino "adquirir una nueva forma de conducta o modificar una anterior".



Consecuentemente a esto, se infiere que no basta transmitir conocimientos, sino también, enseñar a pensar y a actuar. La fijación de un conocimiento se realizará siempre que en el acto de aprender intervenga el interés del niño.

La influencia de la Psicología en este terreno señala que en todo proceso de aprendizaje, por muy intelectual que pueda parecer, va más o menos acompañado de elementos afectivos y tiende a modificar actitudes. Estas modificaciones dependerán de una multitud de factores conexos, pasados y actuales, interiores y exteriores del interesado.

Aprender no significa solamente memorizar, sino que abarca toda una vida, con sus habilidades, actitudes, conocimientos, creencias y sentimientos, propósitos y oportunidades, teniendo como finalidad modificar la conducta, pero no de manera mecánica, sino donde cada aprendizaje tenga un efecto integral en el niño; es decir para que sea eficiente necesita penetrar y permanecer en la vida y experiencia reales del niño.

El interés del niño, la libertad de elección y la significatividad del aprendizaje deben respetarse para que la labor que se plantea en esta propuesta sea productiva y satisfactoria para los niños, y no meramente una imposición externa.

Para terminar con este apartado es necesario comentar que el énfasis ya no reside en la competencia intelectual del alumno, sino más bien en la existencia de conocimientos previos pertinentes para el contenido a aprender, que dependen por su puesto, en parte de dicha competencia intelectual, pero también, y sobre todo, de las experiencias previas de aprendizaje, tanto escolares como extraescolares.

El concepto de aprendizaje significativo supone, ante todo, un cambio de perspectiva radical en la manera de entender el proceso de enseñanza-aprendizaje. El presente trabajo pretende poner de relieve la importancia del conocimiento previo del alumno y, en general, de sus procesos de pensamiento.

Lo que Celestino Freinet advierte es muy ilustrativo para este caso: si el niño ... "no tiene sed de conocimientos, si no le apetece en absoluto el trabajo que le presentas, será también una pérdida de tiempo entonarle al oído las demostraciones más elocuentes. Es como si le hablaras a un sordo. Podrás halagar, acariciar, prometer o golpear; el caballo no tiene sed y no beberá"<sup>30</sup> Lo esencial aquí es despertar esa sed en los niños con déficit de atención e hiperactividad, pues sólo ellos pueden aprender de acuerdo con sus propias características personales y su ambiente.

---

<sup>30</sup> Fernando Jiménez Mier y Terán. (Comp.), "Freinet, una Pedagogía de Sentido Común". México, SEP-El Caballito., 1985., pag 36.



## 2. Bases Didácticas

La serie de medios para alcanzar y hacer realidad los planteamientos teóricos anteriores, pretenden proveer al niño hiperactivo de los elementos necesarios para superar sus dificultades educativas en el entendido de que debe centrarse no sólo en aspectos cognoscitivos sino también en los afectivos y de autoestima.

Por lo anterior, esta propuesta plantea como rubros didácticos imprescindibles: la necesidad de una relación pedagogo-niño horizontal y amistosa; la importancia de la afectividad y la asistencia individualizada como forma de trabajo, a fin de que la intervención pedagógica se desarrolle de forma natural y motivante para ellos.

Se comprende que si el niño hiperactivo está contento y motivado con las actividades que se le sugieran, disminuirán los pensamientos negativos acerca de sus características y sus desventajas; una valoración positiva que realice de su trabajo y personalidad, le brinda confianza en sí mismo y cada vez que realice una actividad con éxito, se sentirá capaz de repetirla.

Todas estas acciones aunadas a un proceder congruente del pedagogo, a la continuidad de su apoyo y cariño y a la demostración de que disfruta de la compañía y de los logros del niño afirman y van ampliando gradualmente su horizonte cognitivo, afectivo y creativo, permitiendo "que el niño tantee, alargue sus tentáculos, experimente y surque, investigue y compare, husmee libros [...] hunda su curiosidad en [...] el conocimiento, en busca del alimento que le es sustancial"<sup>31</sup>



Por último, y para finalizar este apartado, es necesario mencionar que la insistencia de una intervención pedagógica individualizada se debe a que los niños hiperactivos, por sus tratamientos, sus actividades escolares y por sus características individuales, no pueden ser concertados a una hora y lugar fijos. Ello exige que la planeación del trabajo sea flexible al resto de sus actividades, sin que por eso queden truncadas o se presione al niño para terminarlas. Se reitera una vez más que lo que se anhela es una coeducación que respete y atienda las peculiaridades de cada niño.

## C. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es vincular la escuela, el tratamiento médico-farmacológico y la vida social de los niños hiperactivos, brindando la oportunidad de contar con un programa de educación que les ayude a superar, o por lo menos

---

<sup>31</sup> *Idem.*, pag., 132.





a disminuir, los problemas afectivos, psicológicos, cognoscitivos y sociales que se les presentan. Sin embargo, la puesta en práctica de este proyecto no debe verse como una "varita mágica" que resolverá el problema. Se trata simplemente de un esfuerzo serio que pretende contribuir al desarrollo de sus potencialidades, a superar en la medida de lo posible, sus limitaciones, y a involucrarlos de manera efectiva a su entorno.

Otras finalidades, igualmente importantes, que resultan más específicas, pero que son indispensables para el alcance del principal objetivo, pueden ser descritas de la siguiente forma:

- Conocer y distinguir las características de los niños hiperactivos a fin de que los contenidos, la metodología y los objetivos de enseñanza sean acordes a sus intereses y necesidades de aprendizaje.
- Potenciar el aprendizaje considerando tanto el escolar como el social. Esto supone en primer plano, que las técnicas de enseñanza deben adaptarse al modo particular de aprendizaje de cada niño, y en segunda instancia se señala que estos niños deben aprender a relacionarse con los demás, de modo que también necesitan una formación en habilidades sociales.
- Ayudarlos a enfocar y conservar su atención y a mantener bajo control sus respuestas impulsivas. Los niños hiperactivos necesitan planear anticipadamente sus actividades, por lo que la propuesta se dirige a que adquieran sencillos métodos que les permitan detenerse a pensar y proceder con cautela.
- Favorecer su autoestima. Estos niños necesitan comprender mejor sus propias características y reflexionar sobre el efecto que sus acciones tienen en los demás, por lo que se persigue que logren reestructurar sus valores y afectos, para que eleven su propia valía reconociendo y aceptando la posibilidad de mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales, tan pronto superen sus dificultades.

#### **D. Pedagogía y formación profesional del pedagogo**

A través del desarrollo de este capítulo y recordando los antecedentes de este trabajo, pero sobre todo, teniendo en mente prevenir el fracaso escolar y los problemas de aprendizaje y adaptación social en general de los niños con déficit de atención e hiperactividad, se convierte en una ineludible necesidad colocar a la Pedagogía como aspecto importante e indispensable dentro del manejo educativo de estos niños.



Para los niños con déficit de atención e hiperactividad, más que para cualquier otro tipo de población escolar, hace falta una mejor educación, una educación de hábitos más que de presiones. La Pedagogía necesaria es aquella que reconozca que cualquier "material humano" es susceptible de cambiar.

El que los niños reciban mejor educación para desarrollar mejores hábitos, para optimizar los menguantes recursos que los rodean, para buscar por esa vía (la educación) un reencuentro consigo mismos y para crear actitudes más constructivas y reconstructivas, es reconocer la importancia de educar y poner atención a las ciencias de la educación como necesidades de primer orden y no como meras obligaciones.

Los conocimientos y aptitudes requeridas para la educación de los niños con déficit de atención e hiperactividad son básicamente los de una buena pedagogía. Esto es, la capacidad de evaluar las necesidades especiales, de adaptar el contenido de los programas de estudios y de individualizar los procesos pedagógicos para responder a un mayor número de capacidades.

La Pedagogía de la que hablo debe ser especializada, paralela y con fines de complementación y movilidad a una educación completa que no la cubre la escuela con su presencia física, y tampoco puede depender totalmente de la familia. La Pedagogía y la Educación son más que un simple embudo de información y de memorizaciones que se olvidan bajo la sombra de la rutina. Se trata más bien de reexaminarse con miras a trabajar en diferentes contextos y desempeñar un papel clave en los programas relativos a las necesidades educativas más auténticas de estos niños, de buscar la existencia de un núcleo común y un método general y dirigido capaces de sufragar cualquier tipo de dificultad de aprendizaje.

No todas, pero sí una buena parte de las desventajas, que atañen a los chicos con déficit de atención e hiperactividad, podrían disminuir con una mejor educación que no necesariamente emane de inversiones colosales o instalaciones espléndidas, sino de la labor diaria y de la actitud de cada pedagogo.

Debido a que en él recaerá gran parte de la responsabilidad de poner en práctica, con éxito esta propuesta, su designación no puede llevarse a cabo al azar.

Lo ideal para la propuesta es que las personas encargadas de su práctica, cubran un perfil congruente con la labor *sui generis* que tendrán que desempeñar, puesto que trabajar con niños con déficit de atención e hiperactividad muchas veces resulta agobiante y poco gratificante por la tardanza de los resultados.

Estas personas además de cubrir una formación multidisciplinaria que no renuncie a los conocimientos que aporta la coherencia entre la psicología y la educación y en la que estén presentes la exigencia de tipo teórico metodológico y una necesidad constante de tipo profesional y humanístico, deberán poseer características personales especiales que agilicen el alcance de los objetivos.



El pedagogo encargado de la educación y atención de niños hiperactivos debe ser paciente, valorar los adelantos (que en muchos casos resultan relativamente pequeños) y que no se sienta frustrado por el lento alcance de los objetivos; que sea flexible y capaz de aceptar lo excepcional sin escandalizarse (hay niños hiperactivos cuya conducta es en verdad desordenada y de difícil control).

Deberá desarrollar su labor involucrándose con los niños en una acción sincera, natural y sensata propiciando que el niño se exprese con mayor facilidad y se reconozcan con ello las más oportunas y convenientes líneas de intervención; deberá convertirse en un compañero especial para el niño, tendrá que orientarlo, tener fe en él y en su capacidad, aceptar que el niño es capaz de construir su propio conocimiento; que ame a los niños y a su profesión.

Si lo anterior se consigue, el niño encontrará en él el apoyo que tanto está requiriendo, porque encausando así las acciones... "[...] se fortalece el ámbito pedagógico del niño [...] se le permite afrontar mejor sus desgastes y las agresiones psicológicas [...], y le permite resolver mejor, por sí mismo, los problemas psicológicos [...] que en algunos casos bastan para bloquear su evolución"<sup>32</sup>

Es importante destacar que para el trabajo con niños hiperactivos también se necesitará que el pedagogo manifieste, desde el principio, el establecimiento y fijación claros de los límites para las conductas del niño y ser persistente en el quehacer de guiarlo hasta que él mismo comprenda que estos no son obstáculos para su aprendizaje, sino medidas necesarias para su progreso.

Paralelo a esta acción, el pedagogo deberá ser capaz de proyectar fuerza de carácter, ganas y alegría de vivir, porque será una guía y ejemplo a seguir para los niños, ya que como dice Freinet;

"[...] no podrás preparar a tus alumnos para que construyan mañana el mundo de sus sueños si tú ya no crees en éstos; no podrás prepararlos para la vida si no crees en ella; no podrás mostrar el camino si te has sentado, cansado y desalentado [...]"<sup>33</sup>

En conclusión, el pedagogo tiene, en el manejo educativo del niño hiperactivo, una labor que involucra conocimiento, respeto, responsabilidad y afecto que buscará, por todos los medios posibles, la consecución de las metas que se haya propuesto alcanzar.

<sup>32</sup> C. Berteloot y Barre. "Aspectos Terapéuticos de la pedagogía Freinet", Barcelona, Laia, 1980., pag 80.

<sup>33</sup> Fernando Jiménez Mier y Terán., Op. Cit., pag 128.



Debe tenerse siempre presente que en cualquier acción educativa, pero con mayor razón en la dirigida a los niños hiperactivos,

“[...] el éxito del aprendizaje depende, en gran parte, de un conductor que establezca mejores condiciones para favorecer el acto educativo; que reconozca y estimule los logros de los niños; que propicie un ambiente abierto al diálogo, a la espontaneidad y la comprensión, con objeto de que el niño participe, descubra, investigue y ejerza su capacidad de crítica, elección y creación”.<sup>34</sup>

## E. Contenidos

Hablar de contenidos en el ámbito educativo es muy común, pero hoy en día la cobertura de éstos ha llegado a convertirse en una actividad compulsiva por parte de muchos educadores.

En esta propuesta no se persigue, como ya se había aclarado en el inicio de este capítulo, que los contenidos sugeridos conformen un programa rígido en el proceso educativo de los niños hiperactivos, sino que sean un aspecto importante de éste en la medida en que permitan visualizar aspectos más humanos que se generan dentro de la actividad de enseñanza-aprendizaje.

Las capacidades y habilidades que requieren ser reforzadas para que los niños con déficit de atención e hiperactividad obtengan un aprendizaje exitoso no son únicas ni unánimes en todos los casos, pero recordando que estos niños pueden tener una organización mental distinta y trastornos característicos en la percepción, la formación de conceptos y la conducta, es adecuado dirigirse al fortalecimiento de áreas como la atención, la percepción visual, la memoria y el comportamiento. Sin embargo, cabe señalar que lo expuesto aquí no subraya ninguna modalidad o canal determinado. Por el contrario, el procedimiento que se propone es uno que sea ecléctico; que permita una estimulación de intermodalidades; que se empleen las entradas auditiva, visual, cinestésica y táctil en diversas combinaciones y niveles para permitirle al niño aprovechar sus zonas de fuerza y, al mismo tiempo, mejorar sus áreas débiles. La presente propuesta más que elaborar un método específico, intenta ofrecer un procedimiento didáctico para la atención educativa del niño con déficit de atención con hiperactividad.

---

<sup>34</sup> Ma. Teresa Alonso Palacios, “La afectividad en el niño: Manual de actividades preescolares”. México., Trillas, 1985, pag 39.

# ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Karina Guerrero Rojas

Pedagogía

Déficit de Atención e Hiperactividad



Las áreas de estimulación y trabajo que sugiere la propuesta son las siguientes:

I. La Percepción Visual,

II. El reforzamiento de habilidades psicolingüísticas:

- Atención
- Memoria

III. La Reducción de la Hiperactividad:

- Ejercitación del control voluntario

IV. Enseñanza de estrategias de aprendizaje

V. Estructuras ambientales:

- Adecuación de espacios y tiempos
- Lo que puede hacerse en la escuela, la casa y el mismo niño hiperactivo para ayudarse.

Es importante señalar en este momento que al inicio de las actividades puede proponerse al niño una evaluación inicial, que haga referencia a aspectos sobre su memoria, su atención y su manera de responder y trabajar. Esto tiene una finalidad eminentemente motivadora y de descubrimiento de sus propios hábitos (si los posee) para abordar tareas y para aprender. Al final de las actividades se propondrá una evaluación final que recapitule las tareas realizadas y reflexione acerca de todo su proceso de conducción y resolución.

Deberá explicarse a los niños que distingan entre lo que es memorizar y lo que es recordar para aplicar y aprender. Lo primero sólo le exige retener la información, mientras que lo segundo exige evocar con frecuencia lo que ha aprendido (memorizando comprensivamente), o tener rutinas o claves de acceso a la información, mediante asociaciones o reviviendo mentalmente lo aprendido. En la medida que esta explicación sea interpretada exitosamente por el niño, se contará ya con una buena parte del camino recorrido, pues el niño poco a poco irá responsabilizándose de su progreso en el aprendizaje.

## I. Percepción Visual

Las facultades perceptuales constituyen uno de los puntos centrales de esta propuesta, ya que es muy frecuente que aparezcan alteraciones de la percepción en la mayoría de los niños hiperactivos y, porque su eficiencia es indispensable para el aprendizaje.





La percepción visual, es la facultad de reconocer, discriminar e interpretar estímulos visuales asociándolos con experiencias anteriores. La percepción visual no es simplemente la facultad de ver en forma correcta, sino que también está referida específicamente a aquellas operaciones cerebrales que exigen la interpretación y organización de los elementos físicos y simbólicos de los estímulos. Por ejemplo, cuando observamos estas cuatro líneas □, la impresión sensorial de ellas se produce en la retina, pero su reconocimiento en forma de cuadrado, sucede en el cerebro.

La percepción visual interviene en la mayoría de las acciones que ejecutamos y su eficiencia ayuda al niño a aprender los requerimientos necesarios para leer y comprender, a realizar operaciones aritméticas y en general, a desarrollar habilidades indispensables para obtener éxito en las tareas escolares. Además, para la mayoría de los autores, el ajuste perceptivo es la base sobre la que se estructura la formación de conceptos, la capacidad de abstracción y el comportamiento simbólico cognoscitivo.

En el específico caso del niño con déficit de atención e hiperactividad, la insistencia en la importancia de la estructuración perceptual como requisito del éxito académico, es aún más notoria, pues debido a las alteraciones perceptuales que éste presenta se ven afectados directamente campos determinados del aprendizaje de ciertas asignaturas.

Los tropiezos que el niño hiperactivo encuentra en esta área pueden describirse como una dificultad para entender o interpretar lo que ve, con frecuencia no comprenderá el material gráfico con el que tendrá que trabajar, lo que lo hará poco hábil en el establecimiento de relaciones significativas de la información visual que reciba. Esto implica, educativamente hablando, que el niño pueda tener dificultad para distinguir semejanzas y diferencias, para discriminar letras, para seguir los renglones de la lectura y comprenderla, para diferenciar formas geométricas, volúmenes y tamaños, para efectuar cerramientos en palabras y puede no desarrollar ideas de significado real sobre conceptos u objetos ambientales necesarios para su aprendizaje y desarrollo en general, por no reconocer lo "relevante" de su campo visual.

Las medidas correctivas que se proponen son de aplicación sencilla pero persistente sobre prácticas de:

### **Coordinación Visomotora**

(Capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo o de alguna de sus partes)

- Prácticas sobre coordinación visomotora general; mejorar la calidad de movimientos del tronco, cabeza y extremidades.
- Prácticas de la coordinación ojo-mano; desarrollo de la integración de sistemas tacto-visuales.
- Prácticas de los movimientos oculares; lograr grados de exactitud en los movimientos de seguimiento de figuras con los ojos.

### **Percepción de Figura-Fondo**

El niño hiperactivo cuenta con una escasa habilidad para discriminar figuras relevantes dentro de un fondo saturado de estímulos.

Es desatento y desorganizado porque su atención "salta" de un estímulo a otro aunque no tenga relación alguna con lo que está haciendo. Presenta especial dificultad para destacar estímulos extraños -sean auditivos, visuales o táctiles- y lo llevan constantemente al desvío de su atención provocándole problemas de omisión (no concluir con las actividades asignadas, omitir párrafos o secciones de alguna lectura o copia, o no conseguir la resolución de ejercicios ya conocidos por el niño cuando estos son presentados en distintos estilos gráficos de diseño y espacio).

Los objetivos generales de los ejercicios de figura-fondo son desarrollar la capacidad del niño hiperactivo para enfocar su atención en los estímulos adecuados para el cumplimiento de sus actividades. Que el niño pueda ver con claridad y en el orden adecuado, las figuras y símbolos escritos o impresos sin distraerse con el resto de los estímulos que lo rodean.

- Práctica sobre ejercicios de discriminación de formas, figuras, colores, tamaños, etc.,
- Práctica en las tareas de selección. Concentrarse en determinados estímulos; actividades sobre el reconocimiento de objetos o símbolos gráficos ocultos entre un bagaje confuso; actividades sobre la identificación correcta de cualidades (físicas o auditivas) dentro de una mezcla de 2 ó más tipos de estímulos.

### **Constancia Perceptual**

El niño hiperactivo presenta dificultades para reconocer las propiedades invariables que poseen objetos y estímulos visuales en general cuando estos cambian de dimensión.



El objetivo de incluir este entrenamiento es ayudar a que el niño desarrolle la habilidad de generalizar el significado que adquiere del material visual; que aprenda a reconocer los estímulos visuales (formas geométricas, tamaños, colores, palabras, imágenes, etc.), como elementos únicos e invariables aún cuando aparezcan en contextos desconocidos o en diferentes tipos de imprenta gráfica.

- Práctica sobre la discriminación de tamaño, forma y color en distintos planos gráficos.
- Prácticas sobre la manipulación de objetos y materiales separándolos y creando estructuras con bloques de diferentes formas y tamaños.
- Práctica en el reconocimiento de imágenes tridimensionales en un plano bidimensional y viceversa (trasladar imágenes visuales a la representación física de un objeto; por ejemplo reconocer el dibujo de un cuadro y darse cuenta de que una ventana o un marco también lo son).
- Práctica en el uso de palabras - conceptos que resulten semejantes (uso de sinónimos y antónimos apoyados en ilustraciones que muestren objetos en perspectiva).

### **Posición en el Espacio**

Para la mayoría de los niños hiperactivos, comprender la relación que guardan los objetos en el espacio que los rodea, es una actividad difícil, por lo que con frecuencia su "mundo visual" está deformado, por no conseguir ver los objetos o símbolos escritos en la relación correcta con respecto a sí mismo.

No es raro que el niño hiperactivo presente problemas académicos cuando confunde letras, palabras, frases, números y figuras en general por "verlas de manera distinta".

- Práctica en actividades de reconocimiento de la posición de su cuerpo en relación con objetos.
- Práctica sobre la direccionalidad (establecer la orientación de derecha e izquierda en relación con la propia persona y con la de los demás).
- Prácticas sobre actividades tridimensionales que ayuden al niño en la percepción de inversiones y rotaciones de las figuras.



## Relaciones Espaciales

La capacidad para percibir las relaciones espaciales que guardan los objetos distribuidos en el espacio, con respecto a un observador o entre estos mismos, se desarrolla después de la más simple percepción de la posición en el espacio.

Los niños hiperactivos necesitan reforzar esta área con el fin de que sean capaces de observar y desenvolverse en cualquier número de partes en que sea dividido su campo visual.

- Prácticas sobre simetría (imágenes en espejo)
- Prácticas en la manipulación de objetos que "cubran" espacios y volúmenes determinados por alguna instrucción.
- Prácticas sobre el empleo del cuerpo para desenvolverse en espacios determinados (conseguir que el niño aprenda también las palabras que designan su posición en relación con los objetos).

## II. EL Reforzamiento de Habilidades Psicolingüísticas

Como también han sido incluidos trastornos del pensamiento entre las características que describen al niño hiperactivo y recordando que previo a cualquier intervención pedagógica es necesario valorar el "reacomodo jerárquico" de los niveles de experiencia que utiliza el niño para el aprendizaje, se hace necesario incluir entre los contenidos de esta propuesta, tempranas experiencias que auxilien en el establecimiento de los conceptos abstractos.

Es decir, si aceptamos que la percepción es un reconocimiento y discriminación de estímulos, ésta siempre tendrá vinculación directa con lo tangible y el pensamiento, por otro lado, puede estar relacionado con algo que no se encuentra presente, algo que pueda ser inferido con base a ello o quizá algo que no tenga nada que ver con lo que está presente. Así que la percepción se convierte en "los bloques" que sirven para la construcción del pensamiento. Estos "bloques" son la recepción auditiva y la visual; la asociación auditiva y visual; la expresión auditiva y verbal; el cierre visual; la memoria visual y auditiva y la atención.

Ahora bien, parece ser que los niños hiperactivos muestran una interrupción en el desarrollo de uno o varios de estos procesos escalonados. Aplicando el test psicométrico (Illinois Test of Psicolingüistic Abilities ITPA), puede determinarse el punto en que se ha producido la interrupción en el desarrollo y llevarle paso a paso hasta que el niño consiga sufragar esas deficiencias y, aunque es posible que los niveles alterados suelen variar mucho entre un chico hiperactivo y otro, se puede



observar que el común entre ellos es la dificultad de clasificar y formar conceptos basados en sus experiencias concretas y directas con los objetos y sus atributos.

Las tareas de clasificación perceptual (selección) ayudan a preparar a los niños para la clasificación abstracta. La memoria y la atención son las habilidades sobre las que se basa este proceso, por lo que el presente trabajo las coloca como áreas de entrenamiento indispensable para el manejo educativo del niño hiperactivo.

## Atención

La atención es un proceso de orientación mental que tiene un carácter selectivo hacia determinados estímulos. El proceso atencional implica una focalización-concentración de la propia actividad cognoscitiva en un estímulo o actividad y, a su vez, la inhibición simultánea de los demás estímulos o actividades. Ello es debido a que la cantidad de información que llega a nuestros receptores sensitivos (auditivos y visuales, fundamentalmente), es ingente y desborda las posibilidades sensoriales de podería captar y posteriormente procesar y codificar.

Esta propuesta considera que para el caso particular de los niños hiperactivos, es necesario postular la existencia de un filtro o mecanismo que permita atender solamente a aquello a lo que se desea, en función de variables como la motivación ("quiero hacer eso"), el interés ("me gusta hacer eso"), la complejidad de los estímulos, la modalidad sensorial de recepción, el estado psicofisiológico, etc. (Barca y Santorum, 1997)

La atención voluntaria es la que más interesa desarrollarse en el contexto de aprendizaje del niño hiperactivo para que responda conscientemente ante los estímulos, y sea él el que determine a qué cosas atiende y cómo debe hacerlo.

Para dirigir didácticamente estas actividades de "tomar conciencia" sobre lo que debe atenderse, es necesario nuevamente cargar la práctica con enfoques metacognitivos y reconocer así la existencia de la meta-atención que sería el control consciente y voluntario que el niño puede realizar sobre su propio proceso de atender cuando está realizando una tarea. Ello exige que los niños se den cuenta de que se distraen y que eso afecta negativamente a la actividad que están realizando. Para alcanzar tal conciencia deben ponerse en funcionamiento estrategias de control de la atención.

Entre las estrategias propuestas para atender mejor están:

- \* La conducta de rastreo visual,
- \* La focalización (visual y auditiva); mirar bien las cosas; atender a una sola de ellas.
- \* Las conductas visuales comparativas,



- \* Las autoinstrucciones (hablarse a sí mismo), ¿a qué atiendo?,
- \* La revisión-corrección de tareas; después de atender, pensar.

En la práctica de estas estrategias la propuesta señala que el niño hiperactivo deberá conocer y tener conciencia sobre:

- \* La naturaleza de la tarea; entender lo que hay que hacer, tener identificada y clara la demanda o instrucción a realizar.
- \* La estrategia atencional más conveniente; decidir cómo se atenderá a la tarea para resolverla.
- \* La calidad de la tarea realizada; evaluar cómo se ha hecho la actividad.

Se persigue que el niño hiperactivo sea capaz de asociar la ejecución de su tarea con posibles estrategias que lo hayan ayudado a hacerlo. Esto constituirá logros en el desarrollo de su pensamiento metacognitivo y tomará conciencia de lo que necesita para atender cada vez más y mejor, además de resolver una tarea con éxito.

## Memoria

La memoria se refiere a la habilidad para recordar, reproducir o repetir correctamente estímulos visuales, auditivos o hechos reales que han sucedido con anterioridad.

Continuando con el objetivo de hacer partícipe activo al niño en el desarrollo de su aprendizaje, la propuesta señala nuevamente la conjunción del proceso metacognitivo con esta habilidad psicolingüística.

La meta-memoria se entiende como el grado de conocimiento y conciencia que tenemos acerca de nuestra propia memoria y de sus peculiaridades, está constituida por todas aquellas estrategias necesarias para el registro, el almacenamiento y la recuperación de la información.

Cuando los niños ya poseen las destrezas adecuadas (las técnicas mnésicas) para memorizar y poseen, además, la experiencia necesaria para ello (haberlas ejercido durante el tiempo suficiente), están en condiciones de adquirir las habilidades metacognitivas de planificación, control, dirección y evaluación del proceso de registro y evocación (recuperación).

Para ello, es necesario que les entrenemos en cada una de las estrategias de memorización y recuerdo, con el objeto de que, dominándolas, puedan hacer uso intencional de ellas mediante la decisión de emplear una u otra, de acuerdo con la naturaleza de la tarea o contenido a aprender o memorizar.



En el momento en que consigamos esto de los niños hiperactivos, estaremos ante una meta-memoria desarrollada mediante los procesos de reflexión acerca del propio proceso de memorizar (observar, codificar, almacenar, recuperar y evocar los contenidos).

La propuesta fundamenta su acción sobre este tipo de entrenamiento en las siguientes prácticas:

### 1. Operaciones y procesos mnésicos básicos

- a) Reconocer objetos, ante la presencia de un objeto preguntarse ¿qué es?
- b) Recordar los nombres; ¿cómo se llama?
- c) Familiaridad, ¿cuándo he visto algo como esto?
- d) Frecuencia, ¿cuántas veces lo he visto?

### 2. Estrategias de Organización

Supone organizar la memoria adecuadamente, de acuerdo con los conocimientos que vamos adquiriendo, de modo que el conocimiento actual influye sobre el conocimiento futuro. Las personas que son expertas en una materia determinada poseen más esquemas de conocimiento, como consecuencia de las estructuras cognitivas adquiridas en el tema.


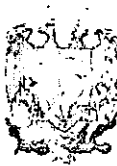
### 3. Estrategias Voluntarias

Cuando se es consciente de que determinadas estrategias ayudan a recordar la información como por ejemplo, repetir mental o verbalmente las palabras, o crear unas imágenes de cada palabra a recordar, o establecer asociaciones, etc. Estas estrategias no son automáticas sino que son fruto de un aprendizaje intencional.

### 4. Meta-Memoria

Es el conocimiento que se tiene sobre los tres procesos anteriores.

La memoria es fundamental en la capacidad atencional. En la medida en que exista una intencionalidad perceptiva (visual, auditiva, kinestésica, táctil) se está estableciendo la base para aprender el contenido que debe almacenarse y después evocarse. Es por ello que se plantea que el trabajo sobre esta área esté estrechamente vinculado a los que se realicen sobre el entrenamiento atencional y el de percepción.



Con todo esto se persigue que los niños hiperactivos logren la conciencia metacognitiva, es decir, darse cuenta de que se poseen o se pueden elaborar estrategias de registro y almacenaje de la información (estrategias de repetición de organización, de asociación, de elaboración, de evocación y de previsión) para poder recuperar posteriormente (acordarse) y hacer uso de ellas de manera consciente y voluntaria para aprender, que aprendan a conocer sus capacidades de concentración y mnésicas personales.

### III. Reducción de la Hiperactividad

Esta parte de la propuesta intenta ayudar a los niños hiperactivos a enfocar y conservar su atención bajo control de sus respuestas impulsivas.

Si el niño hiperactivo logra reconocer que algunos de sus movimientos más disruptivos se suscitan cuando está tenso, alterado, cansado o nervioso y, además identifica las partes de su cuerpo más afectadas, entonces será capaz de relajarse por sí mismo. Se pretende que el niño se conduzca poco a poco en técnicas que logren sosegarlo en situaciones en las que se sienta ansioso.

El método propuesto consiste en enseñarles a verbalizar por sí mismos, estrategias efectivas para la solución de problemas, como planear anticipadamente, detenerse a pensar y proceder con cautela.

Las autoverbalizaciones de esta clase, ayudarán a los niños hiperactivos a poner bajo su control verbal toda su conducta, y también, a reforzarse a sí mismos para emplear las estrategias más apropiadas.

También es posible que la impulsividad del niño disminuya si se utiliza la relajación como una técnica preventiva, correctiva o mitigante de una situación adversa. Es decir, si el niño aprende a relajarse estará en condiciones de prepararse para una situación que le produzca ansiedad (exámenes, enfrentamientos con los padres o maestros, etc.); de controlarse durante la situación (pensar antes de actuar o hacer comentarios) y de serenarse después de ella (tranquilizarse si es que después de la experiencia aún continúa alterado o molesto).

Enseñar y practicar la relajación dentro del manejo pedagógico el niño hiperactivo, puede ayudar a reducir conductas que interfieren con su aprendizaje, pero sobre todo, si esto lograra reducir conductas socialmente inaceptadas, podría incrementarse la calidad de sus relaciones interpersonales y por ende daría como resultado un mejor autoconcepto y autoestima en el niño.





Las tareas que le sean presentadas al niño hiperactivo para el incremento de su inhibición muscular deben ser programadas en un orden de dificultad apropiado; primero la enseñanza de la relajación; después las tareas sobre control muscular y al término de estas un control visomotor y cognitivo.

Todas las ejercitaciones que se le planteen al niño deben estar acompañadas de una retroalimentación inmediata (expresar cómo se sintió, que pensó, cuales partes del cuerpo le son más difíciles de relajar y controlar, etc.) que le facilite al niño reconocer hasta qué punto la actividad está resultando exitosa y además conocer el nivel de control voluntario y consciente que tiene sobre sus movimientos corporales. La retroalimentación guiará al niño hiperactivo a identificar las dificultades que tiene para controlarse pero también podrá descubrir posibilidades de superarlas y construir expectativas sobre un cambio exitoso de conducta.

Por supuesto, estos ejercicios son solamente sugerencias. Sin lugar a dudas pueden ser ampliados, modificados o complementados con muchos otros, pero siempre pensando en satisfacer las necesidades de cada niño en particular.

**\*Relajación muscular:** debe ser una actividad consciente en la que el niño se esfuerce por controlar su cuerpo entero. Puede realizarlo recostado sobre una superficie plana o sentado en una silla.

**\*Escuchar música o cuentos:** relajación consciente en la que el niño se ocupe de escuchar alguna pieza musical agradable o un cuento, al mismo tiempo que controla su respiración y los movimientos corporales.

**\*Respiraciones:** hacer que el niño se haga consciente de sus inspiraciones y exhalaciones e incremente la duración de cada momento. Deberá conseguir una relajación corporal completa y exitosa cuando disminuya el número de inspiraciones por minuto. Inflar globos lentamente o soplar y conseguir que la fuerza no apague la llama de una vela, pueden ser actividades que resulten atractivas.

**\*Prácticas sobre el balanceo:** que el niño hiperactivo desarrolle movimientos muy lentos de alguna parte de su cuerpo, (extremidades, cabeza, tronco o cadera) mientras permanece en un solo sitio.

**\*Mirarse al espejo :** el niño podrá ser "testigo" de su capacidad para permanecer sentado totalmente inmóvil.

**\*Prácticas sobre el equilibrio estático:** deberá incrementarse la habilidad para efectuar movimientos precisos y calculados para lograr una nivelación en sus respuestas motoras. Caminar sobre barra de equilibrio, caminar con objetos sobre la cabeza o impedir que objetos pequeños y móviles (pelotitas o balines) caigan de una base plana que sujete con sus manos, son excelentes ejercitaciones para conseguir este fin.



\*Prácticas sobre la rotación corporal: el niño se esforzará por controlar y coordinar todo su cuerpo en un movimiento muy lento al rodar sobre superficies planas y largas.

\*Suprimir pensamientos negativos: contagiar al niño optimismo, que vea su cambio y mejoría como algo realizable; otorgarle tiempo y oportunidades reales; conocerlo como único e importante; guiarlo en procesos de autodeterminación, de responsabilidad y de confianza en sí mismo.

Por último es necesario señalar algunas consideraciones sobre la puesta en práctica de estas propuestas:



- Dar al niño explicaciones e instrucciones simples, claras y cortas.
- El niño hiperactivo requiere de mayor instigación y guía para lograr utilizar la relajación como proceso efectivo de autocontrol.
- Es posible que se requieran sesiones muy frecuentes (más de una diaria), pero de corta duración (10 a 15 minutos aproximadamente), debido a la poca atención del niño y a su escasa resistencia al aburrimiento.
- Elegir espacios con pocos o nulos elementos distractores para permitir que el niño se concentre en su actividad.

#### IV. Enseñanza de estrategias para el aprendizaje

Las estrategias que pueden ser aprendidas por los niños hiperactivos deben llevarlos a la adquisición a largo plazo de habilidades y conocimientos en general. Deben ayudarlos en el perfeccionamiento de sus capacidades para pensar, por lo que tendrá que adquirir con ellas un aumento en su percepción, memoria, juicio y capacidades de razonamiento.

Esto no quiere decir que se les deban decir los pasos para desarrollar una estrategia; ellos deben involucrarse activamente tomando conciencia de sus propios procesos y recursos de pensamiento con los que podrán construirlas y emplearlas con éxito.

Los niños hiperactivos necesitan de orientación para que puedan planear, evaluar, y desarrollar estrategias que resuelvan sus problemas. La meta principal se convierte en enseñar al niño a crear planes, a identificar conductas resolutivas, a ir paso a paso y con cautela para completar sus tareas de su aprendizaje y solucionar cualquier evento conflictivo para él. El niño hiperactivo debe "aprender cómo aprender"; a guiar su pensamiento, a construir su propio aprendizaje y determinar su ritmo y estilo para adquirirlo y aplicarlo.



Conseguir que el niño aprenda no sólo requiere de esfuerzos, sino de que el pedagogo cuente con sus propias técnicas de enseñanza, que guíe las decisiones del niño en cuanto a qué y cómo aprender. El pedagogo deberá redoblar esfuerzos para conseguir que el niño hiperactivo obtenga una amplia conciencia general y conocimiento de su propia capacidad (reconocer lo que sabe y lo que aún no), que identifique sus procesos cognitivos de aprendizaje (reconocer cómo aprende mejor) y, por último, que sea capaz de evaluar y revisar todo su trabajo de manera conjunta.

Finalmente, si lo anterior se consigue, se puede contar con la seguridad de que el niño hiperactivo trasladará su habilidad en la elaboración, aplicación y evaluación de estrategias de aprendizaje a los ámbitos concretos de su vida académica y social.

#### V. Estructuras ambientales

Recordando que el niño hiperactivo tiene dificultades para el control de sus reacciones, resulta lógico imaginar que si se encuentra en una situación de estimulación constante, reaccionará de manera indirecta y desinhibida. Su comportamiento en estos "espacios" (escuela, lugares públicos y recreativos) no le hace sencilla la incorporación y adaptación al grupo social e interactuar en él, lo que comúnmente lo conduce a fracasos constantes que repercuten en una conducta aún peor y en posibles problemas emocionales.

Un ambiente estructurado que considere el control y manipulación de los estímulos y la ejercitación del control voluntario, puede convertirse en una situación idónea que facilite el aprendizaje de los niños hiperactivos. Con esto no se quiere decir que deban ser aislados de forma permanente, sino que podrían ser separados por cortos períodos de tiempo mientras son entrenados para responder exitosamente en cualquier tipo de ambiente; no se trata de despojarlo del entorno en que vive, sino de intentar hacer sobre éste pequeñas "modificaciones" con el objetivo de crear espacios reconfortables y serenos que agilicen su tarea de concentración.

Además, será necesario ajustar tiempos y horarios de actividad en períodos de trabajo breves pero constantes que se ajusten a sus posibilidades y rendimiento atencional. Al incrementar gradualmente la frecuencia de sus ejercitaciones podrán irse exigiendo lapsos ligeramente más prolongados para sus actividades, hasta alcanzar los niveles necesarios para un aprendizaje exitoso.

\*Lo que puede hacerse en la escuela, la casa y el mismo niño hiperactivo para ayudarse:

• En la casa:

Cada familia tiene sus propios potenciales y limitaciones. Las crisis repentinas pueden unir o separar a los miembros de una familia, incluso crear tensiones diarias aparentemente inacabables. Un niño hiperactivo puede ser la causa de estas tensiones continuas, pues provoca reacciones negativas entre los miembros de su familia, quienes empiezan a tener "peso adicional", sentimientos de culpa y frustración.

Ningún niño vive en el vacío, por lo que es indudable que todos los miembros de la familia resultan afectados, ninguno permanece ajeno a las dificultades que crea el niño hiperactivo.

Toda la familia deberá tomar la resolución de ser paciente y asumir una postura de apoyo; la familia completa, incluyendo al niño, debe convencerse de que la situación no es culpa de ninguno de sus miembros, que será difícil para todos pero también posible de solucionarla si colaboran todos.

Una estructuración en el hogar podría tomar en cuenta...

- \* El establecimiento de horarios bien definidos sobre actividades y deberes en el hogar.
- \* Advertir al niño claramente sobre reglas, disciplinas, premios y castigos.
- \* Recuperar la autoridad; aprender nuevas maneras de ejercerla; plantear una disciplina clara y eficaz; reeducarse para pensar y obra de acuerdo con el comportamiento del niño, en vez de reacciona emotiva o instintivamente ante lo que puede parecerles los motivos del niño. Los castigos serán menos frecuentes, pero al aplicarlos serán irrevocables, firmes y podrán dar resultado. Los padres tendrán que aprender a:
  - adoptar una actitud neutral,
  - pensar y evaluar antes de reaccionar,
  - reemplazar el "¿Por qué hace esto?", por un ¿Cómo podremos entender mejor su comportamiento?
- \* Disposición para la colaboración con servicios que atiendan al niño (tratamientos médico-farmacológicos, pedagógicos, etc.)



- \* Adoptar una actitud adulta que enfatice la firmeza, la bondad, la brevedad, los límites claros y la coherencia. Esto se consigue si los padres se convierten en expertos de su hijo y sus necesidades y deciden renunciar a la participación en el círculo vicioso que lo rodea.
- \* Los padres deben realizar una búsqueda exhaustiva para la selección de una escuela que pueda contribuir a minimizar las dificultades académicas y los problemas sociales del niño; la institución deberá ser tolerante y respetuosa ante las características del niño, al mismo tiempo que comparta el compromiso por desvanecer todas sus problemáticas. Escuelas como la anteriormente descrita, son difíciles de encontrar, por lo que el esfuerzo de la familia deberá siempre ser constante y emprendedor.

#### • En la Escuela

Después de elegir la institución educativa bajo criterios que convengan al niño hiperactivo y a su familia (niveles de exigencia, permisividad y tolerancia, además de estructuras físicas de espacio e instalaciones, por ejemplo), deben permanecer abiertos los canales de comunicación entre los padres y los encargados de la formación del niño.

La escuela y los docentes responsables podrán ayudar al niño hiperactivo si...

- \* Se hace el intento por entender sus dificultades, reconocer sus esfuerzos, aptitudes y respetar su naturaleza.
- \* Se adapta el programa educativo con un orden rígido de actividades y y procedimientos secuenciales, con el propósito de que el niño se organice y resulte acrecentado su sentido de responsabilidad.
- \* Se permiten estructuras en cortos, pero nunca insuficientes períodos de tiempo para cada actividad así como la toma de breves descansos.
- \* Se ofrecen oportunidades de "moverse" en el aula sin que esto sea motivo de recriminación o castigo (encomendarles mensajes, entregas, la repartición de algún material, etc.)
- \* Se enseña al resto del grupo a comprender su comportamiento y facilitar las relaciones entre ellos.



- Lo que puede hacer el niño hiperactivo para ayudarse

En el Colegio...

- \* Descansar cuando note que ha comenzado a distraerse, permanecer en su sitio y pensar en algo agradable, diferente a lo que hace. Después de unos minutos, seguir en la tarea escolar.
- \* Evitar sentarse cerca de compañeros que hablan mucho o que puedan distraerlo.
- \* Asegurarse de que ha entendido bien todo lo que le pide el profesor(a). Repetir con sus propias palabras lo que cree que tiene que hacer.

En la casa...

Cuando deba realizar un trabajo escolar...

- \* Preparar exclusivamente todo lo que pueda necesitar: papel, lapiceros, libros, etc.
- \* Procurar no tener cerca ni la TV ni la radio funcionando.
- \* Intentar hacer sus tareas todos los días siempre a la misma hora.
- \* Darse una recompensa (hacer una señal grata en el calendario... cada vez que consiga cumplir sus compromisos de estudio).
- \* Cuando se dé cuenta de que comienza a ponerse nervioso podría levantarse, ir a otro sitio de la casa o caminar un poco para después continuar el trabajo.
- \* Intentar poco a poco, que el tiempo de trabajo sea más largo y los descansos más cortos.

Para mejorar la memoria...

- \* Acostumbrarse a escribir notas y llevar al día una especie de agenda-calendario y recordar día a día lo que debe hacer.
- \* Que utilice estrategias de repetición de instrucciones; de asociación al imaginar (crear imágenes mentales) algo con temas o similitudes semánticas a las de su actividad.
- \* Que utilice estrategias de elaboración; que parafrasee con palabras más sencillas lo que le demanda su actividad ("traducir" un texto o indicaciones a un lenguaje propio al que entienda mejor).



- \* Que utilice autoverbalizaciones como ¿qué he de hacer?, ¿entiendo todas las palabras?, ¿en qué orden he de recordarlo?, ¿he hecho algo parecido a esto en otras ocasiones?, ¿cómo debo recordarlo?.

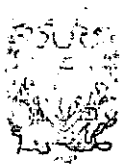
Para mejorar la atención...

- \* Dedicarse a manera de juego a describir detalladamente objetos comunes o emplear tiempo en resolver pasatiempos en los que tenga que encontrar errores o diferencias entre imágenes.
- \* Entrenarse en estrategias atencionales sobre materiales gráfico-auditivos y generalizarlas a contenidos escolares como matemáticas y lenguaje por ejemplo.
- \* Una vez que el niño adquiera estrategias atencionales (identificación de lo que debe hacer, la selección de cómo hacerlo mejor y valorar la tarea) debe iniciarse en las actividades correctivas de sus acciones.
- \* Que utilice autoverbalizaciones como ¿lo estoy haciendo bien y despacio?, ¿me está distrayendo algo?, ¿qué?, ¿me estoy cansando?, ¿por qué?.

Por último, cabe destacar que la descripción de las actividades mencionadas, no limita de ninguna forma el que se incluyan otras áreas aunque sí sea fundamental para el pedagogo la cautela para no perder de vista, que no se puede tratar a todos estos niños bajo normas iguales, ya que su bagaje sociocultural y su personalidad median toda su vida. Debe ponerse mucha atención al añadir actividades que resulten congruentes y posibles con sus referentes e intereses o de lo contrario nos expondremos a que lejos de solucionar la situación, el problema se incremente.

Las condiciones de tiempo y espacio sobre las cuales pueda desarrollarse la propuesta serán determinadas por cada caso en particular. Sin embargo resulta conveniente indicar que las intervenciones pedagógicas deberán ser frecuentes y constantes considerando un promedio mínimo de dos horas semanales durante seis meses para poder ver los primeros resultados. Las características sugeridas sobre los espacios elegidos para la propuesta deberán limitarse a contener el menor número de estímulos que puedan resultar distractores en el momento de la puesta en práctica de las actividades.

De igual manera resulta conveniente señalar que la propuesta está pensada para niños escolares que van de los 5 hasta los 11 años de edad aproximadamente. Este rubro de edades es el más factible para el manejo de los contenidos de la propuesta, pero sin duda alguna es posible que contando con adecuaciones pertinentes sobre contenidos y condiciones tiempo-espaciales, puede resultar benéfica para chicos con déficit de atención e hiperactividad que han alcanzado los primeros años de la adolescencia.



## CONCLUSIONES



Hiper, es un prefijo que indica "más de lo usual" o "excesivo"; actividad, se refiere a "moción" o "movimiento"; y cinésis, se asocia al movimiento y se usa en medicina en relación a la acción muscular. En otras palabras, hiperactividad, es una palabra más general que médica; hipercinésis, es el término que los médicos tienden a emplear cuando describen niños que los educadores llamarían hiperactivos.

Aunque las diferencias del nivel de acción cuantitativo entre los niños "normales" e hiperactivos, no están claramente documentadas como podría esperarse, es aparente que los niños hiperactivos son menos capaces que los "normales" para modificar los niveles de actividad y conducta al responder a las influencias impuestas por el ambiente. El "normal" puede responder de manera mucho más fácil a las expectativas o requerimientos de una situación social, en tanto que el hiperactivo sigue exhibiendo su trastorno, resulta obvio que sea inadecuado socialmente, y que esté llevando a un conflicto serio con compañeros y figuras de autoridad.

Aunque la definición y discusión anteriores puedan aclarar el significado de la hiperactividad, debe observarse que de manera técnica y según el sistema de clasificación médica, el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 4a. edición (Diagnostical and Statiscal Manual of Mental Disorders, 4th edition), expone que en la actualidad la hiperactividad se considera como una de tres categorías que contribuyen al Trastorno por Déficit de Atención (TDA), que es una categoría diagnóstica específica.

El DSM-IV, indica que existen criterios principales para el TDA y cinco características más, de las que deberán observarse al menos dos, para que un niño sea clasificado como hiperactivo.

Por tanto, el TDA puede diagnosticarse con o sin hiperactividad, lo que describiría entonces al estudiante con dificultades para el aprendizaje. Esta modificación en la definición resultó de un intento por parte de los psiquiatras para "estrechar" la manera en que su profesión trataba con el término vago de "incapacidades para el aprendizaje". Podría existir cierta discusión sobre si en realidad hubo gran estrechamiento, o si sólo fue un nombre nuevo, relacionado a la clasificación paralela de los principales trastornos del aprendizaje (trastorno por déficit de atención), que permitiría clasificar a un niño con TDA, fuese o no hiperactivo. De cualquier manera, el diagnóstico de hiperactividad y TDA, siguen siendo un asunto muy subjetivo.

Las causas de la hiperactividad están catalogadas en tres consideraciones: a) orgánica, b) de desarrollo y c) psicológica.

Así pues, para poder identificar cuando un niño presenta este tipo de trastorno y requiere una atención especial, es necesario:

- Conocer el desarrollo normal del niño, teniendo muy presente la gran variabilidad comportamental existente, fruto de la interacción de numerosos factores (edad, sexo, factores genéticos, contexto familiar y social, etc.)
- Reconocer la existencia de patrones conductuales que tienen carácter transitorio y no implican una evolución psicopatológica.
- Valorar hasta qué punto las alteraciones conductuales están interfiriendo o dificultando la adquisición o desarrollo de ciertas capacidades y habilidades cognitivas y sociales del niño, así como el alcance de las consecuencias de dichos trastornos en el medio en el que se desarrolla. Todo ello obliga a ser cautos a la hora de establecer el diagnóstico, entendiendo éste no como una mera asignación de etiquetas, sino como un proceso de conocimiento de las potencialidades y necesidades especiales del niño hiperactivo.

La hiperactividad puede estar asociada a dificultades para el aprendizaje; pero no se debe considerar concluyente, puesto que: **1)** son distintos los dispositivos para medir la actividad motora; los niños hiperactivos sólo parecen ser más inquietos debido a una falta de actividades dirigidas a fines. **2)** un bajo porcentaje (20% aproximadamente) de los niños clasificados con "incapacidades para el aprendizaje", dan muestras de una hiperactividad notable. **3)** además, el hecho de que un niño presente conductas hiperactivas depende también en parte, del ambiente, mostrándose niveles más altos de actividad en las situaciones estructuradas. En resumen, no todos los niños con dificultades de aprendizaje son hiperactivos, en la misma medida forma en que no todos los niños hiperactivos tienen dificultades de aprendizaje.

El tratamiento de la hiperactividad se basa en la evaluación detallada del niño, su familia y escuela, más que en el diagnóstico psiquiátrico. Debe prestarse especial atención a las dificultades de aprendizaje del niño, a sus capacidades y a las limitaciones de la familia y la escuela. Los problemas del niño hiperactivo tienden a ser persistentes y requieren repetidas evaluaciones y estrategias de intervención a largo plazo. La evaluación y tratamiento que se recomienda exige un enfoque multidisciplinario. Los servicios destinados al tratamiento de la hiperactividad infantil tienen que asegurarse de que pueden disponer y coordinar una serie de intervenciones y conocimientos profesionales.

El éxito del tratamiento depende de la capacidad para identificar y describir deficiencias conductuales en forma suficiente y, a continuación, prescribir una corrección apropiada mediante el adiestramiento directo o el aprovechamiento de compensación de otras capacidades y habilidades. El enfoque de un tratamiento exitoso se rige más por factores conductuales y sintomatológicos que por los



patológicos o los etiológicos. Las correlaciones etiológicas se consideran útiles sólo hasta donde contribuyen a la planeación de experiencias de aprendizaje en las que el niño tenga éxito.

El niño hiperactivo debe ser tratado mediante un plan individual de educación especial, en el que avance de acuerdo con su ritmo y capacidad.

El procedimiento en el tratamiento puede incorporar los principios básicos de modificación de conducta y del análisis de la tarea. Al principio, el niño es entrenado en habilidades requisito (como escuchar y seguir instrucciones); entonces se le somete a demandas académicas.

Los medicamentos usados con mayor frecuencia en el tratamiento de los niños hiperactivos son: la Destroanfetamina, el Metilfenidato, la Pemolina, la Defienilhidantoina, la Carbamazepina, algunos barbitúricos y otros. Sin embargo, ninguno de estos medicamentos debe ser el único tratamiento para la reducción de las dificultades que presenta el niño hiperactivo; es una parte importante de ellas pero no debe ser considerada como la única o exclusiva manera de tratar la situación.

Debido a que una característica importante de los niños hiperactivos es que carecen de acceso inmediato a estrategias de procesamiento de la información ambiental que reciben y, por lo tanto, fallan en la selección de estímulos relevantes para la resolución de sus tareas, la propuesta pugna por una acción que vaya más allá de la producción de habilidades y señalamiento de dificultades y llegar hasta la investigación de funciones ejecutivas que incluyan la evaluación, la revisión y secuenciación de la información y conductas usadas en las actividades para solucionar problemas. La propuesta expone que si el niño es capaz de revisar la información, y tomar decisiones organizadas y ejecutivas, su rendimiento académico y conductual mejorará indudablemente.

La propuesta sugiere que los niños hiperactivos utilicen el lenguaje como mediador y sean capaces de utilizarlo para dirigir y regular sus comportamientos. Se intenta ayudar a estos niños en la toma de decisiones y mejorar sus ejecuciones, proporcionándoles pistas externas y una estructura para procesar la información ambiental que reciben. De lograrse este aprendizaje, las estrategias se convertirán en una verdadera herramienta en el aumento de la autoconfianza del niño y la toma de decisiones independientes que comenzarán a corregir problemas a nivel de funcionamiento cognoscitivo. El componente de este aprendizaje es el diálogo autoinstruccional interno, en el que los niños se hacen preguntas sobre la organización de la información y la decisión que toman para abordarla y trabajar con ella para resolver problemas tanto en situaciones académicas como sociales. Con todo esto se intenta guiar al niño hiperactivo por una serie de pasos de análisis de tareas a fin de producir conductas cognoscitivas, afectivas y sociales efectivas retrasando sus respuestas debido a una previa evaluación de alternativas diferentes.



Este tipo de entrenamiento, podría ayudar a los niños hiperactivos a identificar emociones, considerar los sentimientos de otros, producir soluciones a problemas académicos y sociales, y evaluar los resultados de sus actividades en cualquier situación y contexto. Además, de ser todo esto viable y posible, los niños serían participantes activos en su proceso de aprendizaje, pues reconocerán y explotarán sus capacidades al mismo tiempo que ejercitan sus dificultades y colocan bajo su propio control y voluntad su aprendizaje.

El tratamiento sugerido por la propuesta, en su sentido más general, se refiere a enfoques terapéuticos y educativos que dependen del cambio de las operaciones cognoscitivas internas de los niños hiperactivos, es decir, sus pensamientos, ideas, creencias, percepciones y actitudes. Se concentra en funciones mentales como las estrategias para resolver problemas, atribución de las causas a cuentas, la toma de decisiones y verbalizaciones efectuadas por sí mismo; en suma, cualquiera de las estrategias cognoscitivas internas que determinan sus conductas externas. La simplicidad y el carácter concreto de esta intervención pueden resultar benéficas para la disminución de las dificultades sociales y académicas que con mucha frecuencia se observan en los niños con déficit de atención e hiperactividad.

Sin embargo, no debe verse como única solución o panacea para todos los casos de déficit de atención e hiperactividad. Se insiste nuevamente en un tratamiento multidisciplinario en el que cada área se esfuerce y comprometa por el alcance real de sus objetivos particulares. Lo hasta ahora sugerido deberá usarse sólo cuando sea consistente con las necesidades y características del niño, así como apropiado para el problema y cuando se considere que pueda resultar más efectiva que otras intervenciones alternativas o mejor aún, en conjunción con otras.

La propuesta intenta evitar una conceptualización simplista e ingenua del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Antes bien, con el propósito de solucionar o, por lo menos disminuir las situaciones de marginación educativa y de tensión que viven estos niños, se ha creado esta línea de intervención pedagógica con la finalidad de vincular la triada, escuela - tratamiento médico-farmacológico - vida, bajo el convencimiento de que toda actividad que se ponga en práctica debe representar para el niño hiperactivo la posibilidad de conocer, crear aprender e inventar todo aquello que le interese; de que exprese sus necesidades y sentimientos. Esta es la premisa que conduce la concepción teórica de esta propuesta; la afectividad, el interés del niño, el trato individualizado y multidisciplinario, la flexibilidad de los objetivos, contenidos, horarios y la metodología.

Tengo plena confianza en que una tarea de esta naturaleza es viable y de que representa una experiencia real y positiva para los niños hiperactivos, quienes podrán ser capaces de superar sus condiciones y de llevar una vida acorde a sus ideales.



### Algunas reflexiones de sentido común...

La relación con estos niños no puede estar basada en la imposición, el reproche y el castigo sistemático, pues además de resultar antieducativos, con mucha frecuencia se puede ser injusto e incongruente con el proceder. Muchas veces estamos tan ofuscados por lo que de negativo ofrece el niño hiperactivo en sus comportamientos, que somos incapaces de reconocer y valorar lo que sin duda hay de bueno y positivo en él. Se hace necesario que como educadores y personas con el más elemental sentido de humanidad y respeto seamos capaces de permanecer serenos, no perder la calma y mantener distendidos ante la "continua provocación" del niño.

No adoptemos ante él actitudes de desprecio haciendo comentarios o mostrando actitudes displicentes, pues este tipo de conductas contribuyen a la disminución de la estima personal del niño. Debemos esforzarnos por realizar y encauzar nuestras actitudes en la dirección contraria, pues de no hacerlo, lo único que conseguiremos será reflejar su negatividad, su inutilidad, su sinsentido y él, con razón o sin ella, estará refugiado en la idea de que "si los demás piensan que soy un desastre y un caso perdido, más me vale comportarme y responder tal como ellos lo esperan".

Debemos revisar la coherencia y consistencia de nuestros planteamientos, actitudes y comportamientos ante los mismos comportamientos y respuestas del niño, con el fin de no causar un desconcierto y desorientación más considerables en él.

Debemos reconocer que el niño hiperactivo es también "víctima" de las tensiones, conflictos y problemas que sus padres, educadores y adultos en general descargamos sobre él. A este respecto resultaría muy útil preguntarnos por el tiempo y la calidad de atención que le brindamos y cómo lo hacemos. Preguntarnos ¿cómo es la relación que tenemos con ellos?, ¿son impuestas?, ¿compromisos de trabajo?, ¿Frías?, ¿Distantes?...relaciones en definitiva carentes de contenido y calidad y en las que no se produce ningún tipo de intercambio personal ni comunicación afectiva; si son estas las características que describen nuestras relaciones con estos niños, entonces estamos destinados al fracaso, pues no se posibilita con ella el más mínimo crecimiento personal y sí empobrece el de ambos.

Es importante, muy importante, velar por la calidad de las relaciones interpersonales que entablamos con estos niños.

No caigamos en el juego mercantilista cargado de "buenas" intenciones del niño que sistemáticamente usa la condición como medio de aprendizaje y modificación de conducta ("si tu..., entonces yo...") de hacerlo así, se agotarán rápidamente los recursos y se detendrá la construcción de nuevos medios de aprendizaje y socialización.



No todo niño hiperactivo está destinado a alcanzar la grandeza o resultar ser un fracasado. Pero cada uno merece la oportunidad de hacer realidad su potencial. Las técnicas y los principios de esta propuesta intentan poner al alcance de los niños hiperactivos, sus familiares y educadores esta posibilidad. Debemos tratar siempre de aplicarlos dentro de un ambiente de amabilidad y amor. Respetemos al niño, comprendamos y apreciemos sus capacidades y cualidades, y recordemos siempre que es un individuo único. Con el transcurso del tiempo, ¿Quién sabe qué sueños se harán realidad para él?



Karina Guerrero Rojas

Pedagogía

Déficit de Atención e Hiperactividad



## GLOSARIO



**Afasia.** Pérdida más o menos completa de la capacidad de hablar o de comprender el lenguaje hablado; la alteración radica en el cerebro, pero la inteligencia permanece inalterable.

**Afectividad.** Capacidad para sentir emociones; susceptibilidad ante los estímulos afectivos. Comprende los afectos, las emociones y los sentimientos de placer y dolor.

**Anoxia.** Falta de oxígeno.

**Ansiedad.** Sentimiento displacentero que implica la idea de un peligro inminente, totalmente indeterminado, no cristalizado todavía. Es acompañado de una serie de síntomas físicos que dan al sujeto ansioso la sensación de desorganización y inquietud ante el peligro.

**Apraxia o asimbolia.** Incapacidad para efectuar ciertos movimientos y de reconocer acertadamente los objetos y su uso. Existen diversas formas: motora, ideatoria, amnésica, etc.

**Ataxia.** Literalmente: pérdida de orden. En Neurología significa disminución de la capacidad para coordinar los movimientos de los músculos más importantes, como los que se usan en la deambulación (ataxia locomotriz)

**Cociente intelectual.** Es un número que resulta de dividir la edad mental de un sujeto, obtenida mediante la aplicación de test, entre la edad cronológica. Actualmente se ha difundido esta otra definición: es la relación entre el nivel de inteligencia de un individuo y el promedio de inteligencia de los individuos de la misma edad.

**Conciencia.** Tiene varios significados. En el trabajo se ha usado como la condición de estar alerta, de darse cuenta de lo que ocurre. Es un modo de existencia en el que las vivencias y los procesos psíquicos son experimentados inmediatamente por el sujeto, como percepciones, recuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, procesos de voluntad, etc.

**Conductismo.** Este término, acuñado por John B. Watson, se refiere a un enfoque psicológico que sostiene que la conciencia es indefinible y que el único objeto de estudio de la Psicología debe ser la conducta, las actividades visibles del ser humano.

**Depresión.** En un sentido general no psiquiátrico, es un sentimiento de tristeza, desesperación e infelicidad que ocurre normalmente en el ser humano en relación con los hechos vitales. En Psiquiatría este término designa un Síndrome específico que consiste en la baja del tono afectivo, dificultad del





pensamiento y retardo psicomotor acompañado de angustia, ideas obsesivas y sentimientos de culpabilidad y de autodestrucción.

**Desarrollo psicomotor.** En el trabajo se aplica este término al progreso que el niño va logrando en las áreas psíquica y biológica (sinónimo de desarrollo psicobiológico). Comprende el lenguaje, la capacidad de movimientos gruesos y refinados.

**Diagnóstico diferencial.** Investigación clínica que se práctica para identificar una enfermedad, distinguiéndola de otras con las que podría confundirse.

**Disartria.** Trastorno del lenguaje hablado debido a efectos que impiden coordinar la musculatura de la fonación, y, en consecuencia, la correcta articulación de las palabras.

**Discalculia.** Dificultad para efectuar las operaciones aritméticas elementales.

**Disforia.** Estado de tristeza y ansiedad asociado a excitación y excitabilidad aparentemente inexplicables (de *disforein*: estar triste).

**Disfunción.** Funcionamiento trastornado u obstaculizado de un órgano específico.

**Disgrafía.** Dificultad para la escritura.

**Dislalia.** Literalmente, dificultad para hablar (del griego *laleo*: hablar). Es un impedimento parcial para pronunciar adecuadamente las palabras.

**Dispraxia.** Dificultad para efectuar ciertos movimientos y de reconocer acertadamente los objetos y su uso. Es un grado moderado de apraxia.

**Distoacias.** Partos complicados por diversas causas.

**Etiología.** Estudio de las causas de los fenómenos y, en medicina, de las enfermedades. También puede referirse a las causas mismas.

**Gestalt.** Palabra alemana que se traduce por "forma". La "psicología de la gestalt" es una escuela que sostiene que las imágenes se perciben como un todo, como una cualidad total. Así, la experiencia perceptual es una "forma" o configuración en la cual el todo es algo distinto de la suma de las partes.

**Hiperactividad.** Relevante alteración de la conducta infantil dada su frecuencia entre la población escolar. Fue descrita por primera vez por Ounsted en 1955, a propósito de los niños epilépticos. Más tarde, Lanfer (1957) lo popularizó. En la actualidad se enfatizan es la hiperactividad infantil dos cuestiones que, aunque no están contrapuestas, sí son relativamente independientes: la actividad motora e impulsividad y la inatención y el descenso en el rendimiento escolar.



Esta dicotomía en el modo de aproximación hace que los primeros incluyan este cuadro entre las alteraciones del comportamiento, mientras que los segundos lo adscriben a las dificultades en el aprendizaje (Lahel, 1979).

**Hiperquinesia.** Literalmente, movimiento excesivo. El uso va dejando este término para aplicarse a una actividad física excesiva, francamente patológica.

**Historia clínica.** Documento que se obtiene a través del interrogatorio y la exploración clínica del sujeto, en relación con su estado de salud. Contiene los antecedentes patológicos personales y familiares, el estudio de la situación actual, los resultados de la exploración, el diagnóstico, el pronóstico y las indicaciones sobre el tratamiento.

**Irascibilidad.** Tendencia y propensión a irritarse.

**Labilidad.** Deficiente estabilidad. La labilidad afectiva se refiere a la inconstancia y los rápidos y sucesivos cambios que ciertos individuos muestran respecto a sus emociones.

**Parálisis cerebral.** Desorden congénito consistente en una atrofia simétrica bilateral de las células nerviosas, principalmente del tracto piramidal. Las extremidades se tornan débiles y espásticas, aparecen movimientos involuntarios y ataxia.

**Patognomónico.** Signo o síntoma de una enfermedad, que por sí solo conduce al diagnóstico.

**Placebo.** Sustancia que calma las molestias de un paciente y produce una mejoría de su estado, no por acción farmacológica específica sino porque se refuerza la expectativa favorable del sujeto.

**Placenta previa.** Trastorno del embarazo que consiste en que la placenta tiene una implantación baja en el útero e impide la salida del niño durante el parto. Es causa de graves complicaciones.

**Secuelas neuropsiquiátricas.** Consecuencias inmediatas o de largo plazo, de los trastornos neurológicos y psiquiátricos de carácter agudo.

**Síndrome.** Conjunto de síntomas que caracterizan un cuadro patológico reconocible. Término médico usado en psicopatología para referirse a ciertos cuadros que no constituyen verdaderas "enfermedades".

**Toxemia del embarazo.** Síndrome causado por la aparición de albuminuria edemas e hipertensión arterial en la embarazada. Sinónimo: toxemia gravídica.



## REFERENCIAS

ALONSO Palacios, Ma. Teresa., "La Hiperactividad en el niño. Manual de actividades preescolares". México, Trillas., 1985.

----- Asociación Americana de Psiquiatría., "*Diagnostical and Statiscal Manual of Mental Disorders*", 4th. Version. (DSM-IV)., México, 1994.

BERTELOOT, C. y M. BARRE. "Aspectos Terapéuticos de la Pedagogía Freinet" Barcelona, Laia, 1980.

BROWN., D.W.F. "Activemos las mentes. Introducción a la Pedagogía Moderna" México, Limusa, Grupo Noriega Editores, 1992.

CALDERON González, Raúl. "El niño con disfunción cerebral. Tratamiento del lenguaje, aprendizaje y atención en el niño" México, Limusa, Grupo Noriega Editores, 1992.

CRUICKSHANK, William M. "El niño con daño cerebral en la sociedad, en el hogar y en la comunidad". segunda Edición., México., Trillas. 1992.

----- --. "Psicología de los niños y jóvenes marginales."  
Idem.

FREINET, Celestino. "Los métodos naturales II. El aprendizaje del dibujo". Barcelona, Fontanelia - Estela, 1970.

FREINET, Elisa. "Nacimiento de una pedagogía Popular". Barcelona, Laia, 1975.

FREINET, Paulo. "Pedagogía del Oprimido". México, Siglo XXI Editores, 1978.

HERNÁNDEZ Hernández, Pedro. "Psicología de la Educación. Corrientes Actuales y teorías aplicadas": México, Trillas, 1991.

JIMENEZ Mier Fernando y TERAN. Freinet, "Una pedagogía de Sentido Común". (Comp.), México, SEP - El Caballito, 1985.

LAZARUS, Richard S y FOLKMAN Susan. "Estrés y Procesos Cognitivos". Barcelona, Martínez Roca Editores, 1997.

MC. KAY, Davis y ESHELMAN. "Técnicas de autocontrol emocional". Barcelona, Martínez Roca Editores, 1998.

MYERS I: Davis ESHELMAN. "Técnicas de autocontrol emocional". Barcelona, Martínez Roca Editores, 1997.

NEWCOMER, Phillips I. "Como enseñar a los niños perturbados". México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

----- Organización Mundial de la Salud. "Clasificación Internacional de Enfermedades", (CIE 10). México, 1993.

ROOS, Alan O. "Terapia de la conducta Infantil". México, Limusa, Grupo Noriega, 1994.

TAYLOR, Eric A. "El Niño Hiperactivo". Barcelona, Martínez Roca Editores, 1991.

URIARTE, Víctor. "Hiperquinesia". México, Trillas, 1989.

VELASCO Fernández, Rafael. "El Niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral". México, Trillas, 3ra. Edición, 1995.



## ANEXO

### REFERENCIAS ESPECÍFICAS A LAS FUENTES DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS

DE LA TORRE, Alcalá. Ejercicios de Orientación espacial I y II

-----, -----, Ejercicios de Coordinación Visomotora I y II, Niveles preescolar y escolar

FERNÁNDEZ, C. Pablo, Fichas de Recuperación de la Dislexia, Niveles 1,2,3, y 4, iniciación, elemental, escolar y afianzamiento

-----, -----, Ejercicios de la recuperación del cálculo 1,2,3, y 4

GARCÍA, Nieto Narciso, Refuerzo y Desarrollo de Habilidades Mentales Básicas, Madrid España, PUBLICACIONES I.C.C.E., 1ra Edición, 1995;

- Nivel Infantil (4-6 años 2do ciclo Educación Infantil)
- Nivel de Iniciación (6-8 años 1er ciclo Educación Primaria)
- Nivel de Seguimiento (8-10 años 2do ciclo de Educación Primaria)
- Nivel de afianzamiento (10-12 años 3er ciclo de Educación Primaria)

- N.3.1. Alteraciones en Lecto escritura
- N.3.2. Razonamiento lógico básico
- N.3.3. Orientación Espacial
- N.3.4. Atención Selectiva; Percepción Viso-espacial
- N.3.5. Comprensión verbal
- N.3.6. Cálculo y resolución de problemas

M. BAQUES., PAI Proyecto de Activación de la Inteligencia. México, Editorial Seri Editores y Distribuidores S.A de C.V., Serie "Conocimiento de uno mismo" Primaria (6 grados),1997.

PÉREZ Hernández, Esnel., RETOS. Problemas para el desarrollo de habilidades matemáticas y para el uso de estrategias. México, Editorial Esfinge, S.A de C.V, Colección Primaria (6 grados), 1ra Edición, 1994.

COLECCIÓN Cuadernos de Recuperación, Editorial CEPE, Madrid, 1990;

PÉREZ, Portabella, Ejercicios Temporales I II y III

VILANOVA, Peña. La Recuperación de la Atención Nivel Escolar

----- . Recuperación y desarrollo de la Memoria Nivel Escolar

GONSÁLBEZ, Celdrán. Ejercicios de razonamiento abstracto y numérico

----- . Ejercicios de atención, concentración y memorización

YUSTE, Hernández,. Programa para la estimulación de las habilidades de la inteligencia PROGRESINT;

- Fundamentos de Razonamiento
- Comprensión de lenguaje
- Cálculo y resolución de problemas
- Orientación espacio-temporal
- Atención y observación
- Motricidad: Coordinación viso-manual

CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial  
Gral. Pardinias, 95  
28006 Madrid España  
Tel. 5 62 65 24