



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"



DIAGNOSTICO E INTERVENCION EN NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION TDA: UNA PROPUESTA PARA SU INTEGRACION ESCOLAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGIA

P R E S E N T A :

LORENZA SANCHEZ VILLA

ASESORA: MTRA. MONICA ORTIZ GARCIA



ACATLAN, EDO. DE MEXICO

FEBRERO 2004

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLÁN"

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCIÓN

TDA: UNA PROPUESTA PARA SU INTEGRACIÓN ESCOLAR

T E S I S

PARA OBTENER: LA LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA: LORENZA SÁNCHEZ VILLA

ASESORA: MÓNICA ORTIZ GARCÍA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Sánchez Villa', with a large, sweeping flourish extending from the bottom right.

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2003

AGRADECIMIENTOS

A Dios

*Por existir y permanecer en mi,
dándome la fortaleza necesaria para
salir sin temor de los obstáculos
presentados a lo largo de mi crecimiento.*

*Agradezco a todos aquellos que,
de una u otra manera, me apoyaron en
mi caminar en pos de la realización de
mis sueños, y en especial a mi
esposo y a mis hijos
Yessina y Jorge.*

*Un agradecimiento especial a
mi asesora y amiga,
Mtra. Mónica Ortíz García
por su comprensión y ayuda única.*

INDICE

INTRODUCCION

I. MARCO HISTORICO REFERENCIAL

1.1 Educación Especial y Discapacidad	1
1.1 Origenes de la Educación Especial	8
1.1.1 Las Necesidades Educativas Especiales	20
1.1.2 Síndrome Hiperquinético	24
1.1.2.1 Disfunción Cerebral Mínima	24
1.2.1 Referencias Históricas del término Hiperquinesis	29
1.2.3 Características y Etiología del Síndrome Hiperquinético	32

2. ASPECTOS GENERALES Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

2.1 Causa y etiología del TDA	42
2.2 Diagnóstico del TDA	48
2.3 Tratamiento Farmacológico, Psicológico y Pedagógico.....	58

3. INTEGRACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO CON TDA: VENTAJAS Y DIFICULTADES

3.1 Integración Familiar	80
3.2 Integración Escolar	89
3.3 Integración Social	95

4. PROPUESTA PEDAGOGICA

4.1 Actitud del docente sobre el TDA	99
4.2 Importancia del trabajo multidisciplinario	104
4.3 Propuesta	106

CONCLUSIONES	140
--------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	144
-------------------	-----

INTRODUCCIÓN

Así como durante mucho tiempo el discurso de la homogeneidad reinaba entre quienes pretendían una educación igualitaria y equitativa, en los últimos años esas ideas han ido evolucionando y cambiando por otras.

Ya no se trata de darle lo mismo a todos, porque no todos son iguales. Y porque reconocerlo implica respetar las diferencias y hacer lo posible para que todos tengan espacio en la escuela, y puedan, por diversos caminos, con diferentes recursos, alcanzar las metas que la educación formal propone.

No se trata de plantear la integración de niños con necesidades especiales a la escuela común en cualquier circunstancia, sino de, justamente, tratar de pensar que es lo mejor para cada uno, en función de sus necesidades y potencialidades.

Tampoco se trata de circunscribir la idea de integración a la incorporación de niños “especiales” a la escuela común, sino de pensar en un nivel inicial y básico, que pueda llegar a todos los niños, integrando a aquellos que con necesidades especiales pueden compartir la escolaridad en una escuela en común, por que será beneficioso para ellos y para el grupo. así como hemos integrado otro tipo de diferencias –sociales, culturales, étnicas, etc.- Que por diversas razones en ocasiones se convierten en fuentes de discriminación y en camino seguro al fracaso escolar. Por ello la temática de integración debe ser entendida en un sentido más amplio, para mejorar la calidad de vida escolar, familiar y social de estos niños en desventaja. La escuela Inclusiva es aquella que precisamente no discrimina ni rechaza.

No podemos hablar de equidad de género y de igualdad, si no somos capaces de incluir a todos en el mismo sistema educativo, cuando es posible hacerlo.

Mi interés personal en estos tópicos resulta de mi perfil profesional, así como de mi amplia experiencia de casi veinte años en la educación básica, donde he encontrado que la curricula y la planeación nunca ha sido realizada con un enfoque de integración para los niños en desventaja, sino por el contrario en una forma generalizada o estándar, y que incluso el

docente sigue considerando segregar o canalizar a los niños con déficit de atención, antes de preocuparse de ellos y de su posible adaptación a la escuela común. Ante este estado de cosas me incliné por la investigación en educación especial, con el propósito de capacitarme y poder ayudar en la integración escolar (familiar y social) de los niños con este déficit.

Creo muy sinceramente que el pedagogo está dejando de lado este aspecto de la educación, en donde hay mucho por hacer e investigar, y que además nos permitirá abrir una nueva fuente de trabajo, fructífera y gratificante.

El aspecto humano, me ha llamado mucho la atención, pues la necesidad de afecto y ayuda profesional de estos niños y sus padres es considerable. Por ello cabe preguntarse: ¿Para que preparamos tanto si no hemos de servir a quienes lo requieren en forma urgente? los niños con necesidades especiales nos requieren ya, y con un compromiso social bien claro, integrar a niños y jóvenes primero a la escuela, para después adaptarse al campo familiar y laboral, y para finalmente tener un México mejor, con oportunidades para todos.

El objetivo general del presente trabajo es mostrar una visión actualizada del problema de aprendizaje, conocido primero como **“Trastorno Hiperquinético con Déficit de Atención” THDA**, posteriormente cambiado por el de **“Trastorno por Déficit de Atención” TDA** simplemente. El cual tiene sus orígenes en lo que se conocía como un problema de *Disfunción Cerebral Mínima* que por mucho tiempo se denominó *“Síndrome Hiperquinético”*, tema desarrollado en el primer capítulo. Ahí también se realiza una breve reseña histórica de los orígenes de la *Educación Especial*, del término de *Discapacidad* hasta arribar al concepto más reciente de *Necesidades Educativas Especiales*.

El capítulo dos señala las características del Trastorno por Déficit de Atención, sus *causas, etiología, diagnóstico, y tratamiento farmacológico* ventajas y desventajas, y el *tratamiento pedagógico*. Todo esto bajo una perspectiva clínica.

El capítulo tres aborda la parte reflexiva más importante a cerca de la *Integración* en las tres esferas de desarrollo del niño, la *escolar, familiar y social*, alcances y limitaciones.

Finalmente se describe en el cuarto capítulo la **Propuesta Educativa** para la *inclusión* de este niño con déficit de atención a las escuelas consideradas normales. Las actitudes y falta de preparación didáctica-pedagógica de los docentes frente a un grupo que pretenden educar y formar a este tipo específico de alumno.

La importancia de realizar un *trabajo colegiado o multidisciplinario* de todos los especialistas involucrados en el tratamiento del niño con déficit de atención, como condición indispensable para el logro de los objetivos de aprendizaje y de integración. También se incluyen en el capítulo cuatro, *Test Psicométricos* para la evaluación diagnóstica de los niños con déficit de atención, *cuestionarios de entrevista para padres y los niños*, así como su interpretación y utilidad. Se mencionan algunas *sugerencias y recomendaciones para maestro y padres* con esta problemática.

En las conclusiones se menciona el importante aspecto de los sentimientos y emociones con las que debe lidiar un padre y una madre del chico con déficit de atención y algunas sugerencias y recomendaciones al respecto, muy útiles para *crear un ambiente favorable para el niño y sus padres*.

Espero sinceramente que la investigación y propuesta desarrollada, sea de utilidad, para las personas interesadas en este campo de la pedagogía: la psicopedagogía y educación especial.

I. MARCO HISTORICO REFERENCIAL

I. 1 EDUCACION ESPECIAL DISCAPACIDAD

Según datos aportados por la ONU, en la conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en 1990 en Tailandia, se señala la persistencia de las siguientes realidades:

- Más de cien millones de menores, entre ellos por lo menos setenta millones de niñas, carecen de acceso a la escolaridad primaria.
- Más de novecientos setenta millones de adultos, de los cuales dos tercios son mujeres son analfabetos, y el analfabetismo funcional es un problema importante en todos los países, tanto industrializados como en desarrollo.
- Más de un tercio de los adultos de todo el mundo carecen de acceso al conocimiento impreso, a las novedades técnicas y a las tecnologías que podrían mejorar la calidad de sus vidas y ayudarles a promover el cambio social y cultural, y adaptarse al cambio.
- Más de cien millones de niños y un número incontable de adultos, no completan los programas de enseñanza básica, mientras otros muchos millones satisfacen los requisitos de asistencia, pero no adquieren los conocimientos y técnicas esenciales.

Así pues la Educación Especial debe considerarse en este contexto de crisis internacional de la educación en general.

La fuente más útil de datos sobre la educación especial a escala internacional es la encuesta de ciento cincuenta y ocho países realizada en 1986-1987 (UNESCO 1988b). La información proporcionada por esta encuesta ilustra las diferencias entre las diversas regiones y países, en cuanto a los niveles de progreso. Se determinó por ejemplo que treinta

y cuatro países de la encuesta tenían menos de un 1% de alumnos matriculados en educación especial. Y que diez de esos países proporcionaban educación especial a menos de una décima parte del 1% de los adultos.

Lo anteriormente señalado corresponde a países desarrollados, mientras los subdesarrollados solo atienden al 0, 1% como máximo de su población con necesidades de educación especial. Sobre la base de estos datos Hegarty llegó a la siguiente conclusión (1990):

" La fría realidad que revelan estas cifras es que la gran mayoría de niños y jóvenes que padecen discapacidades no reciben una educación adecuada, si es que reciben alguna. En muchos países, menos de un niño de cada cien recibe la educación que necesita".

Por otra parte, cabe aclarar que es hasta el s. XVIII en que se fundan las primeras escuelas para invidentes y sordos. Y es hasta 1851, cuando se toman las primeras disposiciones para atender específicamente a los niños con discapacidades físicas, pues antes de esto, los niños mentalmente deficientes solían instalarse en asilos y sanatorios. Y la atención especial para niños con formas ligeras de discapacidad se daría mucho más tarde.

Al igual que la educación regular, la atención a la educación especial comenzó siendo de manera caritativa individual. Posteriormente el gobierno apoyaría a estas personas creando un marco normativo nacional, en apoyo a los organismos públicos y voluntarios que quisieran colaborar para que todos los niños recibieran una educación adecuada. Pero hasta la fecha en muchos países no se cuenta con este marco educativo nacional (UNESCO 1988).

Muchas de las prácticas actuales de la educación especial, se originaron en los comienzos de la década de los años sesenta. Este periodo se caracterizó por un importante cambio de ideas al respecto, cambio que aún se está dando en muchas partes del mundo.

--- -- -

Durante la primera parte de este período se hizo hincapié en que todos los niños con necesidades educativas especiales recibieran atención. En muchos países la educación especial pasó a depender de un proceso de evaluación con el que los niños se clasificaban según las discapacidades observadas. A lo largo de los años, la educación especial acabó considerándose *como un mundo aparte dedicado a la atención de una reducida población de niños calificados de discapacitados*. Por lo tanto las personas que se dedicaban a la educación especial, mantienen poco contacto con la escuela regular. Este proceso de aislamiento, en algunos países, se vio reforzado por que la educación especial corría a cargo de organizaciones voluntarias, y que las escuelas de educación especial se encontraban en lugares alejados de la comunidad.

Afortunadamente a finales de los sesentas y principios de los setentas, se iniciaron cambios importantes en este rango. El afán por garantizar la igualdad de oportunidades en los países occidentales, hizo que se prestara especial atención a los niños de escuelas regulares que no progresaban satisfactoriamente en su aprovechamiento escolar. En consecuencia se registro un aumento considerable de diversas formas de enseñanza correctiva, incluida, la organización de clases especiales en las escuelas regulares, o anexos a las mismas.

Como una consecuencia de lo anterior, aparecieron nuevas ideas que ponían en entredicho los procedimientos para tratar a los alumnos reconocidos ya como con *necesidades educativas especiales*. De esta forma Adams (1986) resumió seis tendencias especialmente importantes:

- Una creciente comprensión del hecho de que las discapacidades están mucho más difundidas, y son mucho más variadas y complejas, de lo que los viejos sistemas de clasificación basados en criterios médicos indicaban.
- Una mayor conciencia de que nuestra percepción social de las discapacidades varía con el tiempo, como resultado de los avances médicos, económicos y

sociales. Además de que las dificultades experimentadas por los jóvenes en su desarrollo educativo y en general, son causadas tanto por las circunstancias desventajosas como por las características individuales:

- Una aceptación más general de que los padres, a pesar de que en algunos casos pueden ser "parte del problema", no solo tienen derechos en relación con sus hijos, que deben respetarse, sino que además tienen una contribución única y valiosa que aportar al desarrollo de sus hijos, que los profesionales deben aprovechar de un modo más efectivo.
- Un reconocimiento cada vez mayor de la utilidad, en muchos casos crucial, de una intervención muy temprana para ayudar a los niños con necesidades educativas especiales, y de la necesidad de prestar atención constante, con revisiones regulares y modificaciones adecuadas de los programas de apoyo, a los nuevos requerimientos de esos niños.
- Un mejor entendimiento de hecho de que no existe una división neta entre los niños "discapacitados" y los llamados "normales", sino más bien una serie de necesidades individuales, que se insertan en un conjunto único.
- Una mayor comprensión del hecho de que todos los jóvenes tienen derecho a llevar una vida lo más independiente, competente y "normal" que sea posible. Por consiguiente, el objetivo de la comunidad en relación con los jóvenes que experimentan dificultades más graves ha de ser integrarlos, en la mayor medida de lo posible, a la vida escolar y comunitaria.

Como un resultado inmediato de estas tendencias, varios países promulgaron leyes importantes para modificar la base de la educación especial. Siendo la de mayor peso social la publicada en Estados Unidos en 1975, titulada "Ley sobre la educación de todos los niños discapacitados" (Ley Pública 94-142). Se trataba de una solución

legislativa a las desigualdades educativas, procurando corregir la *degeneración* de hecho del derecho a la educación de los discapacitados (Yanok 1986). La disposición fundamental fue que todas las escuelas estatales del país, debían proporcionar educación adecuada a todos los niños en edad escolar, independientemente de las discapacidades que pudieran sufrir algunos de ellos. Y más concretamente la ley prescribía **que todos los niños con discapacidades debían recibir una instrucción adecuada y en el medio menos restrictivo posible, que para la mayoría de ellos debía ser en aulas de colegios regulares.** Asimismo, se establecía una compleja serie de procedimientos y plazos para la asignación, evaluación, clasificación y ubicación de los estudiantes, y se hacían extensivos a los alumnos y los padres ciertos derechos constitucionales y salvaguardias de procedimiento (Skrtic, 1991).

Esta legislación inspiró a otras similares en los países occidentales. Por ejemplo la "Ley de la Educación" de 1981, en Inglaterra y el país de Gales, que trató de establecer un nuevo marco para los niños necesitados de atención especial. Su principal estrategia consistía en la implantación de un "Certificado de necesidades educativas especiales", basado en un amplio procedimiento de información para supervisar los progresos de los diversos alumnos, y de ser necesario, recursos o complementarios.

Una encuesta realizada en los años ochenta (UNESCO 1988) certificó la existencia de una nueva legislación internacional. Dos tercios de los países participantes en la encuesta referían poseer una legislación en debate o ya promulgada.

FINES DE LA EDUCACION ESPECIAL

Otro aspecto importante analizado en el multicitado informe Warnock afirma que los fines educativos deben ser los mismos para todos los niños, tengan o no necesidades educativas especiales y que son dobles:

“ Primero, ampliar el conocimiento del niño, su experiencia y su comprensión imaginativa, y por tanto su conciencia de los valores morales y su capacidad de disfrute; y, segundo permitirle la entrada al mundo, después de que su educación formal haya terminado, como persona que participa activamente en la sociedad y hace una aportación responsable, capaz de conseguir toda la independencia posible.”¹

Si bien algunos niños con dificultades de aprendizaje excepcionalmente graves solo alcanzaran el primero, a través de pequeños pasos cuidadosamente enseñados y continuamente reforzados, debiendo los resultados ser valorados en función de cada niño. Como en el caso de los niños con deficiencias mentales y físicas profundas. El fin persiste y es un deber tratar de incluir a estos pequeños y adultos en las sociedades actuales, pues la educación es un derecho humano fundamental. Asimismo cada escuela tiene una responsabilidad concreta con los fines educativos de alumnos de su escuela, relacionados directamente a las necesidades curriculares de estos. Dichos fines deben ser compatibles con los fines generales de la educación, y esto también se aplica cuando los fines específicos están destinados a satisfacer las necesidades educativas especiales.

OBJETIVOS DE LA EDUCACION ESPECIAL

Pero la responsabilidad de la escuela va más allá de los fines específicos. Para alcanzar los fines de la escuela debe seleccionar las actividades y experiencias que han de constituir el currículo y ayudar a los alumnos a conseguir los fines de dicho currículo. Esta selección implicara a su vez conocimientos, técnicas y valores, y estará determinada por lo que los profesores consideran valioso para los alumnos de su escuela. Estos conocimientos, técnicas y valores serán entonces los objetivos del currículo y para alcanzarlos es necesario que los fines del currículo se cumplan. Los objetivos y los métodos de la educación especial han de estar asociados y relacionados en forma realista, con los alumnos a los cuales están dirigidos y por lo tanto

¹ Informe Warnock

deberán tomar en cuenta las potencialidades e incapacidades individuales de los niños de la misma edad. Es aquí donde la gran variedad de necesidades especiales plantea problemas curriculares. Los problemas surgen entonces por la gran variedad en la escala de necesidades educativas especiales y de las circunstancias que rodean a cada niño en particular, así como el nivel de gravedad de discapacidad de cada alumno.

EDUCACIÓN ESPECIAL: Es la combinación del currículo, enseñanza y condiciones de aprendizaje necesarias para satisfacer las necesidades educativas especiales del alumno de manera adecuada y eficaz, puede constituir la totalidad o parte del currículo total, puede ser impartida individualmente o en grupo, y puede constituir parte o la totalidad de la vida escolar.

El término discapacidad fue aceptado por la real academia española hace diez años, y aparece en el diccionario de la lengua española, en reconocimiento del gran poder del lenguaje para influir y crear impresiones. Nichey utiliza el término "discapacidad" en todas sus publicaciones debido a que otros términos más comunes por ejemplo, "incapacidad", "minusválido" o "inválido" pueden dar a entender que las personas con discapacidades son personas "sin habilidad" de "menor valor o sin él".

En comparación, el término "discapacidad" significará solamente falta de habilidad en algún aspecto o ramo específico, el uso del término reconoce que los discapacitados tienen mucho que aportar a la sociedad mundial.

1.1.1. ORIGENES DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL.

PROCESO HISTÓRICO DE LOS LIMITADOS

Existe un gran contraste entre la forma en que eran tratados los problemas de los limitados y como se enfocan actualmente. Dos factores importantes son los que han intervenido principalmente en esta evolución: la ciencia y la técnica. La primera haciendo un estudio profundo a través de la Medicina, la Antropología, la Psicología. La segunda permitiendo una experimentación, y creando un instrumental adecuado para la mejor adaptación y recuperación del individuo afectado.

Sin embargo respecto a su educación, fue llevada a cabo en situaciones separadas de la educación ordinaria y solo muy recientemente nos encontramos con un nuevo enfoque caracterizado por la integración e inclusión de este tipo de personas en la educación general y en su contexto socioeconómico.

Los antecedentes del nacimiento de la Educación Especial los podemos situar hasta finales del siglo XVIII. En una época caracterizada por la ignorancia y el rechazo a los sujetos excepcionales.

En las sociedades de la antigüedad fue común y normal la práctica del infanticidio, cuando se observaban al nacer anomalías en los niños.

Ya durante la edad media la Iglesia católica condena el infanticidio, pero por otra parte alienta la idea de atribuirle a causas sobrenaturales las anomalías que padecen las personas y entonces consideradas poseídas por el demonio y otros espíritus infernales y se les somete a prácticas de exorcismo.

En los siglos XVII y XVIII, los deficientes mentales eran ingresados en orfanatos, manicomios, prisiones otros tipos de instituciones estatales. Ahí eran encerrados junto a delincuentes ancianos y pobres hacinadamente.

Como primeras experiencias positivas podemos citar

El fraile Pedro Ponce de León (1509-1584), quien a mediados del XVI había llevado a cabo en el monasterio de Oña la educación de doce niños sordomudos, con sorprendente éxito. Ponce de León escribió un libro, *"Doctrina para los sordomudos"*, y es reconocido como el iniciador de la enseñanza para los sordomudos y creador del método oral.

En 1620, Juan Pablo Bonet (1579-1633) publicó *"Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los sordomudos"*.

La primera escuela pública para sordomudos que creó el abate Michel de L' Eppe (1712-1789) en 1755, que después se convertiría en el Instituto Nacional de Sordomudos.

Valentín Haüy (1745-1822) crea en París en 1784, un instituto para niños ciegos. Entre sus alumnos se encontraba Louis Braille (1806-1852), quien inventaría el famoso sistema de lectoescritura que lleva su nombre.

A finales del siglo XVIII y primeros años del siglo XIX, se inicia el periodo de las Instituciones Especializadas de las personas con deficiencias, y es a partir de entonces que surge la Educación Especial.

La sociedad toma conciencia de atender a este tipo de personas, aunque esa educación se conciba en un principio con un carácter más asistencial que educativo.

La idea imperante era que había que proteger a la persona normal de la no normal, es, decir se considera a esta última un peligro para la sociedad, o bien se da paralelamente la actitud inversa: se considera que hay que proteger a esa sociedad al minusvalido o

disminuido, que solo puede acarrear daños y perjuicios. El resultado de ambas concepciones es el mismo: al deficiente se le separa, se le segrega y se le discrimina.

Se construyen centros en las afueras de las poblaciones, argumentando que el campo les proporcionaba una vida más sana y alegre. De esta manera se tranquilizaba la conciencia colectiva, ya que se justificaba el cuidado y asistencia a este tipo de personas, el deficiente quedaba protegido por la sociedad y este no tenía que soportar la presencia de aquel.

Para García (1989) las razones para que esto se produjera fueran:

- a) Las muy arraigadas actitudes negativas hacia los deficientes
- b) El uso y abuso de la psicometría desde comienzos del presente siglo.
- c) La alarma eugenésica. El deficiente es considerado, un elemento perturbador y antisocial y además particularmente fecundo, por su sexualidad incontrolada.
- d) Muchos profesionales relevantes que en un momento se habían comprometido con renovadores, abandonaron el campo de la deficiencia.
- e) Las dos Guerras Mundiales y la Gran Depresión de los años treinta paralizó el desarrollo de los servicios sociales, al desviar recursos a otros sectores.

A pesar de todo lo anterior se puede considerar que hubo progresos. Pues a lo largo del siglo XIX se crean escuelas especiales para ciegos y sordos, y a finales de dicho siglo se crean Instituciones especializadas para el tratamiento de deficientes mentales.

Los hitos y figuras fundamentales de la Historia de la Educación Especial durante esta era de las instituciones fueron:

I. PEREIRA (1715-1780) Médico español nacido en Berlanga, Badajoz. Tenía una hermana sordomuda. Recurre a métodos científicos para lograr su recuperación. Sostiene que el niño que es sordo de nacimiento es capaz de seguir una conversación, ya que recostado sobre el pecho de su madre siente las vibraciones: efectivamente los

psicólogos recientes han demostrado con niños mudos, que estos al perder contacto con su madre, en sus inicios para caminar pierden también expresión (balbuceos y gritos). Pereira intentó también enseñar a su hermana a través del tacto y de la vista. Esta es la primera tentativa en una reeducación sobre el desarrollo de las actividades sensoriales.

2. PINEL, Philippe (1745-1826) que emprendió el primer tratamiento médico de los retrasados mentales y escribió los primeros tratados de dicha especialidad.
3. ESQUIROL, D.E. (1722-1840) escribió la diferencia entre idiocia y demencia en el Diccionario de Ciencias Médicas, definió la idiocia como privación de la razón , y abogó insistentemente por la creación de centros de asistencia específica para los alienados. Para él la idiocia no es una enfermedad, sino un estado en que las facultades intelectuales no se han manifestado jamás, por que no se han podido desarrollar lo suficiente, motivo por el cual no ha podido adquirir los conocimientos que corresponderían a su edad. La demencia existe por una disminución de las facultades intelectuales y en la idiocia no se han desarrollado nunca.
4. ITARD, Juan Marco (1774-1838) Médico francés, nació en Oraison, Basses Alpes. Es el primero que hace una llamada a la ciencia en favor de los limitados. Y realiza un experimento con un niño que más tarde se hizo célebre con el nombre del *Salvaje* de Aveyron . Este niño fue encontrado en los bosques de Francia (centro del país) donde había vivido privado de todo contacto social hasta la edad de doce años. Era un niño errante, solo, desnudo que se alimentaba de bellotas y emitía sonidos incomprensibles. El más celebre psiquiatra de esa época Pinel, emitió su informe sobre el salvaje viendo en él, no al individuo privado de sus facultades intelectuales por su existencia excéntrica, sino a un *idiota esencial*. Con lo cual Itard no estuvo de acuerdo, convencido de que el hombre *no nace sino se construye*. Comprueba la idiotez pero se reserva el derecho de ver en ella no un hecho de deficiencia biológica, sino de insuficiencia cultural. Itard trabajó intensamente con él, para lograr su desarrollo intelectual. Lo cual no consigue

completamente, pero su mayor logro son las importantes aportaciones en las Ciencias Humanas y en la Educación. El análisis realizado por Itard sobre el comportamiento del Salvaje de Aveyron saca a la luz ideas que ahora son básicas en la reeducación de los limitados.

Las ideas que formulo son las siguientes:

El papel de la educación en el proceso de la hominización que a partir de un complejo de tendencias y necesidades fundamentales indeterminadas, desemboca en el hombre;

La necesidad de una motivación para que se instaure el desarrollo mental, es decir se efectúe la estructuración de ciertos datos privilegiados de la experiencia perceptivomotora en "objetos" portadores de valor y significación humana, que permita establecer la comunicación;

La naturaleza del lenguaje y la diferencia entre el montaje de un condicionamiento y la adquisición de un concepto por mediación de un símbolo.

Ante todo, el estudio de Víctor Aveyron nos enseña que todo lo que se piensa que es natural al hombre, no solamente gustos y costumbres, sino percepción e incluso instintos, todo esto se adquiere, de hecho a través del condicionamiento, la imitación o el aprendizaje. Evidentemente el niño debe aprender a hablar y con mayor razón a leer , a escribir, contar, pero se admite con menos facilidad que deba aprender a percibir. Esto es así por que se piensa que existe un mundo de objetos dados que no se puede por menos más que por los cinco sentidos (ver, oír tocar oler etc.) tal como existen en una realidad exterior e independiente del sujeto. Pero en realidad *solo se percibe lo que tiene sentido para uno*, y lo que pareciera aparentemente innato y determinado por la naturaleza, es revelado de hecho, solo a través de la educación.

5) VOISIN se plantea el tipo de educación necesaria para niños con retraso mental, en su obra publicada en 1830, llamada "Aplicación de la Psicología a cerca de los niños que necesitan educación especial".

6) SEGUIN, Eduardo O. (1812-1880) Médico, neurólogo y educador. Fue alumno de Itard, y se apoya en el método del aprendizaje sensorial. En 1837 abre en Paris una escuela para débiles mentales. Define su método como *Método Psicológico o Educación del niño por entero*. En este tiempo se empezaba ya a estudiar la estructura del cerebro, sus áreas, la localización de funciones psíquicas y se realiza un estudio mas profundo desde el punto de vista médico y de la fisiología.

En esta época se conocía ya la división del sistema nervioso en: *Sistema Central y Sistema Periférico*. Seguin hablaba de dos tipos de idiocia:

Una superficial y otra profunda. En el primer tipo, los nervios motores o sensitivos del sistema periférico se suponían dañados o destruidos resultando de ello en términos de diagnóstico, *el idiota superficial*. En términos de funciones, el cerebro o sistema nervioso central se suponían intactos, pero impedidos de funcionar adecuadamente a causa de la deficiencia del receptor. Los sentidos solo recibían impresiones débiles o inexactas. Para mejorar el funcionamiento del cerebro o sistema nervioso, era necesario proceder a un adiestramiento especial de los sentidos dañados, para que las impresiones correctas pudieran llegar al cerebro. Mientras *la idiocia profunda* era el estado que se suponía atribuible a una serie de destrucciones del sistema nervioso central. Debido a la imposibilidad de adiestramiento en estos casos, se emplea la maniobra sensorial, igual que en la superficial, con la esperanza de que una vigorosa estimulación de los sentidos intactos pudiera ocasionar el funcionamiento de las células correspondientes del cerebro.

La educación sensorial como enfoque teórico de la educación de idiotas se conoció en el mundo gracias a la escuela de Seguin en Bicerre (Paris) y su publicación de dos volúmenes sobre la idiocia. Y la continuación de su obra en los E.U. a finales de los 40s.

El método de Seguin constituye el primer intento sistemático de la educación de la debilidad mental.

- 7) BOURNEVILLE . Asumió sintetizó y en alguna medida medicalizó los métodos y procedimientos de E.Seguin, resumiendo en su obra la tradición médico-pedagógica que habían inaugurado J.M. Itard y E. Seguin y que casi se había perdido al emigrar este a E.U. su trayectoria fue más la de un compilador que la de un creador.

Reclamó una mayor atención para los niños idiotas, atención que debía abarcar para él desde los dos años hasta los dieciocho. A él se debe la reivindicación de que es un deber absoluto del Estado obligar a las autoridades locales a tomar las medidas necesarias para que la ley fuera ejecutada, prestando atención a los niños retrasados, susceptibles de mejoría,

Su método de trabajo tomó en consideración la educación sensorial y motora, la educación higiénica (limpieza, vestimenta y digestión), la enseñanza primaria recibida en las escuelas, junto con los tratamientos médicos, en caso de ser necesario, aplicando duchas, masajes, bromuro para los epilépticos y algunos fármacos específicos para los tipos de idiocia señaladas en su clasificación anatomopatológica.

- 8) DECROLY O. Preparar al niño para la vida fue el objetivo de O. Decroly; y esta preparación conlleva incidir sobre el medio que potencia esa educación. Pero no se conformó con proporcionar al niño deficiente un medio adecuado ante el que pudiera permanecer pasivo, sino que consideraba necesario estimularle.

El tratamiento, la estimulación de los niños anormales debía dirigirse en una doble dirección: *el medio físico* (que incluye la medicación, el reposo, los masajes y la gimnasia, lo que es propio del médico) y *en la instrucción o educación* propiamente dicha (propia del educador y que incluiría el tratamiento mental y social que saca partido a las actividades mentales y favorece el desarrollo de las aptitudes intelectuales

y caracteriales). Por todo ello la educación de los anormales debía sacarle el máximo partido de sus capacidades.

El método Decroly contempla las siguientes fases: la educación *sensorial*, la educación *motriz*, la educación *afectiva* (educación moral, del carácter), la educación *intelectual*, la educación *del lenguaje* y la preparación y *orientación profesional* (adquirir las técnicas instrumentales básicas - lectura, escritura, cálculo - que le permitan acceder a su formación profesional). Esta orientación y educación constituye la culminación de todos los esfuerzos para preparar al niño retrasado a integrarse a la vida social.

Su obra tuvo incidencia en numerosas Instituciones (tanto médico-pedagógicas como escuelas de anormales y centros de enseñanza especial) y que llevaron a cabo sus planteamientos y en numerosos discípulos que le dieron continuación a su obra.

9) BINET, Alfred (1857- 1911) Psicólogo Francés, nacido en Niza

Alfred Binet funda en Francia el primer laboratorio de Psicología. Su test Binet-Simón, conocido en América como: "escala de inteligencia" Stanford-Binet ha sido sumamente importante. Binet junto con Pereira, Itard y Seguin, forman el grupo de los cuatro grandes que comienzan a entender a los niños limitados, y han sido precursores de la educación especial.

Binet fue nombrado por el Ministerio de Educación Pública para hacer un estudio especial sobre las ventajas de la escolaridad en los niños limitados. Se consagró al estudio científico de los factores explicativos de las desigualdades producidas en los resultados de aprovechamiento escolar. Comenzó haciendo exámenes que sirvieran como medida de los grados de instrucción. Después de este trabajo serio dio a conocer la escala métrica de la inteligencia. Binet, que marca tres medios para evaluar la insuficiencia mental.

- a) Examen médico (síntomas físicos)
- b) Resultados de aprovechamiento escolar
- c) Examen Psicológico

El método médico, según él es indirecto, el escolar es más directo, pero el más directo de todos es el psicológico. La escala métrica de la inteligencia es aplicable desde la edad de tres meses hasta los quince años. Binet adjudicó como grado normal de *inteligencia* para cada edad los resultados obtenidos *-por la media de todos los niños de una misma edad*, él considera que todo retraso igual a dos años constituye un caso grave de retraso mental.

Las pruebas creadas por Binet son estandarizadas, escalonadas; su finalidad es fijar dentro de un tiempo (edad) mínimo el punto de desarrollo intelectual de un niño, de precisar su edad mental y atribuirle un coeficiente intelectual (CI), el cual se obtiene dividiendo la edad mental entre la edad real o cronológica: $CI = \frac{EM}{EC}$

El profesor George Heuyer ha escrito:

“El niño que ha tenido su primer diente a los seis meses, que camina a los 12 meses, que pronuncia su primera frase a los 18 meses y que es limpio a los quince meses, se desarrollará normalmente desde el punto de vista de la inteligencia y del carácter”.

10) MONTESSORI, María (1870-1957). Médico, nacida en Italia.

María Montessori ha sido en Italia, la primera mujer que recibió un diploma de doctor en medicina. Estudió después Antropología en la Universidad de Roma. Fue directora de una Escuela Normal Ortofónica. (reeducación de niños deficientes y caracteriales). Montessori elabora una Psicología rica en instituciones y una pedagogía nueva. En un principio se dedica a estudiar las anomalías infantiles, más tarde en 1902, en un viaje a París, conoce a Bourneville, y lee a Itard y a Seguin y se plantea si la enseñanza

empleada para los deficientes, no daría convenientemente utilizada. un resultado mucho más sorprendente aún que en los sujetos normales.

Aunque solo trabajó por dos años en contacto directo con los niños anormales (1898-1900), la incidencia de su labor y su obra fueron considerables. Su contribución más importante fue la demostración de la validez de la educación sensorial y motora como base para un proceso posterior a la educación intelectual y moral. Para ella la cuestión de los anormales es mucho más pedagógica que médica.

María Montessori como seguidora de Seguin, ordena fabricar material educativo ideado por él, y aumenta los que ella cree convenientes. Actualmente su método se conoce en casi todo el mundo, y se aplica tanto a la educación especial como a la normal. Ella habla de una educación para la vida. Dice que esta debe comenzar desde el nacimiento; marca las etapas de desarrollo en la persona y da suma importancia a los períodos sensibles por los que pasa el niño en su primera edad. Indica como dar respuesta a estos momentos importantes.

En su obra póstuma escribe después de más de cuarenta años de reflexión, observación y experiencia, señala el valor que tienen las fuerzas de la infancia y la riqueza inexplorada que constituyen sus poderes desconocidos: Dentro del aula prepara un ambiente de libertad favorable para el niño, poniéndolo así en situación de realizar las cosas por él mismo: sus conquistas diría ella... las que más tarde harán surgir al hombre. Otra idea suya es la siguiente: *" toda ayuda inútil retrasa el proceso del niño" es decir no ayudarlo a hacer lo que él es capaz; lo que el niño consiga lo ayuda a construirse*. Esta misma teoría sería la autogénesis de Piaget.

11) W ALLON (1879-1962) Ejerce una influencia notable sobre la educación, pero en la

Psicología genética. Se muestra apasionado por la infancia, dedica numerosas publicaciones a demostrar que la educación "se basa en el conocimiento exacto del niño, de su naturaleza, necesidades y capacidades". A partir de 1900 en Francia. Fue doctor en medicina, catedrático de Filosofía. Su línea general es la psicología genética. Se muestra apasionado por la infancia, dedica numerosas publicaciones a demostrar que *la educación se basa en el conocimiento exacto del niño, su naturaleza, necesidades y capacidades*". A partir de 1925 elabora una teoría

según la cual el fundamento primario de la acción educativa se encuentra en la acción recíproca entre el niño y el medio en que reside", Defendiendo que la "emoción" en su doble dimensión, biológica y social, es el principio original que mueve a todo ser desde la fase osmótica de los primeros meses; afirma que el desarrollo del niño se efectúa por diferenciación progresiva en el seno de un entorno social necesariamente educativo. Por lo tanto la responsabilidad de la institución escolar es muy importante. Wallon insiste en convencer a los docentes en mostrar una actitud científica tendiente a orientar "*a cada uno hacia las trabajos más favorables para su desenvolvimiento correcto en los ordenes intelectual, moral y social*". *

12) PIAGET (1896-1980) En la misma línea de Wallon Piaget aporta su *Psicología Genética del Conocimiento*. Se apoya en la demostración experimental de la existencia de estructuras de cognición sucesivas, definitivas de estadios y niveles de psicogénesis, que no deben concebirse como normas rígidas, sino como índices potenciales, dado que cada fase de desarrollo está mucho menos caracterizada por un contenido fijo de pensamiento que por determinada capacidad, una actividad específica ... susceptible de predecir un resultado determinado en función del medio en que viva el niño. Piaget señala que: "*No se puede fijar actualmente con certeza un límite entre lo que proviene de la maduración estructural del espíritu que emana de la experiencia del niño o de la influencia de su medio físico y social, admitirá que son estos dos factores los que intervienen sin cesar y que el desarrollo se debe a su interacción continua...*" Desde la óptica escolar esto significa que debemos reconocer la existencia de una evolución mental en el sentido de que todo alimento intelectual no es bueno igualmente para cualquier edad; deben tenerse en cuenta intereses y necesidades de cada período. Significa también que el medio puede tener un papel decisivo y que los métodos apropiados pueden aumentar el rendimiento de los alumnos e incluso acelerar su crecimiento espiritual.

EPOCA ACTUAL.

El siglo XX se caracterizará por el inicio de la obligatoriedad y la expansión de la educación elemental, detectándose que numerosos alumnos presentaban deficiencias y con ello problemas de aprendizaje. Es entonces cuando se aplica la división del trabajo en la educación y nace una Pedagogía diferencial, una educación especial institucionalizada, basada en los niveles de capacidad intelectual y diagnosticada en términos de cociente intelectual (Binet).

En esta época proliferan las clases especiales y clasificaciones de niños según su etiología en: ciegos sordos, deficientes mentales, parálisis cerebral, espina bifida, caracteriales, con dificultades de aprendizaje. Dichos centros especiales segregados de los centros ordinarios, con sus propios programas, técnicas y especialistas, que constituyeron un subsistema de Educación Especial, diferenciado del sistema educativo general.

Es a partir de 1959 cuando el rechazo iniciado por asociaciones de padres contra este tipo de escuelas segregadas y segregadoras, quienes reciben apoyo administrativo en *Dinamarca, país que incorpora en su legislación el concepto de "normalización", entendido como la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como le sea posible" (Bank-Mikkelsen).*

A partir de entonces el concepto de normalización se extiende por toda Europa y América del Norte. Pero es en Canadá donde se publica en 1972 el primer libro acerca de este principio.

1.1.2 ¿QUÉ SON LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES?

Una de las dificultades principales que se presentan al analizar las necesidades educativas especiales es hecho de que es difícil llegar a una definición con la que todos estén de acuerdo, y éstas son por lo tanto escasas. Se puede considerar que todos los niños tienen necesidades especiales de algún tipo. Pero el enfoque generalizado es considerar únicamente como necesidades educativas especiales aquellas que precisan para su solución algo más que la habilidad del profesor de la clase. En otras palabras, las necesidades que exigen la intervención de apoyo al profesor, o la creación de una situación de aprendizaje alternativo para el alumno. Esta postura es coherente con la del Informe Warnock, donde se define como *necesidad educativa especial* aquella que requiere:

" La dotación de medios especiales de acceso al currículo mediante el equipamiento, instalaciones o recursos especiales" la modificación del medio físico o el uso de técnicas de enseñanza especializada. La dotación de un currículo especial o modificado. Y una particular atención a la estructura social y al clima emocional en los que tiene lugar la educación".

Esta definición supuso un importante avance. Al centrarse en los medios requeridos, fue posible valorar si las necesidades del niño estaban siendo satisfechas o no, mediante la comparación de los medios requeridos con los disponibles. Es también una definición educativa en el sentido de que se centra en el currículo, y tiene en cuenta a aquellos niños que podrían seguir el currículo escolar normal si se les diera un apoyo adecuado. Incluidos aquellos para los cuales el currículo normal pudiera ser inadecuado, y deja muy claro que para que el currículo sea eficaz debe ser desarrollado en una situación adecuada a las necesidades de aprendizaje del niño.

Pero este gran salto se redujo a un pequeño paso, debido a que la Ley de Educación de 1981. Señala que se tiene una necesidad educativa especial solo si un niño presenta el aprendizaje que exige que se le ofrezca una dotación educativa especial, además que se dice que *un niño tiene una dificultad de aprendizaje si:*

- a) Tiene una dificultad significativamente mayor para aprender que la mayoría de los niños de su edad, o
- b) Tiene una incapacidad que le impide u obstaculiza hacer uso de los medios educativos como los generalmente ofrecidos en las escuelas, dentro del área de la autoridad local correspondiente a los niños de su edad.

Dentro de esta perspectiva ha desaparecido la necesidad de concentrarse en los medios y el currículo. La dificultad de aprendizaje se remite a la generalidad de los niños de la misma edad y cualquier diferencia debe ser significativa, debe haber problema con los medios generalmente ofrecidos, para ese grupo de edad, y todo ello debe relacionarse con lo que suceda en la legislación. El resultado de todo esto puede ser que la educación especial que el alumno requiere esté más determinada por los niveles existentes en la ley que en sus propias necesidades personales. La Ley de Educación de 1981 confirma esta conclusión en su definición de dotación educativa especial:

*Dotación educativa especial, significa dotación educativa adicional o diferente en algún aspecto a la generalmente ofrecida a los niños de su edad en las escuelas dependientes de la autoridad educativa local correspondiente. **

Una comparación de esta definición con la siguiente, tomado del informe Warnock, pone de relieve la pérdida de precisión y alcance de la Ley: La educación especial... debe ser atendida por lo tanto en función de, uno o más de estos tres criterios:

- a) Acceso eficaz a tiempo completo o parcial a profesores con una cualificación adecuada, o una experiencia sólida o ambas cosas a la vez

- b) Acceso eficaz, a tiempo completo o parcial, a otros profesionales con una formación adecuada, y
- c) Un medio educativo y físico con las necesarias ayudas, equipo y recursos adecuados, a las necesidades especiales del niño.

Como observamos el interés de Warnock por el currículo, los medios y la enseñanza se han perdido, así, ahora tenemos dos definiciones de educación especial, la legal que es atractiva para los administradores; y la educativa del informe más atractiva para los educadores. Aun cuando sería erróneo considerar las dos posiciones inevitablemente enfrentadas. En un punto ambas están de acuerdo, que las necesidades educativas van de las leves a las agudas. Pero el informe Warnock considera cinco fases de valoración de las necesidades educativas especiales, las tres primeras dentro de las escuelas, y consideradas para los alumnos que no son observadas en la declaración oficial.

Cabe aclarar otro punto importante en el informe Warnock, con consecuencias directas para el currículo, es la idea de que las necesidades educativas no son irremediablemente permanentes. Ahora ya es posible anotar una definición útil de las necesidades educativas especiales y su educación especial correspondiente:

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES: Existe una necesidad educativa especial cuando hay una deficiencia específica (física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de éstas) y esta afecta el aprendizaje hasta tal punto que son necesarios algunos o todos los accesos especiales al currículo, al currículo especial o modificado, o a algunas condiciones del aprendizaje especialmente adoptadas para que el alumno sea educado adecuada y eficazmente. La necesidad puede presentarse en cualquier punto en un continuo que va desde la leve hasta la aguda; puede ser permanente o una fase temporal en el desarrollo del alumno.

La relación dinámica establecida entre el ser humano y su medio ambiente constituye prácticamente una evidencia general desde los comienzos de la humanidad, pero no es sino hasta principios de nuestro siglo, que se confirma esta compleja relación gracias a los estudios de geógrafos y de sociólogos.

Kurt Lewin (1935) formaliza esta relación expresándola a través de la siguiente ecuación:

$B = f(P, E)$ donde el comportamiento (behavior) es función (f) de la relación establecida entre la persona (P) y su medio ambiente (Environment).

1.2 EL SINDROME HIPERQUINÉTICO

1.2.1. DISFUNCION CEREBRAL MÍNIMA

Si existe un cuadro neurológico, donde resulta muy valiosa la metodología de evaluación neuropsicológica, es el de la Disfunción Cerebral Mínima (DCM). Considerada fundamentalmente como una afectación de las funciones cerebrales superiores (Tallis, 1982; Tallis y Coll, 1986; Rapin, 1987), es a través de una adecuada exploración de estas como se pueda arribar a un diagnóstico, además de precisar las áreas centralmente afectadas y aquellas relativamente indemnes.

Las ideas sobre este tema inicialmente tendieron a unificarse, y posteriormente a subdividirse en especificidades. El primer movimiento tiene su culminación en 1947, cuando Strauss y Col (1964) definen el cuadro que denominan *Lesión Cerebral Mínima*; hasta entonces habían distintas descripciones aisladas de niños con afectaciones variables de la motricidad, por un lado con trastornos de aprendizaje, por el otro con conductas hiperactivas que significaban erróneamente la totalidad del problema, como también de secuelas conductuales y de lesiones cerebrales, tanto en niños como en adultos.

Los autores anteriores tuvieron a bien unificar conceptos dispersos y precisar lo central de la sintomatología en: *Trastornos de la conducta motora y emocional, trastornos perceptuales, de la atención y del pensamiento*, que conducen a las **dificultades de aprendizaje**; otro mérito suyo fue el de orientar el diagnóstico con el uso de test específicos, abandonando la presunción de hacerlo solo con la metodología de la neurología clásica.

A través de los años, los términos utilizados para designar estas alteraciones han sido múltiples y desafortunadas, pues han favorecido a malas interpretaciones y una pobre comunicación y definición de conceptos, tales como: **síndrome de daño cerebral, daño cerebral mínimo, daño cerebral difuso, síndrome coreiforme, lesión cerebral mínima, síndrome del niño torpe, trastorno del aprendizaje etc.**

El término Disfunción Cerebral Mínima, surge por primera vez a raíz de la reunión de la *Sociedad Nacional de Espasticidad de la universidad de Oxford*, en 1962. Así como en otras reuniones llevadas a cabo en los E. U. que se reproducen en el acta denominada *National Project of Minimal Brain Damage (learning Disabilities)*, a partir de la cual comienza a utilizarse también la denominación de trastornos específicos del aprendizaje.

Podemos decir, que los conocimientos actuales que poseemos sobre el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) permiten asegurar que ciertos trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como alteraciones perceptuales, lingüísticas y de coordinación viso-motora en los niños, son signos neurológicos que nos reflejan una desorganización en el funcionamiento (Disfunción) del cerebro en los más altos niveles de organización.

El término disfunción cerebral se refiere a la expresión clínica secundaria de:

- A) Daño o lesión
- B) Malformación
- C) Disfunción bioquímica
- D) Trastorno de la actividad bioeléctrica cerebral

El término "daño o lesión cerebral" no es adecuado para muchos niños con patología orgánica cerebral; es más apropiado el de "Disfunción Cerebral", aunque no podemos olvidar que no todas las lesiones o daño cerebral pueden verse, aun con microscopía electrónica. Los síntomas son determinados no solo por el sitio y tamaño la lesión, sino además por la rapidez con la que ésta ocurra (aguda, lentamente progresiva, o pequeños insultos pero repetidos), así como por el momento del desarrollo en el que se presente (vida intrauterina, perinatal).

Alteraciones en el metabolismo y/o en la excitabilidad neuronal pueden tener una influencia perturbadora en la conducta, tan importante como una lesión estructural. Algunas alteraciones bioquímicas al activar un neurotransmisor específico pueden tener

características de patología focal, puesto que la distribución de muchos neurotransmisores es restringida, con la consiguiente afectación de dicho neurotransmisor.

Clements, encabezó a un grupo de trabajo sobre terminología y propuso en 1966, la siguiente definición-descripción de **disfunción cerebral mínima**:

"Se refiere a un cuadro clínico que se presente en ciertos niños cuya inteligencia es normal, cercana a la normal o mayor a la normal que presentan trastornos en el aprendizaje y la conducta de intensidad variable, y que se asocian a desviaciones en el Sistema Nervioso Central. Dichas desviaciones pueden expresarse por trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, control de impulsos o la función motora. Tales alteraciones parecen estar relacionadas con trastornos genéticos, alteraciones bioquímicas, insultos cerebrales perinatales o durante los años críticos para el desarrollo y madurez del SNC o por causas desconocidas".

Manifestaciones similares pueden o no estar presentes en niños con parálisis cerebral, epilepsia, retardo mental, ceguera, sordera etc.

Esta definición resalta la falta de especificidad en el término **Disfunción Cerebral Mínima**, pues en ella podemos englobar a niños con diferentes síndromes tales como: Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad, pero sin trastornos motores ni del aprendizaje; niños con trastornos del aprendizaje pero sin trastornos de la atención; niños con déficit en las destrezas motoras solamente, y niños con distintas combinaciones de estos trastornos, a todos los cuales se les encasillaba en el mismo diagnóstico y tratamiento como si tuvieran la misma condición. Rapin menciona que ha llegado el momento de reconocer la heterogeneidad entre los niños con "Disfunción Cerebral Mínima" y con déficit de atención para concentrarnos en las diferencias más que en las similitudes.

El término "Disfunción Cerebral Mínima" utilizado como categoría diagnóstica o entidad nosológica se debe considerar como errónea. Y se debe evitar su empleo, pues

tiende a ser engañoso ya que sugiere el establecimiento de un diagnóstico puede dar una falsa tranquilidad respecto a la definición del problema, su pronóstico y su tratamiento. En última instancia debe ser considerado solo como un indicador global de la necesidad de una evaluación cuidadosa y completa tanto desde el punto de vista neurológico como conductual, con el fin de llegar a un diagnóstico específico.

A partir de la propuesta de la Asociación Americana de Psiquiatría, expuesta en el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual) en 1980, de denominar el cuadro como *Síndrome de Deficiencia Atencional (SDA) (Alteration Deficit Disorders)*, sugiriendo que lo central del cuadro es el trastorno de la atención, pudiendo o no acompañarse de hiperactividad. para este momento se produce un fenómeno distinto, comienza una tendencia a la dispersión del cuadro, coincidiendo con las diversas modalidades que tomaba la evaluación neuropsicológica, y bajo la idea de que las distintas afectaciones de funciones cerebrales no podían ser parte de una única entidad.

De esta forma Wander , explica dos síndromes que pueden presentarse en forma aislada o combinarse; ambos interfieren en el rendimiento académico; *Alteraciones Específicas del Aprendizaje (AEA)*, y *Alteraciones por Déficit en la Atención (ADA)*. El primero se vincula con la dificultad de adquirir habilidades académicas específicas, sin trastornos del comportamiento, y el segundo corresponde a los trastornos de atención y comportamiento.

En las Jornadas organizadas por la Sociedad de Neurología Infantil, en 1987 en Buenos Aires, Rapin expone con mucha amplitud sus conceptos descentralizadores sobre los sistemas funcionales cerebrales y sus alteraciones. Así dentro de las afectaciones de los procesos corticales superiores distingue y separa una serie de entidades: *trastornos de ejecución motora, trastornos del esquema corporal, trastornos viso-perceptivos, trastornos de los procesos de audición cortical, **trastorno por déficit de atención**, trastornos de lenguaje, trastornos de aprendizaje, autismo y deficiencia mental*.

Las alteraciones de aprendizaje pueden darse en diversos daños cerebrales orgánicos y, dentro de esa patología, se distinguen tres cuadros: **Disfunción Cerebral Mínima, Trastornos Específicos de Aprendizaje y Trastornos por Déficit de Atención**. Siendo este último producto de alteraciones del tallo cerebral o de sus proyecciones, y los dos primeros de origen cortical, se diferenciarían por la presencia de deficiencias motoras mínimas en la DCM.

Investigaciones más recientes del NICHCY (National Information Center for Center for Children and Youth with Disabilities) señalan que el ADD se conoce oficialmente como **Desorden Deficitario de la Atención/Hiperactividad (Attention Deficit-Hiperactivity Disorder), o AD/HD (American Psychiatric Association, 1994)**, a pesar de que la mayoría de las personas, y algunos profesionales, aún le llaman ADD (el nombre que se le dio en 1980). El nombre del desorden ha cambiado como resultado de adelantos científicos y los resultados de cuidadosas pruebas de campo, y ahora los investigadores tienen evidencia para apoyar su posición de que el AD/HD (así nos referiremos al desorden) no es un desorden específico con variaciones diferentes. De acuerdo a esta evidencia, AD/HD ahora se divide en tres subtipos, de acuerdo a las principales características asociadas con el desorden: falta de atención, impulsividad, e hiperactividad. Los tres subtipos son:

AD/HD de Tipo Predominantemente Combinado. AD/HD de tipo Predominantemente inatento. y AD/HD de Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo. Estos subtipos toman en cuenta el hecho de que a muchos niños con AD/HD no les cuesta mucho sentarse tranquilos ni mostrar conducta de inhibición, pero pueden ser predominantemente inatentos y como resultado, tienen mucha dificultad el mantenerse enfocados en una tarea o actividad. Otras personas con AD/H pueden poner atención a una tarea pero pueden perder el enfoque por ser predominantemente *hiperactivos-impulsivos* lo que hace que tengan dificultad en controlar sus impulsos y actividad. El subtipo más común es el Tipo Combinado. Estos niños tendrán significantes síntomas de las tres características.

Cabe aclarar que en México a este Déficit o trastorno, se le denomina **TDA (Trastorno por Déficit de Atención) con o sin hiperactividad**.

1.2.2 REFERENCIAS HISTORICAS DEL TÉRMINO HIPERQUINESIS

En 1902 el pediatra Sir George Frederic Still señala por primera vez el caso de 20 niños con síntomas idénticos al actual niño hiperquinético: violencia, travesura sin sentido, insensibilidad al castigo, nervios, inquietud, falta de atención, y por consecuencia fracaso escolar, incluso en ausencia de déficit intelectual y señalaba como causas: una predisposición heredada y una disfunción cerebral mínima, que actuaba sobre una facultad humana (control moral) esencialmente heredada.

Para 1918 en Inglaterra, tras una epidemia llamada "encefalitis letárgica", Hoffman y Ebaugh concluyeron que las consecuencias de esta enfermedad eran: disfunción cerebral grave, incontinencia de esfínteres, exhibicionismo, sobre actividad, hipersomnia y reacción histérica con una infección cerebral grave.

En 1934, Kahan y Cohen describieron tres pacientes que presentaban sintomatología clínica, caracterizada por : hiperquinesia, incapacidad de permanecer quietos y torpeza involuntaria, consideraban su etiología, resultado de un exceso de impulsos orgánicos internos, es decir, la hiperactividad era el resultado de una anomalía en la organización del tallo cerebral, causada por un trauma o bien una lesión en el parto, conocieron este síndrome como "orgánico cerebral".

En 1937, Charles Bradley, trabajó con niños, que como consecuencia de haber padecido encefalitis, presentaban conducta intratable y problemas físicos, y descubrió los efectos terapéuticos de las anfetaminas, corroborando con ello la hipótesis neuronal de la hiperquinesis.

En la década de los cuarenta y cincuentas, Strauss y Lehtinen fueron pioneros de la neuropsicología, por exponer la sicopatología del niño con daño cerebral y sus procedimientos correctivos psicopedagógicos. Antes de Strauss el retraso mental y los problemas de conducta eran asociados al factor hereditario, y no a los traumas y problemas

congénitos. Podemos decir que para Strauss hiperactividad significa, lesión cerebral, con lo que se atribuía al síndrome un origen totalmente orgánico.

Para 1952, Tredgold, especialista en deficiencia mental en Inglaterra, se interesó por encontrar una posible relación existente, entre algunos problemas sociales tales como alcoholismo, el fracaso escolar y la pobreza y el déficit intelectual heredado. En su estudio describió niños con síntomas del síndrome hiperquinético, como son: signos neurológicos menores, insuficiente desarrollo de coordinación motora, un excesivo nivel de actividad, falta de atención y distracción. Consideró que sin importar su clase social, presentaban una conducta provocadora, delincuente y antisocial aun no siendo deficientes mentales. Tredgold señaló que el "síndrome de déficit moral" como él lo llamó, era una forma de deficiencia mental, causada por anomalías en los niveles superiores del cerebro, y descartó la posibilidad de que la deficiencia mental estuviese relacionada con factores ambientales,

En 1955 Outeden fue el primero en utilizar el término de "síndrome hiperquinético".

Pasamanick en 1956, confirmó la relación que existe entre la hiperquinesia y la afección cerebral e intentó demostrar la relación de enfermedades congénitas con posteriores problemas conductuales, físicos y educacionales.

En 1961, Williani Cruichshank utilizó el término "daño cerebral" para referirse a los niños que presentaban distracción, deshibición motora, perturbación en la relación figura-fondo, falta de un concepto de "sí mismo" y una imagen corporal poco desarrollada. También se inclinó por una explicación de carácter orgánico.

Para 1963, Clements y Peters recomendaron que el término "daño cerebral mínimo" fuera desplazado por el de "disfunción cerebral mínima", para evitar una relación directa con el retraso mental, sin embargo, el término DMC también trajo consigo problemas de ambigüedad, pues este término puede incluir otros tipos de trastornos tales como: neurosis, psicosis, epilepsia y dislexia, etc. Es por ello, que actualmente no se recomienda este término como diagnóstico.

Es hasta 1980, en que la American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIII) propone el término de "Trastorno de Déficit de la Atención con Hiperactividad" para referirse a este tipo de desorden, encontrando las siguientes características: presencia de sobre actividad, impulsividad, falta de atención aun bajo una inteligencia normal, sumadas a una serie de conductas indeseables, como la desobediencia y agresividad entre otras.

Es importante señalar que en el TDAH, la falta de atención se ubica como la causa principal de esta patología.

En los estudios más recientes realizados por Mary Fowler en 1995, denomina a este problema "Desorden deficitario de la atención" (ADD) que se conoce oficialmente como Desorden Deficitario de la Atención /Hiperactividad, de acuerdo con las nuevas evidencias los investigadores afirman que no es un desorden específico con variaciones diferentes y dividen al AD/HD en tres subtipos de acuerdo a las principales características asociadas con el desorden: falta de atención impulsividad e hiperactividad, los tres subtipos son:

1. AD/HD predominantemente combinado.
2. AD/HD predominantemente inatento.
3. AD/HD predominantemente hiperactivo-impulsivo

Cabe aclarar, que son seis síntomas de atención deficiente y otros tantos de hiperactividad-impulsividad, los necesarios para establecer el diagnóstico de TDAH de tipo combinado el más común. El tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo son menos de seis los síntomas de atención deficiente y en el tipo predominantemente inatento son pocos los síntomas de hiperactividad, es el menos frecuente y reconocido, por lo tanto, el que recibe el menor tratamiento.

1.2.3 ETIOPATOLOGIA Y CARACTERISTICAS DEL SINDROME HIPERKINETICO

La palabra hiperkinesia proviene del vocablo griego **kinesis**, que significa **movimiento**, y tiene que ver con el sistema kinestésico que hace posible la habilidad motora tanto gruesa como fina. El prefijo **hiper** significa **mayor ; superior o elevado** según niveles considerados normales para el equilibrio de las personas física y mentalmente sanas.

Este Síndrome favorece una forma excesiva de actividad sensorial, lo cual obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el interior (inquietud), como al exterior (hiperactividad).

Como sabemos cualquier tipo de disfunción cerebral, puede ocurrir debido a diferentes factores y en diferentes momentos de la vida de un ser humano. Es decir desde el inicio de la gestación humana (vida intrauterina o neonato, por ejemplo rubéola o infecciones graves de la madre) el porcentaje de estas causas es de entre el 10 y el 5%; durante el proceso de parto – (periparto y parturientas ejemplos sufrimiento fetal, asfixia , forceps etc.) estas causas generan entre el 70 y 80% de los casos; y aquellas que afectan a los niños después de nacidos, generalmente en los primeros meses de vida (posnatales, son ejemplos traumas craneales, encefalitis, meningitis etc.) .

Factores Prenatales:

- 1.- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis
- 2.- Anoxia del producto en el interior del útero; originados por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios etc.
- 3.- Hemorragia cerebral en el producto (microhemorragias) provocadas por toxemia del embarazo, trauma directo etc.

- 4.- Exposición excesiva a los rayos "X"
- 5.-Disturbios metabólicos como la diabetes mellitus
- 6.- Afectaciones por el Factor RH sanguíneo

Factores Paranatales

- 1.- Anoxia por obstrucción mecánica respiratoria, mal uso de anestésicos, placenta previa.
- 2.- Distocias capaces de producir sufrimiento fetal, uso de forceps, parto prolongado.

Factores Posnatales

1.- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida especialmente la tosferina, sarampión, escarlatina, neumonía, encefalitis y meningitis. Cabe mencionar que en sus inicios el Síndrome Hiperquinético se conoció también con el nombre de **Síndrome Postencefalítico** *debido a la frecuencia de la encefalitis como antecedente directo de la enfermedad.*

- 2.- Traumatismo craneal
- 3.-Secuelas debidas a la incompatibilidad del factor Rh.
- 4.- Neoplasias cerebrales
- 5.- Anoxias accidentales pasajeras

Las causas anteriores se han identificado como responsables de los cambios estructurales, a niveles bioquímicos, que a su vez son los principales antecedentes etiológicos del síndrome.

La dificultad mayor en este tipo de síndrome es establecer la sintomatología, es decir establecer el cuadro conductual que haga posible un diagnóstico, que no permita la posibilidad de error. Pues las secuelas conductuales pueden ser muy diversas, que puede ir desde una aparente ausencia de desordenes conductuales, hasta la más seria desorganización en el funcionamiento social, perceptual y cognoscitivo. Por lo cual es

casi imposible establecer relaciones causa-efecto simples y directas. Cabe recordar que el órgano afectado es el más importante del cuerpo humano, cuyos mecanismos de acción todavía no son completamente conocidos.

Existen dos posturas para explicar como se generan los síntomas. Algunos autores *suponen que la principal disfunción se localiza en la corteza cerebral*, donde ésta pierde su capacidad de inhibir otras estructuras no corticales; al no regularse de manera conveniente el funcionamiento de estos centros, con una consecuente desinhibición de la conducta y una falta de organización de estímulos y respuestas.

Otros autores sostienen que *la falla principal ocurre en los centros diencefálicos*, que de alguna forma cumplen mal su función de primer escalón de organización de estímulos externos y viscerales.

Como quiera que sea la génesis de la disfunción cerebral; Loreta Bender menciona que ésta es el antecedente de **una disminución de la calidad en el desarrollo general del niño**, interfiriendo en los procesos de maduración y limitando al organismo como un todo.

Si bien es cierto lo anterior, también es cierto que se desconoce todo, sobre los cambios bio-químicos que ocurren en el cerebro del niño.

Resulta interesante el estudio realizado por Lending y sus colaboradores (1959); estos científicos observaron que **la transaminasa oxalacética glutámica** aumenta su actividad al 82% en el líquido cefalorraquídeo y de 18% en el plasma, en los niños con diagnóstico de *patología intercraneana*. Igualmente encontraron que había un aumento en la actividad de la de **hidrogenasa láctica** en un 30% sobre lo normal en el líquido cefalorraquídeo y 11% en el plasma de estos niños con daño cerebral.

La doctora M. Coleman de la clínica de investigaciones cerebrales de Washington; realizó algunos estudios sobre los cambios que ocurren en la sangre de los niños que padecen diferentes Síndromes neurológicos y psiquiátricos, con relación con una sustancia que interviene en el metabolismo llamada **serotonina**. Dicha sustancia es la 5

hidroxitriptamina, que se deriva **triptofano** y se transforma por la acción de una enzima, en serotonina. Mediante complicados métodos de cuantificación de la sangre, se ha encontrado que la sustancia anterior se encuentra debajo de los niveles normales en los niños con Síndrome Hiperquinético en el 88% de los casos.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas del cuadro observable en la mayoría de los niños Hiperquinéticos son los siguientes:

1.- La Hiperactividad o Hiperquinesia es el más aparente de los trastornos de la conducta. no es una inquietud más o menos reconocible, sino un verdadero estado de movilidad casi --- permanente que los padres manifiesten que existe desde muy pequeño. Pero será más notorio en la edad escolar, y son los maestros de primaria quienes lo detectan. Debido a que este tipo de niño interfiere en el desarrollo normal de su clase pues: interrumpe constantemente, se levantan de su asiento, toman objetos de sus compañeros, dando la impresión de que sus actos no son motivados por un propósito que no sea el de expresar un estímulo interior incontrolable para el pequeño.

El Doctor **Cruickshank** postula que la hiperactividad o hiperquinesis ocurre en diferentes niveles . Es decir no solo en el aspecto psicomotriz, que sería una consecuencia observable de un estado permanente de **hiperestimulación sensorial**, es decir desde el interior, pues el ham-/bre, la sed y el dolor son más intensos que en niños normales, y estas necesidades exigen una satisfacción inmediata, pues de no hacerlo así, ocurrirá una alteración sería de conducta. Como es bien sabido este tipo de niño tiene problemas para discriminar adecuadamente los estímulos exteriores, provocando que todos ellos tengan un mismo valor. Lo que explica el principal *obstáculo para el aprendizaje que es la facultad de fijar la atención en las tareas escolares. Cabe aclarar que esta distracción se presenta en*

cualquier momento no solo en el aula y en cualquier lugar, donde puede exagerar las respuestas a las diferentes situaciones escolares, familiares y sociales. En general los ambientes que mar estimulan a los sentidos incrementan la motilidad, mientras que los lugares tranquilos, sin ruidos a otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y por ende a disminuir la actividad física de este.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia. Algunos de los niños que la sufren hablan tanto y muestran tal incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso, que nos hacen recordar ciertos estados maniacos del adulta en los cuales existen "fuga de ideas". Es decir son chicos hablantines, que Began a irritar a otros niños, pero sobre todo a los adultos.

Trastornos del sueño, Denhoff y Robinault en ocasiones la hiperactividad se incrementa durante la noche con la consecuente pérdida de iniciación del sueño, aunque es frecuente que el niño se duerma y despierte a pocas horas. Pueden coexistir las dos formas de trastorno del sueño, y que ya despierto el niño inicie actividades propias de su hiperquinesia, es decir habla en voz alta, deambula por la casa, pretende ponerse a jugar, etc.

Cabe mencionar que existen dos formas de conducta que se derivan directamente de la hiperactividad la **destruictividad y la agresividad**, la primera se reconoce en el hogar, toma martillos, desarmadores, con las manos y los pies, Las madres frecuentemente mencionan que "los juguetes no le duran ni un día", "rompe todo a pesar de los castigos", y por destructor no es aceptado por otros niños, la segunda seria como una parte de la anterior pues es común que sea cruel con los animales y agrede a los demás niños sin motivo aparente o responde con agresiones o respuestas exagerados a estímulos que no lo ameritan, Lo que le hace impopular y aislado de manera irremediable.

2.- **La inatención** (cortos periodos de atención) es otro elemento que se describe como parte integrante y fundamental de este síndrome . Y es producto de la distractibilidad del niño, la cual le impide concentrar la atención, obstaculizando este importante proceso

indispensable para el aprendizaje. Lo que muchas veces lleva a los profesores a señalarlo *erróneamente como un deficiente mental, por lo que es preciso aclarar que este tipo de niño* posee una inteligencia normal. Lo cual se demuestra cuando el niño nos sorprende por su capacidad de comprensión, mientras el realmente retardado no lo hace nunca.

La inatención esta relacionada con **la hiperactividad sensorial** anteriormente señalada. Es como si el niño se viera *naturalmente forzado a reaccionar ante todos los estímulos* (Wander, Paul H.) mostrándose atraído por detalles irrelevantes. Esta situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los conceptos percepciones e ideas, con los que estos adquieren una importancia uniforme, por que el niño presta igual atención a lo esencial que a lo secundario.

3.- **La irritabilidad** es otro mas de los síntomas. característicos . Pues tanto los estímulos *placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o enojo*, en comparación con lo que ocurre con los niños normales, y como consecuencia de esto se presentan dos hechos que se pueden considerar derivados de la irritabilidad: escaso control de su conducta, lo que lo hace imprevisible ante los adultos; así como una baja tolerancia a las frustraciones, que se manifiesta con rabietas y berrinches incontrolables. Es un hecho bien conocido que los niños Hiperquinéticos pasan con gran facilidad del enojo a la risa y de ésta al llanto. Esta hiperactividad implica la producción de respuestas normales en cuanto a la cualidad, pero definitivamente anormales en cuanto a la intensidad, aun que no se sabe si esto es una manifestación de la reactividad emocional alterada o una incapacidad de modelar y moderar una reactividad saludable.

4.- **La impulsividad** que se define como la pérdida de la capacidad de inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las posibles consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos. Da la impresión que no puede tolerar la menor demora en la solución de sus demandas. Wander considera que esta impulsividad incluye la baja tolerancia a la frustración, **conducta antisocial**, destructividad agresividad y la tendencia a cometer *frecuentes robos o hurtos*.

Esta impulsividad hace a este niño **temerario**, porque no mide el peligro. Debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales (antisocialidad). En la escuela será el niño eternamente castigado por los conflictos que genera al interior de la clase con sus compañeros y maestros.

5.- incoordinación muscular o inmadurez motora, pueden suceder que no se de esta características excepcionalmente, pero pos regla general el niño hiperquinético padece y exhibe torpeza general, tanto en los movimientos gruesos como finos. En este sentido los padres *refieren caídas frecuentes, golpearse contra muebles y otros obstáculos, su poca seguridad para mantener objetos en las manos etc. En el plano escolar, son niños con dificultades para desarrollar ejercicios y que contribuyen a que los demás se equivoquen.* Algunos de ellos llegan a los 9 o 10 años para aprender a manejar una bicicleta, su inhabilidad para los deportes es manifiesta , lo cual es un motivo más para que sea excluido por sus compañeros de los juegos colectivos. La psicomotricidad fina se descubre fácilmente por su *deficiente caligrafía; dificultad para abotonarse la camisa, atarse los cintas de los zapatos, recortar figuras etc.* Este problema de **dispraxia** ocurre también en otros trastornos, pero es importante descubrirla e incluirla en el momento del diagnóstico.

6.- La perseverancia, *la demanda de atención que exigen estos niños se traduce en una conducta repetitiva estereotipada y en ocasiones compulsiva*, que puede pasar desapercibida cuando no es muy notoria, por que generalmente el observador fija su atención en las consecuencias actitudinales y no en las causas interpersonales que originan la conducta del niño. Podemos Definirla como la incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad a otra, condición que necesariamente repercutirá en un obstáculo para el aprendizaje.

7.- Labilidad afectiva, es el antecedente de la conducta imprevisible, la irritabilidad y la agresividad, síntomas que pertenecen a la esfera afectiva o al campo emocional, por ejemplo este tipo de niño puede presentar disforia, la cual se caracteriza por la anhedonia, que es la incapacidad para experimentar placer y sentirse satisfecho. Otras características emocionales que podemos encontrar es la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad.

- a) Autoestima, se ha visto que los niños mayores y los preadolescentes con este problema generalmente se consideran así mismos incapaces, diferentes malos e inadecuados; todo ello se desprende de la comunicación con sus maestros y adultos, y de los estudios de personalidad que se les practican.
- b) Ansiedad, si bien este tipo de niños no presentan una ansiedad intensa y prolongada, también es cierto que si es posible observar una forma de angustia ligada a la compulsividad, que parece tener como finalidad evitar la ansiedad que se experimenta ante las situaciones nuevas o inesperadas.

8.- La desobediencia patológica, es un síntoma conductual que puede definirse como la incapacidad que sufren estos niños para comprender y seguir ordenes verbales. Pero su actitud no es la de alguien que sabe que ha desobedecido normas o límites establecidos por los adultos y que debe ocultarlo, sino la de quien no ha comprendido la *prohibición y su significado* ni mucho menos la necesidad de acatarla. De esta forma el niño comete una y otra vez la misma falta sin comprender por qué se le castiga y se sorprende cuando se llama la atención y se considera injustamente tratado. Es sorprendente la frecuencia de este síntoma sumado a la inatención y a la hiperquinesia nos refuerzan el diagnóstico de este síndrome.

9.- Trastornos en el aprendizaje, los obstáculos más frecuentes en este tipo de síndrome son las siguientes:

- a) *La hiperquinesia asociada* a la incapacidad para la concentración en las labores escolares así como las domésticas.
- b) *Los desórdenes en el proceso cognoscitivo*, especialmente en el área visomotora. Estas dificultades escolares actúan también como generadoras de hiperactividad, debido a que el niño que se dificultan las tareas escolares y del hogar y opta por no hacerlas.

- c) La disociación , que es una característica importante, y que se define como la incapacidad para ver las cosas como un todo, como una Gestalt (Cruicksank, 1971), es una incapacidad que se puede reconocer fácilmente con los test visomotores, que se encuentra relacionada con la dificultad de traducir estímulos (visuales) en otros (motores) , el niño no puede integrar detalles de un precepto en una totalidad o “figura acabada” (gestalt); es por esto que no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan como estímulos visuales; las invierte, las fragmenta o las mutila. Aparece así su incapacidad de conceptuar cosas separadas en una unidad significativa, dificultad que posteriormente se traduce en problemas con la escritura (disgrafía), la lectura (dislexia) y deletreo de palabras.
- d) La inversión del campo visual, es otra característica psicológica que interfiere en el proceso cognoscitivo. El niño no puede destacar la figura del fondo en que se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia para él. A esto se le llama inversión de fondo y figura. Las consecuencias que esto implica en el aprendizaje son importantes, sobre todo si se tiene en cuenta que una inversión semejante ocurre con los otros sentidos: oído, tacto etc. Esto es que los estímulos que vienen del campo sensorial poseen exactamente el mismo valor, lo cual impide que la atención se fije indiscriminadamente sobre lo que en un momento dado constituye la figura central y cuando ésta debe destacarse del fondo (pruebas Strauss y L. Lethinen).
- e) La perseveración, fenómeno anteriormente señalado que consiste en la incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra. Esto es fácilmente detectable con el test de Bender en el que el niño cambia de actividad y continua haciendo lo que hacia en la primera .En cuanto a la perseverancia en la conducta, ésta característica se manifiesta en diferentes formas: el niño repite una y otra vez la misma frase, continua iluminando su trabajo, no obstante haberlo ya terminado, sigue rebotando la pelota fuera del tiempo estipulado previamente etcétera.

- f) Disminución de la memoria, cabe recordar que estos niños además de tener periodos cortos de atención, también padecen tensión constante debida a la frecuente amonestación de que son objeto por parte de los adultos, profesores y padres, quienes les exigen mayor atención y concentración , lo cual reduce la posibilidad de recordar lo que se les acaba de decir y aumenta la hiperactividad, que es causa a su vez de inatención y desconcentración, cerrándose así un círculo vicioso difícil de romper. Y cuya repetición conduce a la explosión del profesor o del padre, cuyo resultado es una experiencia más de fracaso para el niño.
- g) Pobreza de la imagen corporal, es un factor que puede o no aparecer en este tipo de niños, quienes forjan una imagen deformada de sus cuerpos y del cuerpo humano en general, como se comprueba en el test psicológico de la figura humana. Y que puede surgir como resultado de una larga cadena de vivencias , fracasos y problemas visomotores. Cabe recordar que una adecuada formación de la propia imagen corporal esta ligado a una adecuado formación del yo.

2.- ASPECTOS GENERALES Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO HIPERACTIVO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN AD/HD.

Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención

Imagínese vivir en un caleidoscopio de rápido movimiento en el cual sonidos, imágenes y pensamientos están en constante movimiento. Aburrirse fácilmente, sin poder concentrarse en las tareas que necesita cumplir. Distruido por imágenes y sonidos sin importancia, de manera que su mente lo lleva de un pensamiento o actividad al siguiente. Quizás esté tan envuelto en un collage de pensamientos e imágenes que no se da cuenta cuando alguien le habla.

Para muchas personas, esto es lo que significa tener el Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención (Attention Deficit Hyperactivity Disorder o ADHD). Quizás no pueden sentarse quietos, planificar de antemano, terminar tareas o estar plenamente conscientes de lo que está ocurriendo a su alrededor. Para sus familias, compañeros de clase o colegas pueden parecer existir en un remolino de actividad desorganizada o desenfrenada. De repente – en algunos días y en algunas situaciones -- pueden parecer estar bien, llevando a los demás a pensar que la persona con ADHD en realidad puede controlar estos comportamientos. Como resultado de esto, el trastorno puede arruinar las relaciones de la persona con los demás, así como perturbar su vida diaria, consumir energía y disminuir su amor propio.

ADHD, antes llamado hiperquinesia o disfunción cerebral mínima, es uno de los trastornos mentales más comunes entre niños. Afecta entre el 3 y el 5 por ciento de todos los niños, quizás tanto como 2 millones de niños estadounidenses. Los varones se ven afectados dos o tres veces más que las niñas. Como promedio, al menos un niño de cada aula en los Estados Unidos necesita ayuda para el trastorno. El ADHD a menudo sigue a través de la adolescencia y de la edad adulta y puede causar una vida de sueños frustrados y dolor emocional. Pero hay ayuda y esperanza. En la última década, los científicos han aprendido mucho acerca de la trama del trastorno y ahora pueden identificar y tratar a niños, adolescentes y adultos que lo tienen. Existen ya una variedad de medicamentos, terapias para cambiar el comportamiento, y opciones educacionales para ayudar a personas con ADHD a concentrar su atención, a aumentar su autoestima, y a funcionar de maneras

nuevas. Además, nuevas vías de investigación prometen mejorar diagnósticos y tratamiento. Con tantos niños estadounidenses diagnosticados con trastorno de atención, la investigación sobre ADHD se ha hecho una prioridad nacional. Durante la década de los noventa -- que el presidente y el Congreso declaró ser la "Década del Cerebro" --- es posible que los científicos puedan identificar la base biológica del ADHD y aprendan a prevenirlo o tratarlo aún más efectivamente para el futuro.

2.1 CAUSAS Y ETIOLOGÍA DEL AD/HD

¿Qué es el trastorno por déficit de atención?

Es un padecimiento donde al niño le es difícil centrar su atención en un estímulo y concentrarse en él. Esto se manifiesta en su conducta ya que se observa desorganizado e impulsivo. Y repercute en la familia y en la escuela. Este problema es mejor conocido como el niño hiperactivo o hiperquinético o con disfunción cerebral "mínima", sin embargo puede existir o no hiperactividad (hiperquinesis) en el trastorno por déficit de atención, el término de disfunción cerebral mínima en la actualidad ya no es usado debido a la ambigüedad del término.

Las alteraciones son identificadas primero por el padre o profesor. en las aulas, estos pequeños dan la impresión de que escuchan mal, están inquietos, trabajan de forma irregular y descuidado. En particular le son duras las tareas que requieren de una atención sostenida y atención selectiva o concentrada. Estos niños también tienen problemas en la relación con sus compañeros, mala conducta y pobre rendimiento escolar, generalmente son los llamados "niños problema".

¿Qué causa el AD/HD?

AD/HD es una discapacidad del desarrollo con base neurobiológica, la cual se estima afecta de 3 a 5 por ciento de todos los niños de edad escolar en los Estados Unidos (Professional Group for Attention and Related Disorders, 1991). Nadie conoce exactamente la causa del AD/HD. La evidencia científica sugiere que en muchos casos el desorden es transmitido genéticamente y es el resultado de un desequilibrio o deficiencia en ciertos neurotransmisores o sustancias químicas que ayudan al cerebro a regular la conducta. Además, un estudio culminante conducido por el Instituto Nacional de Salud Mental indicó que la velocidad a la cual el cerebro utiliza la glucosa, su principal fuente de energía, es más baja en los individuos con AD/HD que en los individuos sin AD/HD (Zametkin et al., 1990).

Etiología:

Existen diversas teorías que intentan explicar el origen del trastorno por déficit de atención, algunos consideran que la causa se debe a una maduración retardada del sistema nervioso o por haber alguna lesión cerebral, una variación genética, alteraciones metabólicas y/o emocionales.

Los profesionales de salud enfatizan que ya que nadie sabe qué es lo que causa el ADHD, no ayuda que los padres miren hacia atrás para encontrar las razones posibles. Hay demasiadas posibilidades como para poder identificar la causa con certeza. Es mucho más importante que la familia progrese hacia adelante para encontrar maneras de conseguir la ayuda apropiada. Los científicos, sin embargo, sí necesitan estudiar las causas como para identificar mejores maneras de tratar, y quizás algún día prevenir, el ADHD. Están encontrando más y más evidencia de que el ADHD no surge del ambiente del hogar sino a raíz de causas biológicas. Cuando uno lo piensa, no hay ninguna relación clara entre la vida del hogar y el ADHD. No todos los niños de hogares inestables o disfuncionales tienen ADHD. Y no todos los niños con ADHD provienen de familias disfuncionales. El saber esto puede quitar una enorme carga en esos padres que se sienten culpables por el

comportamiento de sus niños. Durante las últimas décadas, los científicos han desarrollado teorías posibles acerca de qué es lo que causa el ADHD. Algunas de estas teorías han llevado a puntos muertos, y algunas a nuevas y apasionantes avenidas de investigación. Una teoría desilusionante fue que todos los trastornos de atención y dificultades de aprendizaje eran causados por lesiones leves a la cabeza o daño imperceptible al cerebro, quizás como resultado de infección temprana o complicaciones al nacer. En base a esta teoría, por muchos años ambos trastornos fueron llamados "mínimo daño cerebral" o "mínima disfunción cerebral". A pesar de que distintos tipos de lesiones a la cabeza pueden ser la causa de algunos trastornos de atención, la teoría fue rechazada porque podía ser explicativa de sólo un pequeño número de casos. No toda persona con ADHD tiene una historia de trauma a la cabeza o complicaciones de nacimiento.

En los últimos años, mientras que se han desarrollado nuevas herramientas y técnicas para estudiar el cerebro, los científicos han podido evaluar más teorías acerca de qué es lo que causa el ADHD. Usando una técnica así, los científicos de NIMH (National Institutes of Health) demostraron una conexión entre la habilidad de una persona de prestar atención continua y el nivel de actividad en el cerebro. Se les pidió a un grupo de adultos que se aprendieran una lista de palabras. Mientras lo hacían, los científicos usaron un tomógrafo PET (tomografía de emisión de positrones) para observar cómo funciona el cerebro. Los investigadores midieron el nivel de glucosa utilizada por las áreas del cerebro que inhiben impulsos y controlan atención. La glucosa es el recurso principal de energía del cerebro, de manera que el medir cuánto se usa es un buen indicador del nivel de actividad cerebral. Los investigadores encontraron diferencias importantes entre personas que tienen ADHD y aquellos que no. En personas con ADHD, las áreas del cerebro que controlan atención usaron menos glucosa, lo cual indica que fueron menos activas. A raíz de esta investigación, parece que *un nivel menor de actividad en algunas partes del cerebro puede causar falta de atención.*

Imágenes tomográficas cerebrales producidos por tomografía de emisión de positrones muestran diferencias entre un adulto con Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención y un adulto que no tiene la enfermedad .

El próximo paso será investigar porqué hay menos actividad en estas áreas del cerebro. Los científicos en NIMH esperan comparar el uso de glucosa y el nivel de actividad en casos leves y severos del ADHD. También tratarán de descubrir porqué algunos medicamentos usados para tratar ADHD funcionan mejor que otros y si los medicamentos más efectivos aumentan actividad en ciertas partes del cerebro. Los investigadores también están buscando otras diferencias entre aquellos que tienen y no tienen ADHD. Investigación acerca de cómo se desarrolla el cerebro normalmente en el feto ofrece algunas pistas acerca de qué puede interrumpir el proceso. El cerebro está en constante desarrollo a través del embarazo y el primer año de vida. Empieza su crecimiento a partir de unas células básicas y evoluciona hasta ser un órgano complejo compuesto por billones de células nerviosas especializadas e interconectadas. Al estudiar el desarrollo del cerebro en animales y humanos, los científicos están llegando a un mejor entendimiento acerca de cómo funciona el cerebro cuando las células nerviosas están conectadas correcta e incorrectamente. Los científicos de NIMH y otras instituciones de investigación están siguiendo pistas para determinar qué podría impedir que células nerviosas formen las conexiones apropiadas. Algunos de los factores que se están estudiando incluyen el uso de drogas durante el embarazo, toxinas y la genética. La investigación muestra que el uso de cigarrillos, alcohol u otras drogas durante el embarazo puede perjudicar la salud del embrión en desarrollo. Estas sustancias pueden ser peligrosas para el cerebro del feto en desarrollo. Parece ser que el alcohol y la nicotina en cigarrillos puede distorsionar células nerviosas. Por ejemplo, el uso fuerte de alcohol durante el embarazo ha sido conectado al síndrome de alcohol fetal [fetal alcohol syndrome) (FAS), una condición que puede llevar a bajo peso al nacer, impedimento intelectual y ciertos defectos físicos. Muchos niños que nacen con FAS tienen la misma hiperactividad, falta de atención e impulsividad que niños con ADHD. Drogas tales como cocaína -- incluso la forma que se fuma conocida como "crack" -- parecen afectar el desarrollo normal de receptores cerebrales. Estas partes de las células cerebrales ayudan a transmitir las señales que entran por nuestra piel, ojos y oídos y ayudan a controlar nuestras respuestas al medio ambiente. La investigación actual muestra que el abuso de drogas puede causarte daño a estos receptores. Algunos científicos creen que tal daño puede llevar al ADHD.

Las toxinas en el medio ambiente también pueden desbaratar el desarrollo cerebral o los procesos cerebrales, lo cual puede llevar al ADHD. El plomo es una posible toxina. Se encuentra en polvo, tierra y pintura descascarada en áreas en las cuales se usó alguna vez gasolina y pintura con plomo. También se encuentra en algunos caños de agua. Algunos estudios de animales muestran que niños expuestos a plomo pueden desarrollar síntomas asociados con ADHD pero sólo se han encontrado algunos casos. Otras investigaciones muestran que los trastornos de atención tienden a surgir en familias, así que es probable que hayan influencias genéticas. Niños que tienen ADHD por lo general tienen al menos un pariente cercano que también tiene ADHD. Y al menos una tercera parte de padres que han tenido ADHD en su juventud tienen hijos que tienen ADHD. Aún más convincente: la mayoría de gemelos comparten el rasgo. En los Institutos Nacionales de Salud, los investigadores están siguiendo el rastro del gene que puede estar involucrado en la transmisión del ADHD en un pequeño número de familias con un trastorno genético de tiroides.

Investigaciones más recientes del NICHCY (National Information Center for Center for Children and Youth with Disabilities) señalan que el **ADD se conoce oficialmente como Desorden Deficitario de la Atención/Hiperactividad (Attention Deficit-Hiperactivity Disorder), o AD/HD (American Psychiatric Association, 1994)**, a pesar de que la mayoría de las personas, y algunos profesionales, aún le llaman ADD (el nombre que se le dio en 1980). El nombre del desorden ha cambiado como resultado de adelantos científicos y los resultados de cuidadosas pruebas de campo, y ahora los investigadores tienen evidencia para apoyar su posición de que el AD/HD (así nos referiremos al desorden) no es un desorden específico con variaciones diferentes. De acuerdo a esta evidencia, AD/HD ahora se divide en tres subtipos, de acuerdo a las principales características asociadas con el desorden: falta de atención, impulsividad, e hiperactividad. Los tres subtipos son:

AD/HD de Tipo Predominantemente Combinado, AD/HD de Tipo Predominantemente Inatento, y AD/HD de Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo. Estos subtipos toman en cuenta el hecho de que a muchos niños con AD/HD no les cuesta mucho sentirse tranquilos ni mostrar conducta de inhibición, pero pueden ser predominantemente inatentos

y, como resultado, tienen mucha dificultad al mantenerse enfocados en una tarea o actividad. Otras personas con AD/HD pueden poner atención a una tarea pero pierden el enfoque porque pueden ser predominantemente hiperactivos-impulsivos y, por lo tanto, pueden tener dificultad en controlar sus impulsos y actividad. El subtipo más prevalente en el Tipo Combinado. Estos niños tendrán significantes síntomas de las tres características.

2.2 DIAGNOSTICO DEL AD/HD

Dado que los signos de las alteraciones del aprendizaje varían, y dichas alteraciones comparten características similares y superpuestas, los criterios diagnósticos deben ser amplios y precisos. Es esencial una **evaluación multidisciplinaria** que incluya factores médicos, psicológicos, sociales, educativos, del habla y del lenguaje, emocionales y de comportamiento para poder establecer los niveles de funcionamiento y los índices de capacidad del niño, planificar el tratamiento y controlar el progreso.

La evaluación médica debe incluir una historia familiar detallada, la historia médica del desarrollo físico y escolar del niño, una exploración física general y un examen neurológico tradicional y adaptativo. En niños pequeños se debe evaluar el nivel de desarrollo mediante criterios estandarizados. Aunque no se han establecido de modo firme relaciones causales, deben investigarse el uso de fármacos o tóxicos, las enfermedades maternas y todas las complicaciones durante el embarazo y el parto (pequeñas metrorragias, toxemia, parto prolongado, o precipitado etc.), así como problemas neonatales (prematuridad) bajo peso al nacer, ictericia, asfixia perinatal, postmadurez, distrés respiratorio y anomalías físicas menores). Los niños con problemas de aprendizaje muchas veces presentan diversas anomalías físicas menores asociadas. También se han inculcado infecciones crónicas y agudas del oído y la pérdida insidiosa de la audición, las alergias y las enfermedades repetidas, asociadas a deficiencias inmunitarias.

Debe efectuarse una **valoración de la inteligencia verbal y no verbal**. Las diferencias importantes en los sistemas verbal y no verbal, y entre ellos, indican con frecuencia diferencias en la capacidad de procesar información, en la preferencia del aprendizaje y en las alteraciones del aprendizaje. Los niños con incapacidades para la lectura y el aprendizaje

generalizado tienden a presentar más dificultades con las funciones controladas por el hemisferio izquierdo que con las del derecho. A menudo es necesaria una valoración amplia de las funciones neuropsicológicas para comprobar las funciones anterior y preferida en que un niño procesa posterior de los Hemisferios izquierdo y derecho y la forma la información (holística o analíticamente y visual o auditivamente). Estos métodos permiten una valoración tanto cualitativa como cuantitativa y ayudan a la comparación de desarrollo de cada niño en relación con su capacidad.

Las valoraciones intelectuales, educativas, psicológicas, y del lenguaje son esenciales y deben estar integradas para determinar el grado de discrepancia en las habilidades, las deficiencias en las subhabilidades y en las habilidades previamente requeridas, las deficiencias en el uso de las estrategias de aprendizaje operativo (repetición) el grado de integridad de la memoria y del razonamiento.

Una **valoración educativa** identifica las habilidades y los déficit en la lectura, la escritura, la aritmética y el lenguaje. Las **evaluaciones de la lectura** determinan la capacidad en el desciframiento y el reconocimiento de palabras y en la comprensión y fluidez de un pasaje. Los **niveles aritméticos** deben establecerse por la capacidad de contar, el conocimiento de operaciones y la comprensión de conceptos matemáticos. Debe llevarse a cabo una valoración funcional para determinar si el niño aplica estos tres procesos en las experiencias cotidianas. Es necesario obtener **muestras de escritura** para valorar la ortografía, la sintaxis y la fluidez de ideas. Si existieran problemas de escritura también deben investigarse la dispraxia y la torpeza del desarrollo.

La **evaluación psicológica** define las alteraciones de la conducta, la escasa autoestima y la depresión infantil precoz que acompaña con frecuencia a las alteraciones del aprendizaje como el AD/HD. Deben valorarse las actitudes hacia la escuela, la motivación, las relaciones con los compañeros y la confianza en sí mismo.

SINTOMATOLOGIA

Los profesionales que diagnostican el AD/HD utilizan los criterios de diagnósticos establecidos por el American Psychiatric Association (1994) en el Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales; la cuarta edición de este manual, conocida como el DSM-IV, fue lanzada en mayo de 1994. Los criterios que aparecen en el DSM-IV y las otras características de diagnósticos mencionados en el cuadro que aparece abajo constituyen las señales del AD/HD.

En lugar de una lista de 14 posibles síntomas enumerados en la última edición del DSM (el DSM-III-R), el DSM-IV categoriza los síntomas en tres subtipos del desorden:

Tipo Combinado: síntomas múltiples de inatención, impulsividad, e hiperactividad;

Tipo Predominantemente Desatento: síntomas múltiples de inatención con pocos, o quizás ningún síntoma de hiperactividad-impulsividad;

Tipo Predominantemente-Hiperactivo-Impulsivo :síntomas múltiples de hiperactividad-impulsividad con pocos, o quizás ningún síntomas de inatención.

Otras características diagnosticas esenciales del AD/HD incluyen:

- Los síntomas de falta de atención, hiperactividad, o impulsividad deben persistir durante por lo menos seis meses y ser muy inconsistentes con el nivel de desarrollo;

Algunos de los síntomas que causan impedimentos deben estar presentes antes de los 7 años de edad;

Se encuentra presente algún impedimento de los síntomas en uno o mas ambientes (por ejemplo, en la escuela/trabajo, y en el hogar);

Hay evidencia de la presencia de impedimento clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico, u ocupacional.

Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso del trastorno generalizado del desarrollo no especificado, esquizofrenia, u otro desorden sicótico y no se puede explicar mejor mediante otro desorden mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, o trastorno de la personalidad).

Tal como se puede ver, las características principalmente asociadas con la discapacidad incluyen **la falta de atención, hiperactividad, e impulsividad**. La discusión siguiente describe cada una de estas características y enumera los síntomas, tal como aparece en el DSM-IV.

La Falta de Atención

Generalmente se describe a un niño con AD/HD de ser corto de atención y de distraerse fácilmente. En la realidad, la distracción y falta de atención no son sinónimos. La distracción se refiere a una falta de atención y lo fácilmente que algunos niños se distraen de cualquier tarea. La atención, por otra parte, es un proceso que contiene diferentes partes. Nos enfocamos (escogemos algo hacia lo cual podemos dirigir nuestra atención), seleccionamos (escogemos algo que necesite nuestra atención en aquel momento), y sostenemos (ponemos atención todo el tiempo necesario). También resistimos (esquivamos aquellas cosas que cambian nuestra atención de donde debería estar), y trasladamos (desviamos nuestra atención hacia otra cosa cuando es necesario).

Cuando nos referimos a alguien como una persona que se distrae fácilmente, queremos decir que una parte del proceso de la atención de aquella persona ha sido desbaratada. Los niños con AD/HD pueden tener dificultad para concentrarse en las tareas (especialmente aquellas que son rutinarias o aburridas). Otros pueden tener dificultad para saber donde comenzar una tarea, mientras que otros pueden perderse en tanto tratan de seguir instrucciones. Un observador cuidadoso puede observar a un niño y ver donde se interrumpe el proceso de la atención.

Los síntomas de la falta de atención, como aparecen en el DSM-IV, incluyen:

- a) a menudo no pone atención a los detalles o comete errores descuidados en el trabajo escolar, trabajo, u otras actividades;
- b) a menudo tiene dificultad en sostener la atención en las tareas o actividades de juego;
- c) a menudo no aparenta escuchar cuando se le habla directamente;
- d) a menudo no sigue las instrucciones y no completa el trabajo escolar, quehaceres, o deberes en el empleo (no se debe al diagnóstico de negativismo desafiante ni la inhabilidad para comprender las instrucciones);
- e) a menudo tiene dificultad al organizar sus tareas y actividades;
- f) a menudo esquiva, le disgusta, o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tales como el trabajo o deberes escolares);
- g) a menudo pierde las cosas necesarias para las tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices, libros, o herramientas);
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos ajenos
- i) a menudo se olvida fácilmente en las actividades diarias.

Hiperactividad

La señal mas visible del AD/HD es la actividad excesiva. El infante/niño pre-escolar hiperactivo se describe de "siempre esta en movimiento" o "movido por motor eléctrico". Con la edad, el nivel de actividad puede disminuir. Al madurar como adolescente o adulto, la actividad excesiva puede aparentar una conducta inquieta y nerviosa (American Psychiatric Association, 1994).

Los *síntomas de la hiperactividad*, tal como aparecen en el DSM-IV, son los siguientes:

- a) a menudo mueve las manos o los pies o esta inquieto en la silla;
- b) a menudo deja su asiento dentro del salón de clases o en otras situaciones en las cuales se espera que se mantenga en su asiento.
- c) frecuentemente corre o sube a los árboles u a otros objetos en situaciones inadecuadas (intranquilidad subjetiva).
- d) a menudo tiene dificultad en jugar o participar en actividades de recreo tranquilamente;

e) a menudo esta "en movimiento" o a menudo se comporta como si fuera " movido por un motor eléctrico";

f) a menudo habla excesivamente.

Impulsividad

Cuando consideramos la impulsividad, lo primero que nos viene a la mente es la impulsividad cognitiva, es decir. el actuar sin pensar. En el niño con AD/HD la impulsividad es un poco diferente. Estos niños actúan antes de pensar, porque tienen dificultad en esperar o con el atraso de la gratificación. La impulsividad conduce a estos niños a hablar fuera de turno, a interrumpir a los demás, y a participar en lo que aparenta ser una conducta arriesgada. El niño puede atravesar la calle sin mirar o subirse a un árbol muy alto. Aunque tal conducta es arriesgada, en realidad el niño no desea tomar riesgos sino que tiene dificultades en controlar sus impulsos. A menudo el niño se sorprende al descubrir que él o ella se encuentra en una situación peligrosa y no tiene la menor idea de cómo salirse de esta.

Los *síntomas de la impulsividad*, tal como aparecen en el DSM-IV (Pág. 84), son:

a) a menudo deja escapar las respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas;

b) a menudo tiene dificultad en esperar su turno;

c) a menudo interrumpe o se mete en los asuntos de otros (por ejemplo, interrumpe las conversaciones o juegos de los demás)

Es importante notar que, en el DSM-IV, la hiperactividad e impulsividad ya no son consideradas como características aparte. De acuerdo a Barkley (1990), la hiperactividad-impulsividad es un patrón que se origina en una dificultad general para inhibir la conducta.

Además de problemas con la falta de atención o hiperactividad- impulsividad, el desorden a menudo es acompañado por otras características asociadas. Dependiendo de la edad del

niño y el nivel de desarrollo, los padres y maestros pueden notar una baja tolerancia ante las frustraciones, estallidos de indignación, una actitud autoritaria, dificultad en seguir las reglas, desorganización, rechazo social, bajo nivel de autoestima, pobre rendimiento académico, y auto-aplicación inadecuada .

¿ No es cierto que todos los niños exhiben estas señales de vez en cuando?

Todos los niños son desatentos e impulsivos y exhiben altos niveles de energía de vez en cuando. En el caso de AD/HD, esta conducta es evidente casi todo el tiempo. Cuando el niño exhibe la conducta descrita mas arriba, típica del AD/HD, aun si lo hace en forma consistente, no llegue a la conclusión errónea de que el niño tiene este desorden. Hasta que no se complete una evaluación apropiada, solo se puede suponer que el niño puede tener AD/HD.

A la inversa, algunas personas que han leído los síntomas y al encontrar una o dos excepciones, han descartado la posibilidad de la presencia de este desorden. AD/HD es una discapacidad tal que, sin su propia identificación y manejo, puede traer complicaciones de largo plazo. Tanto los padres y maestros deben tener cuidado de no llegar a un diagnostico sin ayuda apropiada.

¿ Cómo puedo saber si un niño tiene AD/HD?

Desgraciadamente **no existe ningún examen simple como, por ejemplo un examen de sangre u orina** para determinar si el niño tiene este desorden. Es bastante complicado diagnosticar el AD/HD, se puede comparar a un rompecabezas. Para llegar a un diagnostico preciso se requiere una evaluación llevada a cabo por un profesional bien preparado (generalmente un pediatra que se especializa en el desarrollo del niño, un psicólogo de niños, un psiquiatra, o un neurólogo pediatra) que conoce mucho sobre AD/HD y todos los otros desordenes que pueden tener síntomas similares a aquellas del AD/HD. Hasta que el médico no haya coleccionado y evaluado toda la información necesaria, el o ella deberá

seguir la misma regla empírica que el padre o maestro que ha observado la conducta y sospecha que el niño pueda tener el desorden: Suponer que el niño puede tener AD/HD.

El diagnóstico de AD/HD se hace en base a síntomas que han sido observados en situaciones múltiples. Esto quiere decir que la persona que hace la evaluación deberá usar fuentes múltiples para coleccionar la información necesaria. **El diagnóstico adecuado de AD/HD incluye los siguientes elementos:**

1. Un historial médico y familiar completo
2. Un examen físico
3. Entrevistas con los padres, el niño, y el maestro del niño
4. Escalas para medir la conducta, completadas por los padres y maestros
5. Observación del niño
6. Una variedad de pruebas psicológicas para medir la inteligencia y ajuste socioemocional, y para indicar la presencia de discapacidades específicas de aprendizaje.

Es importante darse cuenta que, los niños con AD/HD a menudo se comportan bien en nuevas situaciones., especialmente aquellas con una persona. Por lo tanto, un experto bien preparado en hacer un diagnóstico sabe que no debe tomar una determinación basada solo en la conducta del niño durante el rato que pasan juntos.

Los exámenes médicos sofisticados - como por ejemplo el "EEG" (para medir la actividad eléctrica del cerebro) o "MRI" (un rayo X para fotografiar la anatomía del cerebro) - No constituyen parte de la evaluación rutinaria. Tales exámenes se hacen solo cuando el médico experto en hacer el diagnóstico sospecha otro problema, y aquellos casos son raros. De igual manera, la tomografía para estudiar la emisión de positrones (PET Scan) ha sido utilizada recientemente para propósitos de estudio, aunque no forma parte de la evaluación. Tras completar la evaluación, el experto en hacer el diagnóstico hará una de las siguientes tres determinaciones:

1. el niño tiene AD/HD;
2. el niño no tiene AD/HD aunque sus dificultades son el resultado de otro desorden u otros factores; o
3. el niño tiene AD/HD y otro desorden (una condición co-existente).

Para tomar la primera determinación - que el niño tiene AD/HD - el profesional considera los resultados en relación a los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (IV edición), el DSM-IV de la American Psychiatric Association (1994). Un criterio muy importante para el diagnóstico es que los síntomas del niño deberán estar presentes anterior a los siete años de edad. Ellos deberán ser, además, inapropiados a la edad del niño y causar impedimentos clínicamente significantes en el funcionamiento social y académico.

Para tomar la segunda determinación - que las dificultades del niño son el resultado de otro desorden u otros factores - el profesional considera aquellos criterios excluyentes encontrados en el DSM-IV y sus conocimientos de desordenes con sintomatología similar. De acuerdo al DSM-IV, "**Desorden Deficitario de la Atención e Hiperactividad no es diagnosticado si los síntomas se pueden explicar mejor por otro desorden mental** (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, cambio de personalidad por causa de una condición médica general, o un desorden relacionado al abuso de sustancias). En todos estos desordenes, los síntomas de falta de atención comienzan típicamente después de los 7 años de edad, y la historia de ajuste escolar durante la niñez no se caracteriza por una conducta disruptiva ni por quejas del maestro sobre la falta de atención, hiperactividad, o conducta impulsiva" (APA, 1994, pág. 83).

Además, aquellos factores que causan tensión psico-social como por ejemplo, el divorcio de los padres, abuso de niños, la muerte de un ser querido, rupturas en el ambiente (tales como un cambio de residencia o escuela), u otros desastres pueden resultar en síntomas temporáneos de falta de atención impulsividad, sobreactividad. Bajo estas circunstancias, los síntomas generalmente surgen repentinamente y por lo tanto, no tendrían una historia de

largo plazo. Por supuesto, el niño puede tener AD/HD y al mismo tiempo experimentar tensión psico-social, así es que tales eventos no significan que se debe automáticamente descartar la existencia de AD/HD.

Para tomar la tercera determinación - que el niño tiene AD/HD y una condición co-existente la persona que hace la evaluación debe primero estar conciente de que AD/HD puede y a menudo si existe junto con otras dificultades, especialmente discapacidades del aprendizaje, desorden de oposición desafiante, y desorden de la conducta. Todos los factores deben ser considerados para asegurar que las dificultades del niño sean evaluadas y manejadas comprensivamente.

2.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y PEDAGÓGICO

2.3.1 LOS MEDICAMENTOS

Por décadas, se han utilizado medicamentos para tratar el ADHD. Entre los más efectivos para niños y adultos están tres medicamentos que son de la clase de drogas llamadas estimulantes y mejora su habilidad para concentrarse, trabajar y aprender. Estos medicamentos también mejoran la coordinación física, tal como la caligrafía y habilidad deportiva. Investigaciones recientes de parte de NIMH sugieren que estos medicamentos también pueden ayudar a niños con un trastorno de comportamiento acompañante a controlar sus comportamientos impulsivos y destructivos.

El Ritalín le ayuda a concentrarse y a completar tareas por primera vez. La Dexedrina le ayuda a sentarse quieto, concentrar su atención y participar en clase y así poder aprender. También se vuelve menos impulsivo y agresivo, junto con estos cambios de comportamiento, empezó a mantener amistades. Desafortunadamente, cuando la gente ve una mejoría tan inmediata, a menudo piensan que lo único que se necesita es medicación. Pero los medicamentos no curan el trastorno sino que controlan los síntomas temporalmente. **A pesar de que las drogas ayudan a la gente a prestar mejor atención y a completar su trabajo, no pueden aumentar el conocimiento o mejorar habilidades académicas.** Las drogas por sí solas no pueden ayudar a personas a sentirse mejor respecto de sí mismos o a hacer frente a problemas. Esto requiere otros tipos de tratamiento y apoyo. Para una mejoría duradera, muchos clínicos recomiendan que los medicamentos se usen junto con tratamientos que ayudan en otras áreas, No hay curas rápidas, muchos expertos creen que los beneficios más significantes de larga duración aparecen cuando se combina la medicación con terapia de conducta, ayuda psicológica emocional y apoyo práctico. Algunos estudios sugieren **que la combinación de medicación y terapia puede ser más efectiva que las drogas por sí solas.** NIMH está haciendo un estudio extenso para comprobar esto.

Uso de drogas estimulantes

Las drogas estimulantes, tales como Ritalina, Cylert y Dexedrina, son consideradas, seguras cuando se usan con supervisión médica. A pesar de que pueden ser adictivos en adolescentes y adultos si se abusan, estos medicamentos no son adictivos en los niños. Rara vez hacen que un niño se vuelva ansioso o ebrio. Tampoco actúan como sedantes en los niños. Más bien, los estimulantes ayudan a los niños a controlar Hiperactividad, falta de atención y otros comportamientos.

Diferentes médicos usan los medicamentos en formas escasamente diferentes. El Cylert está disponible de una forma que dura naturalmente de 5 a 10 horas. La Ritalina y la Dexedrina vienen en tabletas de corta duración que duran unas 3 horas así como preparativos a largo plazo que duran a lo largo del día escolar. La dosis de corto plazo es a menudo más práctico para niños que necesitan medicación sólo durante el día escolar o para situaciones especiales, tales como asistir a la iglesia o a una fiesta o para estudiar para un examen importante. Las formas de dosis sostenida liberan al niño de la inconveniencia o vergüenza de ir a la oficina o a la enfermería de la escuela todos los días para tomar una píldora. El médico puede ayudar a decidir cuál preparativo usar y a determinar si un niño necesita tomar el medicamento sólo durante el horario escolar o si también lo debe tomar por las noches y durante los fines de semana, 9 de cada 10 niños mejoran con una de las tres drogas estimulantes. Así que si una no funciona, se deben probar las demás. Por lo general, se debe usar un medicamento por una semana para ver si ayuda. Si es necesario, sin embargo, el médico también deberá tratar de ajustar la dosis antes de cambiar a una droga diferente. Se pueden usar otros tipos de medicamentos si los estimulantes no funcionan o si el ADHD ocurre junto con otro trastorno.

Los antidepresivos y otros medicamentos se pueden usar para ayudar a controlar la depresión o la ansiedad que acompañan al trastorno. En algunos casos se pueden probar los antihistamínicos. La Clonidina, una droga que se usa para tratar la hipertensión, puede servir de ayuda en personas con ADHD . A pesar de que los estimulantes tienden a ser más efectivos, se puede usar la Clonidina cuando los estimulantes no funcionan o cuando no se

pueden usar. La Clonidina puede ser administrada ya sea por píldora o a través de un parche para la piel y tiene diferentes efectos secundarios que los estimulantes. El médico trabaja muy cercanamente con cada paciente para encontrar el medicamento más apropiado. A veces, los síntomas del ADHD del niño parecen empeorar, lo cual lleva a los padres a preguntarse porqué. Pueden ser asegurados de que es raro que la droga que ayuda deje de funcionar. Sin embargo, deben trabajar juntamente con el médico para asegurar que el niño está recibiendo la dosis correcta . Los padres también deberán asegurar la dosis diaria recetada en la casa o en la escuela es fácil olvidarse. También necesitan saber que comportamientos nuevos o exagerados también pueden surgir cuando el niño está pasando por momentos de estrés. Los desafíos que enfrentan todos los niños, tales como cambiar de escuela o entrar en la pubertad, pueden ser causa de aún más estrés para un niño con ADHD. Algunos médicos recomiendan que el niño deje el medicamento de tanto en tanto para poder determinar si aún lo necesita. Recomiendan parar el medicamento temporalmente durante las vacaciones cuando la atención concentrada y el comportamiento tranquilo no son tan cruciales, Estas "vacaciones" funcionan bien si el niño puede todavía participar de campamentos y otras actividades sin medicación. Los niños que están tomando medicamentos deben ser revisados regularmente. Los padres también deben hablar con los maestros del niño y con el médico acerca de cómo le está yendo al niño. Esto es especialmente importante cuando recién se empieza el medicamento, cuando se vuelve a empezar o cuando se cambia la dosis.

El debate acerca de la medicación

A pesar de lo útiles que son estas drogas, la Ritalina y otros estimulantes han iniciado mucha controversia. La mayoría de los médicos sienten que los posibles efectos secundarios deben ser cuidadosamente sopesados contra los beneficios de recetar las drogas. Mientras están tomando estos medicamentos, algunos niños pueden bajar de peso, tener menos apetito y temporalmente crecer más lentamente. Otros pueden tener problemas al sueño. Algunos médicos creen que los estimulantes pueden empeorar los síntomas del síndrome de Tourette a pesar de que investigaciones recientes muestran que esto puede no ser cierto. Otros médicos dicen que si se observan con cuidado la altura, peso y desarrollo general del

niño, los beneficios de la medicación tienen mucho mayor peso que los posibles efectos secundarios. Los efectos secundarios que si ocurren pueden a menudo ser controlados al reducir la dosis.

Es natural que los padres se preocupen acerca de si tomar un medicamento es lo mejor para el niño. Los padres necesitan tener claro los beneficios y problemas secundarios de estas drogas. El pediatra o psiquiatra infantil puede dar consejos y responder a cualquier pregunta.

Mitos a cerca de la medicación estimulante

Mito: Los estimulantes llevan a la adicción más adelante en la vida.

Hecho: Los estimulantes ayudan a muchos niños a concentrarse y ser más exitosos en la escuela el trabajo y la recreación. El evitar experiencias negativas ahora puede en realidad prevenir adicciones y otros problemas emocionales más adelante.

Mito: El responder bien a una droga estimulante comprueba que una persona tiene ADHD

Hecho: Los estimulantes permiten a muchas personas a concentrarse y a presta mejor atención. La mejoría sólo es más detectable en personas con ADHD.

Mito: La medicación se debe dejar cuando el niño llega a la adolescencia.

Hecho: ¡No es así! Un 80 por ciento de aquellos que necesitan medicación durante la niñez, también la necesitan cuando llegan a la adolescencia. El cincuenta por ciento la necesitan en la edad adulta.

Otro debate es si la Ritalina y otras drogas estimulantes son recetadas sin necesidad para demasiados niños. Recuerde que muchas cosas, incluso la ansiedad, depresión, alergias, ataques o problemas en la casa o en la escuela pueden hacer que el niño parezca ser demasiado activo, impulsivo o distraído. Los críticos sostienen que muchos niños que no tienen un verdadero déficit de atención son medicados, como una forma de controlar sus comportamientos distraídos.

PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DEL USO DEL RITALIN

Ritalin no debe administrarse a menores de seis años por no haberse demostrado la seguridad y eficacia a esta edad. No se debe tratar la depresión grave de origen exógeno y endógeno. La administración de este medicamento en pacientes sicóticos puede exacerbar los síntomas del trastorno de conducta y de ideación. Tampoco se usa para prevenir o tratar los estados normales de fatiga.

Existen ciertas pruebas clínicas de que Ritalin puede bajar el umbral convulsivo en enfermos con excesos y anomalías anteriores en el E.E.G.

El abuso crónico de Ritalin puede causar una marcada tolerancia y dependencia psíquica con grados variables de conducta anormal. Es probable que se produzcan episodios sicóticos manifiestos.

El abuso o la dependencia a Ritalin no parece ser un problema en los adolescentes o adultos que fueron tratados con él, a causa del AD/HD siendo niños.

Se requiere una supervisión cuidadosa cuando se retire el medicamento, ya que pueden desenmascararse tanto la depresión como los efectos de la hiperactividad crónica. Algunos pacientes tal vez necesiten seguimiento a largo plazo.

El tratamiento con Ritalin no está indicado en todos los casos de AD/HD y se tomará en consideración a la luz del historial y la evaluación completa del niño. La decisión de la prescripción dependerá de lo que opine el médico acerca de la cronicidad y gravedad de los síntomas y si su edad es apropiada.

La prescripción no debe basarse solamente en la presencia de características aisladas de conducta. Se utilizará con precaución en pacientes inestables emocionalmente, así como aquellos en los que se tengan antecedentes de drogadicción y de alcoholismo, por que es posible que aumenten la dosis de medicación por iniciativa propia.

El retraso en el crecimiento, una reacción secundaria, suele seguir a un crecimiento acelerado cuando se interrumpe la medicación. Con objeto de minimizar tales

complicaciones, algunos especialistas recomiendan periodos de ausentes de tratamiento, particularmente en las vacaciones escolares.

Ritalín también se debe utilizar con precaución en los hipertensos. La presión arterial se controlará en intervalos adecuados en todos los enfermos que tomen Ritalin, principalmente en los que sean hipertensos. No son completos los datos sobre la seguridad y eficacia del uso prolongado de Ritalín, por lo que se vigilará estrictamente a cualquier paciente sometido a un periodo muy prolongado.

Es conveniente efectuar periódicamente hemogramas completos, recuentos diferenciales plaquetarios en el curso de la medicación prolongada. Ritalín puede disminuir las reacciones del paciente e influir negativamente en la capacidad para conducir vehículos o manejar máquinas.

REACCIONES SECUNDARIAS ADVERSAS

En el SNC, nerviosidad e insomnio son los efectos no deseados más comunes al principio del tratamiento y suelen controlarse reduciendo la dosificación, dejando de tomar medicamento por la tarde o noche.

La pérdida del apetito es frecuente pero pasajera. También pueden producirse cefaleas, somnolencia, vertigo dificultades de acomodación y visión borrosa. Se han comunicado casos aislados de hiperactividad, convulsiones, calambres musculares, tics o agudización de los mismos, y la enfermedad de tOurett. Así como de psicosis tóxica (acompañadas de alucinaciones visuales y tráciles), que terminaron al cesar de administrar el medicamento.

2.3.2 TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Medicación y autoestima

Cuando el desempeño escolar y el comportamiento del niño mejoran pronto después de iniciar el medicamento, el niño, los padres y los maestros tienden a aplaudir el medicamento por provocar el cambio súbito. Pero estos cambios son en realidad las propias fuerzas y habilidades naturales del niño que se están despejando. Si se le da crédito sólo al medicamento, el niño puede sentirse incompetente. El medicamento sólo hace que estos cambios sean posibles. El niño debe poner su propio esfuerzo y habilidad. Para ayudar a que los niños se sientan bien respecto de sí mismos, los padres y maestros necesitan elogiar al niño, no a la droga.

También es importante ayudar a que los niños y adolescentes se sientan cómodos respecto a un medicamento que deben tomar todos los días. Pueden sentir que porque toman el medicamento son diferentes a sus compañeros de la escuela o que de algo serio. CH. A. D. D. [Children and Adults with Attention Déficit Disorders] (Los Niños y Adultos con Trastornos de Déficit de Atención), una organización destacada para personas con trastornos de atención, sugiere varias maneras en que los padres y los maestros pueden ayudar a los niños a ver su medicación de manera positiva:

- Comparar las píldoras a las gafas, aparatos de dientes y medicación para alergias que usan los demás niños de la clase. Explique que su medicamento es simplemente una herramienta para ayudarlos a concentrarse y a prestar atención.
- Señalar que tiene suerte de que su problema puede ser aliviado. Aliénteles a identificar maneras en las cuales el medicamento les facilita el hacer cosas que les son importantes, tales como mantener amistades y triunfar en la escuela y en el juego.

Tratamientos para ayudar a personas con ADHD y sus familias a aprender a hacerle frente al problema

La vida puede ser difícil para niños con ADHD. Ellos son los que a menudo tienen problemas en la escuela, no pueden terminar un juego y pierden amistades. Pueden pasar horas angustiantes cada noche luchando para concentrarse en la tarea y luego olvidarse de llevarla a la escuela.

No es fácil hacer frente a estas frustraciones día tras día. Algunos niños liberan su frustración actuando de manera contraria, iniciando peleas o destruyendo propiedad. Algunos vuelcan su frustración en dolencias del cuerpo, tal como el niño que tiene dolor de estómago todos los días antes de la escuela. Otros mantienen sus necesidades y temores adentro para que nadie pueda ver lo mal que se sienten. También es difícil tener una hermana o hermano o compañero de clase que se enoja, te saca los juguetes y pierde tus cosas. Los niños que viven o comparten un aula con un niño con ADHD también se frustran. Pueden también sentirse abandonados en tanto que sus padres o maestros tratan de arreglárselas con el niño hiperactivo como puedan. Pueden sentir resentimiento hacia el hermano o hermana que nunca termina sus deberes en el hogar o sentirse atropellados por un compañero de clase. quieren amar a su hermano y llevarse bien con su compañero de clase, ¡pero a veces es tan difícil!.

Es especialmente difícil ser el padre de un niño que está lleno de actividades descontroladas, deja desordenes, ceje rabietas y no escucha o sigue instrucciones. Los padres a menudo se sienten impotentes y sin recursos. Los métodos usuales de disciplina, tales como razonamiento y retos no funcionan con este niño porque el niño en realidad no elige actuar de estas maneras. Es sólo que su autodominio va y viene. A raíz de pura frustración, los padres reaccionan dándoles palizas, lo ridiculizan y le gritan al hijo a pesar de que saben que no es apropiado. Su respuesta deja a todos más alterados que antes. Entonces se culpan a sí mismos por no ser mejores padres. Una vez que se diagnostica el niño y recibe tratamiento, algo de la perturbación emocional dentro de la familia comienza a desvanecerse. La medicación ayuda a controlar parte de los problemas de comportamiento que pueden haber llevado al tumulto familiar. Pero más a menudo, hay otros aspectos del

problema que la medicación no puede tocar. A pesar de que el ADHD principalmente afecta el comportamiento de una persona, el tener el trastorno lleva a repercusiones emocionales. Para algunos niños, el ser regañado es la única atención que reciben. Tienen pocas experiencias que aumentan su sentido de valor y competencia. Si son hiperactivos, a menudo se les dice que son malos y se castigan por ser destructivos. Si son demasiado desorganizados y distraídos como para terminar tareas, otros los pueden acusar de haraganes. Si agarran juguetes impulsivamente, interrumpen o empujan compañeros de la clase, pueden tener problemas en la escuela o con la policía. El enfrentar las frustraciones diarias que acompañan al ADHD puede hacer que las personas teman que son raros, anormales o estúpidos.

A menudo, el ciclo de frustración, culpa y enojo ha existido por tanto tiempo que llevará algún tiempo para deshacerlo. Tanto los padres como los niños pueden necesitar ayuda especial para desarrollar técnicas para manejar los esquemas de comportamiento. En tales casos, los profesionales de salud mental pueden asesorar al niño, y a la familia, ayudándolos a desarrollar destrezas, actitudes y maneras nuevas de relacionarse. El asesoramiento psicológico individual, el terapeuta ayuda a los niños o adultos con ADHD a sentirse mejor respecto a si mismos. Aprenden a reconocer que el tener una discapacidad no refleja quiénes son como personas. El terapeuta también puede ayudar a personas con ADHD a identificar y aumentar sus fuerzas, a hacer frente a problemas diarios y a controlar su atención y agresión, en la ayuda psicológica de grupo, las personas aprenden que no es solas en su frustración y que otros quieren ayudar. A veces sólo el individuo con ADHD necesita el apoyo de ayuda psicológica. Pero en muchos casos, debido a que el problema afecta a la familia así como a la persona con ADHD, la familia entera puede necesitar ayuda. El terapeuta ayuda a la familia a encontrar mejores maneras de manejar los comportamientos perturbadores y promover cambio. Si el niño es pequeño, la mayor parte del trabajo del terapeuta es con los padres, enseñándoles técnicas para hacer frente a y mejorar el comportamiento del niño.

Existen varios enfoques de intervención y diferentes terapeutas tienden a preferir un enfoque u otro. El saber algo respecto a los varios **tipos de intervenciones** facilita el que las familias escojan un terapeuta apropiado para sus necesidades.

1.- La psicoterapia ayuda a personas con ADHD a quererse y aceptarse a pesar de su trastorno. En la psicoterapia, los pacientes hablan con el terapeuta acerca de pensamientos y sentimientos inquietantes, exploran esquemas de comportamiento contraproducentes y aprenden maneras alternativas de manejar sus emociones. Mientras hablan, el terapeuta trata de ayudarlos a entender cómo pueden cambiar. No obstante, las personas enfrentando al ADHD por lo general quieren conseguir controlar sus comportamientos sintomáticos más directamente. De ser así, se necesitan intervenciones más directas.

2.- La terapia cognitiva-conductista ayuda a personas a trabajar asuntos más inmediatos. En vez de ayudar a personas a entender sus sentimientos y acciones, la terapia los apoya directamente en cuanto a cambiar su comportamiento. El apoyo puede ser asistencia práctica, tal como ayudar a aprender a pensar cada tarea y organizar su trabajo. O el apoyo puede ser de fomentar nuevos comportamientos dando elogios o premios cada vez que la persona actúa de la forma deseada.

Un terapeuta cognitivo-conductista puede usar tales técnicas para ayudar a un niño beligerante a aprender a controlar su tendencia a pelear o a una adolescente impulsiva a pensar antes de hablar.

3.- El adiestramiento en cuanto a destrezas sociales también puede ayudar a niños a aprender nuevos comportamientos. En el adiestramiento de destrezas sociales, el terapeuta habla de y muestra comportamientos apropiados tales como esperar el turno, compartir juguetes, pedir ayuda o responder a burlas, y luego le da la oportunidad al niño de practicar. Por ejemplo, un niño puede aprender a "leer" las expresiones faciales y el tono de voz de otras personas para poder responder más apropiadamente.

El adiestramiento de destrezas sociales ayudará a los niños con ADHD a aprender a participar en actividades de grupo, a hacer comentarios apropiados y a pedir ayuda. Un niño puede aprender a ver cómo su comportamiento afecta a otros y a desarrollar nuevas maneras de responder cuando está enojado o lo empujan.

Los grupos de apoyo conectan personas con inquietudes en común, Muchos adultos con ADHD y padres de niños con ADHD pueden encontrar que es útil unirse a un grupo local o nacional de apoyo. Muchos grupos tratan temas de trastornos de niños, incluso el ADHD específicamente. Las asociaciones nacionales listadas al final de este folleto pueden explicar cómo contactarse con un grupo local. Los miembros de los grupos de apoyo comparten frustraciones y éxitos, recomendaciones de especialistas calificados, información acerca de qué funciona, así como esperanzas en sí mismos y en sus hijos. Hay fuerza en números y el compartir experiencias con otros que tienen problemas similares ayuda a personas a saber que no están solas.

4.- El adiestramiento en destrezas en cuanto al cuidado de hijos, ofrecido por terapeutas o en clases especiales, les da a los padres las herramientas y técnicas para manejar el comportamiento del hijo. Una de estas técnicas es separar el niño del resto por un corto tiempo cuando el niño se vuelve ingobernable o fuera de control. Durante los tiempos en que está separado del resto de los niños, se saca el niño de la situación inquietante y se sienta solo y quieto por un rato hasta calmarse. También se les puede enseñar a los padres a darle "tiempo de calidad" al niño cada día durante el cual comparten una actividad placentera o relajada. Durante este tiempo juntos, el padre busca oportunidades para observar y señalar lo que el niño hace bien y para elogiar sus fuerzas y habilidades. Una manera efectiva de modificar el comportamiento de un niño es a través de un sistema de premios y multas. Los padres (o maestro) identifican algunos comportamientos deseables que quieren fomentar en el niño - tal como pedir un juguete en vez de agarrarlo o completar una tarea simple. Se le dice al niño exactamente lo que se espera de él para ganar el premio. El niño recibe el premio cuando cumple con la tarea deseada y recibe una multa leve cuando no. Un premio puede ser pequeño, quizás una moneda que se puede entregar a cambio de privilegios especiales, pero debe ser algo que el niño quiere y que tiene ganas de conseguir. La multa puede ser quitarle la moneda u obligarlo a estar un momento a solas. *El objetivo es, a la larga, ayudar a los niños a controlar su propio comportamiento y a elegir el comportamiento más deseado.* Esta técnica funciona bien todos con los niños, a pesar de que niños con ADHD pueden necesitar premios más frecuentes.

Además, los padres pueden aprender a estructurar situaciones de manera que permita que sus hijos triunfen. Esto puede incluir permitir sólo uno o dos amigos para jugar a la vez de manera que el niño no se estimule demasiado. O si el niño tiene problemas para completar tareas, puede aprender a ayudar al niño a dividir la tarea en pequeños pasos y entonces elogiar al niño a medida que se completa cada paso. Los padres también pueden aprender a usar métodos para controlar el estrés, tales como meditación, técnicas de relajamiento y ejercicios para aumentar su propia tolerancia frente a la frustración de manera que puedan responder más tranquilamente al comportamiento del niño.

2.3.3 TRATAMIENTO PEDAGOGICO

Por otra parte, es importante reconocer que no hay un tratamiento rápido para el ADHD. Sin embargo, los síntomas pueden ser controlados a través de una combinación de esfuerzos, los cuales deben ser diseñados para ayudar al niño en cuanto a los aspectos de conducta, educativo, psicológico y farmacológico.

Para este fin existe un sistema conocido como **multi-modal** que consiste en cuatro áreas básicas: *una educación para la comprensión del ADHD, manejo de conducta, intervención educativa apropiada, medicamento* y en ocasiones también se recomienda *asesoramiento familiar*.

Desde esta perspectiva se dice que el ADHD es una discapacidad y como tal depende del ambiente. Las personas encargadas de este tipo de niños que surgiran o disminuirán dificultades en relación a las demandas y expectativas ambientales. A menudo surgen problemas en aquellos ambientes donde se espera que los niños sean vistos pero no escuchados, donde deben poner atención o utilizar auto-control. A menudo, cuando los niños con AD/HD no satisfacen estas expectativas, tratamos de cambiar a los niños en lugar de cambiar los aspectos del ambiente, incluyendo nuestras acciones y reacciones.

Los padres y maestros deben estar al tanto de los síntomas del AD/HD y como estos impactan la habilidad del niño para funcionar en el hogar, escuela, y situaciones sociales. Cuando los adultos presentes en la vida del niño comprendan la naturaleza del desorden, entonces podrán estructurar las situaciones para que el niño pueda comportarse apropiadamente y lograr el éxito. Recuerde, el niño que tiene dificultad con la atención, control de impulsos, y en la regulación de actividad física necesita ayuda y que lo animen para manejar estos problemas.

A través de la comprensión del desorden se logra cambiar la manera de considerar la conducta del niño. Este cambio establece la base para el uso efectivo de los otros componentes del sistema de manejo de AD/HD.

Manejo de Conducta

La meta principal de toda estrategia para el manejo de conducta es de aumentar la conducta apropiada y disminuir la conducta inadecuada. La mejor manera de influenciar cualquier conducta es de ponerle atención. La mejor manera de aumentar la conducta deseable es de sorprender al niño comportándose bien.

La conducta se define como una o mas acciones especificas. Para el manejo de conducta, muchos se concentran en las acciones pero en la realidad el manejo de la conducta es un campo mucho mas amplio, el cual toma en cuenta que antes de que ocurra una o mas acciones especificas existe algo que establece la base para el acto (llamado un antecedente) y algo que sigue, lo cual anima o desanima la repetición del acto llamado una consecuencia). El manejo de la conducta involucra cambiar los antecedentes y consecuencias para que la conducta del niño cambie.

Ya sea en el hogar o escuela, los niños con AD/HD responden mejor en un ambiente estructurado y predecible. En el, las reglas y expectativas son claras y consistentes, y las consecuencias se establecen antes de tiempo y se cumplen inmediatamente. **Las demandas**

son limitadas y las recompensas numerosas. Los elogios son frecuentes y los resultados negativos mínimos.

Los padres y maestros pueden cambiar los antecedentes y cultivar un ambiente que anima al niño a comportarse en forma apropiada a través del establecimiento de cierta estructura y rutinas, la preparación del niño para cambios de rutina, la disponibilidad de oportunidades para que el niño tenga éxito, el establecimiento de consecuencias antes de tiempo, y la anticipación de ciertas dificultades que pueden surgir. Cuando los adultos en la vida del niño cumplen con lo que han dicho que van a hacer, y lo hacen en forma consistente para que el niño comprenda que su palabra es de fiar, entonces le están proporcionando las consecuencias para **animar al niño a seguir comportándose de forma apropiada**, además de desanimar la conducta indeseable.

El manejo de la conducta es una destreza que requiere practica y paciencia. Para cambiar la conducta se requiere tiempo. *Los profesionales entrenados en el campo del manejo de la conducta a menudo utilizan cuadros para la modificación de la conducta.* Los cuadros están diseñados para proporcionar al niño con una clara imagen de la conducta esperada.

De esta manera, el niño tiene la oportunidad de decidir si va a cumplir con aquellas expectativas o no. A través de las consecuencias proporcionadas por los padres o maestros, el niño percibe si su conducta es apropiada o no. Los cuadros proporcionan una alta motivación y le permiten al niño desarrollar un sentido interno de auto-control específicamente, que el o ella puede comportarse de una manera apropiada.

Hay dos tipos de programas basados en los cuadros.1) **Economía con Fichas:** En este sistema el niño gana fichas (dibujitos o estrellitas engomados) a través de la conducta apropiada. Las fichas pueden ser cambiadas por diferentes premios. 2) **Costo de respuesta** En este programa de cuadros el niño recibe fichas gratuitas. Estas se le van quitando a medida que el niño se comporta de manera inapropiada (por ejemplo, se sale del asiento, se distrae durante las tareas, etc.)

Los programas más efectivos utilizan ambos sistemas de cuadros y funcionan en base a dar y quitar. En este sistema de combinación, el niño recibe una ficha al comportarse apropiadamente y pierde una ficha al comportarse mal.

Para crear e implementar un cuadro para la modificación de la conducta, se puede seguir las sugerencias siguientes:

1.- Haga una lista de las conductas problemáticas o aquellas que el niño necesita mejorar.

2.- Seleccione las conductas a ser modificadas. Los padres o maestros, con la participación del niño, revisan la lista de conductas problemáticas y seleccionan tres, cuatro, o cinco para trabajar de una vez. Las conductas seleccionadas deben ser aquellas que ocurren diariamente como, por ejemplo, acostarse a la hora, hacer las tareas o prepararse a tiempo para la escuela.

3.- Diseñe un sistema de premios Economía de fichas, costo de respuestas, o una combinación de ambas). Se necesita poner atención a la conducta del niño a través del día y recompensarlo con frecuencia cuando el niño se comporta apropiadamente. Al final del día las fichas pueden ser cambiadas por premios, tales mas tiempo en la cama, un juego con Mamá o Papá, o algún bocado favorito. Recuerde que la recompensa es efectiva solo si tiene algún valor para el niño. Es posible que tenga que cambiar las recompensas a menudo.

Sobre el Castigo: Los niños con AD/HD responden mejor a la motivación y refuerzo positivo. Es mejor evitar el castigo. Cuando sea necesario castigar.. hágalo rara vez y con sensibilidad. Es importante que los padres y maestros respondan a la conducta inapropiada sin enojo y de una manera positivista- A estos niños se les debe enseñar a reemplazar la conducta inapropiada con una apropiada.

Sobre Intervalo ("Time-out"): Cuando el niño se comporta mal o fuera de control, "intervalo" es una manera eficaz de manejar el problema. "Intervalo" significa que el niño debe irse a una ubicación predeterminada por un corto periodo de tiempo. Es mejor utilizar un lugar que este un poco alejado de la actividad, por ejemplo, se puede designar una silla específica como la "silla para el intervalo." La ubicación de esta no debe ser un lugar que

cause trauma, como el closet o subterráneo. El propósito de "intervalo" es de darle al niño la oportunidad de recuperar el control de sus emociones.

Un importante aspecto de "intervalo" es que el niño ya no tiene el privilegio de escoger donde le gustaría estar ni como quiere pasar el tiempo. En general, el niño debe quedarse tranquilo durante cinco minutos. Los niños pre-escolares deben estar tranquilos por unos dos o tres minutos. Para los niños pequeños (de dos a tres años de edad), de 30 segundos a 1 minuto sería apropiado).

Para muchos niños con **AD/HD los medicamentos** han sido eficaces. Sin embargo, muchos expertos están de acuerdo que los medicamentos no deben ser la única forma de tratamiento. Esta es una decisión personal, la cual debe ser tomada tras la completa evaluación del niño y mucha consideración entre los padres y médico.

Los estimulantes son los medicamentos más recetados para el tratamiento de AD/HD. Se cree que las siguientes drogas - Ritalin (la más común), Dexedrine, y Cylert - estimulan la acción de los neurotransmisores del cerebro, lo cual permite que el cerebro regule mejor la atención, impulsos, y conducta motor. En general, los medicamentos estimulantes de acción corta (por ejemplo, Ritalin y Dexedrine) producen efectos leves. Los medicamentos anti-deprimidos se utilizan para los niños que no pueden tomar drogas estimulantes.

El médico que receta los medicamentos debe explicar a los padres los beneficios y desventajas del tratamiento y, si es apropiado, debe incluir al niño en la discusión. La dosis se administra gradualmente, para que el niño reciba el mínimo necesario para lograr el mayor beneficio terapéutico. Los padres deben dar el medicamento tal como ha sido recetado y observar cuidadosamente la reacción del niño al medicamento. Tal observación generalmente incluye la participación del maestro o maestros del niño y se basa en el uso de escalas para clasificar la conducta. Los padres deben comunicarse con el médico cuando sea necesario para determinar si el medicamento se está administrando al nivel apropiado para el niño y para discutir cualquier problema o pregunta.

Intervención Educativa

Muchos niños con AD/HD experimentan mayores dificultades en la escuela, donde una mayor atención y control de impulsos y habilidades motoras son requisitos para el éxito.

Aunque AD/HD no interfiere con la habilidad de aprender, si interfiere con el rendimiento académico. AD/HD es un problema de rendimiento académico. Cuando se hace poco o nada para mejorar el rendimiento académico del no, con el tiempo este exhibirá problemas de bajo rendimiento académico. Este bajo rendimiento académico no es el resultado de la inhabilidad de aprender sino los efectos cumulativos de una falta de importantes bloques de información y desarrollo de destrezas que se acumulan de lección a elección a graves de los años escolares.

AD/HD afecta generalmente al alumno en una o mas de las siguientes áreas de rendimiento:

- comenzar las tareas,
- mantenerse enfocado en las tareas,
- completar las tareas,
- hacer transiciones,
- tratar con los demás,
- seguir instrucciones,
- producir trabajo a un nivel normal y en forma consistente, y
- organizar tareas de etapas múltiples.

Aquellas personas que enseñan o diseñan programas para estos alumnos necesitan identificar el área específica donde ocurren las dificultades del alumno. De otra forma, los valiosos recursos para la intervención

pueden ser utilizados en otras áreas que no son críticas. Por ejemplo un niño con AD/HD, puede tener dificultades , para comenzar una tarea debido a que las instrucciones no le son lo suficientemente claras, mientras que otro alumno puede entender las instrucciones y tener dificultad en la transición, y como resultado quedarse atascado entre tareas. La intervención apropiada para el primer niño sería asegurarse que las instrucciones sean claras y ayudar al niño a comprenderlas. El segundo niño necesita ayuda para hacer la transición de una actividad a otra.

Mientras mas pronto comiencen las intervenciones educativas, mejor. Estas deben ser comenzadas de inmediato cuando los problemas de rendimiento académico sean evidentes y

no se deben atrasar simplemente porque al niño le va bien en las pruebas estandarizadas de rendimiento académico. Aparecen abajo algunas sugerencias específicas para la intervención educativa.

Pautas para Intervenciones Educativas

En seguida se encuentran algunas pautas generales para mejorar el rendimiento académico y social de los niños con ADHD en el ambiente escolar regular y de educación especial.

-- Proporcione al alumno con maestros con una actitud positiva, con fuerza de ánimo, y que solucionan los problemas de una manera altamente organizada. Los maestros que elogian y recompensan a los alumnos y que están dispuestos a hacer esfuerzos mayores para ayudar a los alumnos a tener éxito pueden traer enormes beneficios para el alumno con AD/HD.

-- Proporcione al alumno con un ambiente estructurado y predecible. Como parte de este ambiente:

-- ponga las reglas a la vista

--- mantenga a la vista los horarios y tareas diarias

--- llame la atención a los cambios de horario

--- establezca horas específicas para tareas específicas

--- diseñe un lugar de trabajo tranquilo a ser usado de acuerdo a la necesidad

--- coloque al niño junto a compañeros que sirven de modelos positivos

--- planifique el estudio de ramos académicos para la mañana

--- proporcione descansos frecuentes y regulares

--- utilice aparatos para llamar la atención (por ejemplo, señales secretas, códigos)

Modifique el plan de estudios. En muchos casos, los alumnos con AD/HD pueden beneficiarse de la máxima "menos es mas." Quiere decir que si el alumno demuestra preeficiencia en 10 problemas, no es necesario asignar 20. *Las modificaciones en el currículo* también pueden incluir:

- una mezcla de actividades de alto y bajo interés;-- materiales computarizados de aprendizaje;
- la simplificación y aumento de presentaciones visuales;
- la enseñanza de destrezas para la organización y estudio;
- el uso de estrategias para el aprendizaje tales como la mnemotecnia; y
- el uso de referencias visuales para la instrucción auditiva.

Principios adicionales de Remediación

Estas pautas fueron diseñadas por Sydney Zentall, Ph.D. (1991).

1.- Para la Actividad Excesiva:

--- Trate de guiar la actividad hacia vías aceptables. Por ejemplo, en lugar de tratar de reducir la actividad del alumno, los maestros pueden fomentar un movimiento dirigido en los salones de clases cuando el movimiento no es disruptivo, o permitir que los alumnos se pongan de pie mientras trabajan en sus escritorios, especialmente hacia el final de la tarea.

--- Utilice la actividad como recompensa. Por ejemplo, para recompensar la conducta apropiada o un mejoramiento en la conducta del niño, el maestro podría permitirle hacer un mandado, limpiar el pizarrón, organizar el escritorio del maestro, u organizar las sillas en el salón de clases.

--- Utilice respuestas activas como instrucción. Las actividades de enseñanza que fomentan respuestas activas tales como el habla, movimiento, organización, o trabajo en el pizarrón sirven para ayudar a muchos alumnos con AD/HD, al igual que tales como escribir en un diario o pintar.

2.-Para la Inhabilidad de Esperar:

--- Dele al niño la oportunidad de hacer actividades motoras o verbales como para sustituir mientras espera. Esto podría incluir enseñarle al niño a continuar las partes más fáciles de la tarea (o tarea que sirve como sustituto) mientras espera la ayuda del maestro.

--- Cuando sea posible, permita que el niño suene despierto o prepare planificación mientras espera. Por ejemplo, al niño se le puede permitir que dibuje o juegue con greda mientras espera, o se le puede guiar para que subraye o escriba instrucciones u otra información pertinente.

--- Cuando la inhabilidad de esperar se torna en impaciencia o una actitud autoritaria, fomente el liderazgo.

No prejuzgue que las declaraciones o conductas impulsivas sean agresivas intencionalmente. Sugiera formas

de conducta alternativa (por ejemplo que el alumno lea una frase o entregue papelería a otros alumnos de la clase). Podría ser importante dejarle saber al alumno cuando una tarea va a ser difícil o a requerir mayor control de su parte.

3.- Para la Falta de Atención Necesaria para Completar Tareas o Actividades Rutinarias:

--- Disminuya la duración de la tarea. Hay muchas maneras de hacer esto, incluyendo asignar la tarea por etapas a ser completadas a diferentes horas o asignar menos deletreo de palabras o problemas matemáticos.

--- Asegúrese que las tareas sean interesantes. Los maestros pueden aumentar el interés en las tareas permitiendo que los niños trabajen junto con sus compañeros o en pequeños grupos, con un proyector de altura, y combinando las actividades de mayor interés con aquellas de menor interés. Haga un juego para que los niños revisen su trabajo y utilice los juegos para que aprendan de memoria el material rutinario.

4.- Para No-cumplimiento y Falta de Completar Tareas:

-- Aumente en general el interés de las tareas y permita que el niño tenga la libertad de escoger entre ellas. Los maestros pueden permitirle al alumno con ADHD la oportunidad de escoger entre algunas tareas, temas, y actividades. Sería útil además que los maestros determinaran cuales actividades prefiere el alumno y así utilizarlas como incentivos.

-- Asegúrese que las tareas caigan dentro de las habilidades de aprendizaje del alumno y su estilo preferido para responder. Hay una mayor probabilidad de que los alumnos completen las tareas si se les permite responder de diferentes maneras (por ejemplo, escribiendo las tareas a maquina, en el computador, o en cinta) y cuando la dificultad varia (no todas las tareas tienen el mismo nivel de dificultad). Es importante asegurar que la razona por la cual el niño no completa las tareas no sea por falta de organización.

5.- Para la Dificultad en Comenzar las Tareas:

--- Aumente la estructura de las tareas y subraye las partes importantes. Esto incluye animar al niño para que tome notas, darle las instrucciones tanto escritas como verbalmente, dejarle saber en detalle las normas para un trabajo aceptable, y enseñarle como estructurar las tareas (por ejemplo, el tópico de las frases,, títulos, tablas de contenido).

6.- Para Completar las Tareas a Tiempo:

--- Anime al niño para que use listas y para que organice sus asignaciones (en cuadernos, archivos), escriba las tareas en el pizarrón, y asegure que el niño las anote.

--- Establezca rutinas para colocar y ubicar fácilmente aquellos objetos que el niño utiliza a menudo tales como libros, tareas, y ropa. Los archivos con bolsillo podrían ser útiles en el sentido que un lado puede contener el trabajo nuevo y el otro lado el trabajo completado. Los padres del niño lo pueden animar a que establezca lugares para ciertos objetos (libros o tareas) en el hogar. Los maestros pueden animar al niño para que organice su escritorio o armario con placas y lugares para ciertos objetos.

-- Enseñele al niño para que, al salir de un lugar a otro, el o ella se pregunte, "¿traje conmigo todo lo que necesito?"

LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

El tipo de servicios de educación especial que recibirá el niño dependerá de la naturaleza y severidad de sus dificultades. No todos los niños pueden recibir una educación apropiada sin servicios de educación especial. Las decisiones sobre la necesidad del niño en cuanto a servicios de educación especial y su ubicación deben ser hechas caso por caso.

Hay una serie de pasos típicamente necesarios para que el niño pueda recibir servicios de educación especial. Primero, el niño debe experimentar problemas en su rendimiento académico. Segundo, cuando son evidentes tales problemas, el padre o maestro puede referir al niño al equipo de evaluación del distrito escolar local y solicitar una devaluación. Tercero, la evaluación se realiza para determinar si el niño tiene alguna discapacidad de acuerdo a los criterios establecidos en las leyes federales y estatales y si aquella discapacidad esta afectando adversamente el rendimiento académico del niño. Si es así, el niño podría ser elegible para recibir servicios de educación especial.

En el caso de que el niño sea elegible para recibir servicios de educación especial, sus padres colaboran con el personal de la escuela para desarrollar un Programa Educativo Individualizado ("Individualized Education Program," o IEP), el cual se diseña con el fin de tratar los problemas específicos del niño y sus necesidades únicas en cuanto a su aprendizaje. En este también se consideran sus potencialidades. El IEP toma en cuenta, además, estrategias para mejorar los problemas sociales y de la conducta. Tras especificar la naturaleza de las necesidades especiales del niño, el equipo del IEP.. incluyendo los padres, determina que tipo de servicios son apropiados para tratar aquellas necesidades y si ellos serán cumplidos en el ambiente educacional regular o en otro lugar (como, por ejemplo, la sala de recursos o a través de atención individualizada). Según calculan los investigadores, la mitad de los niños con AD/HD exhiben un rendimiento académico adecuado sin

servicios de educación especial, siempre que el desorden sea reconocido, comprendido, y que se hagan ajustes al programa regular de instrucción. La mayoría de los niños con ADHD que requieren servicios de educación especial (aproximadamente entre el 35 y 40%) lo recibirán de forma combinada, es decir en el salón de clases regular, con o sin apoyo dentro del aula, y la sala de recursos. Y que los profesionales orienten a los maestros regulares. Solo el 10% de los niños tendrán necesidad de los servicios de una clase especial separada, con un mínimo de integración; los cuales probablemente padezcan una forma muy severa de AD/HD o además coexistan otras condiciones.

3. INTEGRACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO CON AD/HD: VENTAJAS Y DIFICULTADES

3.1 INTEGRACION FAMILIAR

"La revolución más grande de nuestra generación es el descubrimiento de que los seres humanos, cambiando las actitudes mentales internas, pueden modificar los aspectos externos de sus vidas."

William James

Ustedes, como padres, podrían estar formulando la pregunta: "¿Qué se puede hacer con nuestros hijos?" La respuesta es: se les puede ayudar brindándoles a sus hijos las herramientas específicas que necesitan para triunfar en la "modificación de los aspectos externos de sus vidas".

La idea tras la anterior cita de William James parece simplista. De hecho hemos sabido, desde hace mucho, que los seres humanos pueden reflexionar sus debilidades, alterar las percepciones y, finalmente, modificar conductas para bien. El problema ha sido que, en general, las personas tienen una tendencia a fracasar en sus intentos por "modificar las partes externas de sus vidas". Cuando los cambios tienen lugar, el individuo a menudo es incapaz de sostener las mejoras por un periodo prolongado.

La experiencia nos muestra que los niños con problemas de conducta son particularmente propensos a esta tendencia. Contrariamente a los mitos populares, su fracaso por lo general no se debe a una falta de esfuerzo. Aunque la falta de motivación a menudo es un factor, muchas veces un niño se esfuerza por triunfar y hacer lo que se supone que debe hacer, pero de la manera equivocada. Se frustra por sus fracasos y termina con una baja autoestima y con un sentimiento de impotencia. En efecto, los niños tienen tendencia a darse por vencidos, en el intento de controlar o mejorar sus actitudes y comportamientos, asumiendo que son incapaces de tener éxito.

Para evitar esto los adultos debemos guardar también ciertas actitudes y conductas que le sirvan de referencia o pautas de comportamiento apropiado o de reforzamiento a las mismas.

Como una forma de apoyo a la modificación de conductas negativas por positivas, es necesario reflexionar sobre los siguientes:

IMPERATIVOS PATERNALES

1) SIEMPRE ENSEÑAR A SUS HIJOS A TRAVÉS DEL EJEMPLO

No se sorprenda cuando los niños actúen como usted. Si fuma o intenta predicar sobre la importancia de la salud, la hipocresía se convierte en parte de la lección. Haga todo lo posible por ser un modelo de rol para sus hijos. La mayoría de los padres son hipócritas en por lo menos algún aspecto de sus vidas. Tal vez usted conduce su automóvil bastante por arriba del límite de velocidad y habla sobre la manera en la cual ; malas personas violan la ley. O a lo mejor miente un poco en sus impuestos, o tal vez avisa a la oficina que está enfermo cuando todo lo que desea es un día libre. A medida que crecen, los niños comenzarán a emular estas conductas. Pueden ser descubiertos haciendo trampa en la escuela y preguntarse por qué los adultos se alarman tanto. Haga un honesto intento por enfocar su propio estilo de vida y sea consciente de las actitudes o conductas que envían a sus hijos un mensaje dual. En resumen, practique lo que predica.

2) SER UNA PERSONA FUERTE.

Si no es un individuo emocionalmente fuerte, trabaje mucho para convertirse en uno. Los niños ven a sus padres como su seguridad. Usted es "alambrado" que los protege de los peligros del mundo externo. Los niños esconden la vulnerabilidad bastante bien, pero si ven o creen ver que su "alambrado" se está debilitando, la vida se puede volver amenazadora para ellos muy aprisa. Lo anterior no significa que tiene que carecer de emociones o parecer estar totalmente en control todo el tiempo. Quiere decir que debe ser visto como alguien que puede manejar un conflicto con efectividad.

3) SEA CONSISTENTE Y CUMPLA LO QUE DICE.

Esto puede parecer obvio, pero para muchos padres es la regla más difícil de cumplir. No diga algo si no piensa cumplirlo. Esta es la manera más rápida del mundo de ser desintonizado por su hijo. Si usted, como padre, toma la decisión de detener los berrinches de su hijo, entonces asegúrese de aplicar el

"tiempo fuera" inmediatamente después de que tenga lugar la conducta no deseada cada vez que esta tenga lugar. No es necesario que usted se moleste y que inicie una discusión que no tendrá ganadores. Una vez que haya pasado el tiempo fuera, que el niño se haya calmado, y solo entonces, usted tendrá la oportunidad de una conversación significativa.

4) ¡MOTIVAR! ¡MOTIVAR! ¡MOTIVAR!.

Si no puede motivar a sus hijos, tiene grandes problemas. En otras palabras, si bien es cierto que los niños siempre deben ser responsables por sus conductas y actitudes, los padres de hecho pueden tener la responsabilidad de crear una atmósfera propicia para el crecimiento personal de sus hijos. Los buenos motivadores requieren de dos cosas para ser exitosos:

- 1) respeto de la persona que intentan motivar, y
- 2) un entusiasmo estático por el bienestar de dicho individuo. Sea el mejor amigo de su hijo en todas las circunstancias. No intente motivar a través del miedo o la intimidación, que ciertamente son técnicas efectivas a corto plazo. Pero a la larga, los niños y las personas en general terminan odiando a cualquiera que los asuste de manera persistente.

Los padres que son buenos motivadores acentúan constantemente lo positivo en la conducta de sus hijos. Esta habilidad involucra *volverse más consciente de las conductas positivas que exhibe su hijo y reforzarlas*. El refuerzo puede llegar en la forma de recompensas, pero también debe presentarse en la forma de apreciaciones verbales. Créalo o no, hasta los niños con los peores problemas de conducta hacen algo "bien" de vez en cuando. Si su hijo se desempeña mal en general, evite el patrón de pasar por alto las conductas positivas o las cualidades de la personalidad del niño.

5) EMPATIZAR.

La piedra angular de la comunicación es la empatía. Esta podría describirse como su habilidad para ver cosas desde la perspectiva de su hijo y luego comunicar tal comprensión al niño. Un padre debe escuchar a sus hijos constantemente y hacerlo de manera tal que los pequeños sepan que escucho, o intento escuchar, lo que sea que intenten comunicarle.

Los berrinches y exhibiciones de ira impropias deben, por supuesto, ser manejadas con el método de tiempo fuera, pero, como regla, usted desea que su hijo no tema expresar sus emociones de manera

adecuada. Si siempre se les habla a los niños, en lugar de escucharlos, probablemente van a dejar decir cosas significativas al padre que "de todas maneras nunca escucha". Recuerde que a veces los niños carecen de habilidades verbales para expresar algunos pensamientos y sentimientos.

En ocasiones, usted tiene que leer entre líneas. El lenguaje corporal y el tono de voz están, a veces, diciendo cosas diferentes a las palabras pronunciadas. Aprenda como dar respuestas empáticas que muestren que esta escuchando, tales como: " Puedo ver por que piensas asi", o "Apuesto a que eso te hace sentir bastante bien". Por ejemplo sí a un niño de ocho años de edad al llegar a su casa de un juego de la liguilla de beisbol para contarle a su padre, quien no había asistido al juego , su experiencia y excitación. Y el pequeño apenas hubiera comenzado a hablar sobre el juego cuando su padre lo interrumpe con un: "Si, hijo, esta muy bien, ahora ve a jugar". Es tanto como si el padre hubiera dicho: "Sal de aquí, me aburres con tu vida".

6) SER UN PADRE QUE PERMITE A SUS HIJOS EXPRESAR SUS EMOCIONES.

Esto es difícil porque las emociones humanas, tales como la ira y la tristeza son bruscos, por lo general los padres tienen una inclinación natural a anularlas. Los niños que no pueden expresar ira o la gama completa de las emociones humanas están destinados a ser si tipo que "guarda las emociones" o que tiene una personalidad evasiva. Son muchas las veces que uno escucha a un padre decir algo como: "No seas tan visceral" o "No tienes derecho a enojarte por eso".

Una buena regla de oro a seguir es aceptar las emociones negativas y concentrarse en la manera de enseñar a los niños a expresarlas, al igual que a los impulsos destructivos, de maneras adecuadas. Cuando un niño expresa una emoción como ira o desprecio que parezca ser injustificada (por ejemplo si tiene un berrinche después de que se le ha negado algo) hable con el sobre los pensamientos o creencias que lo llevaron a ese inapropiado despliegue de ira después de haber aplicado el tiempo fuera. Se puede enseñar a los niños a controlar las respuestas no razonables a las situaciones al aprender a controlar sus pensamientos, creencias y perspectivas.

7) CONFIAR EN SU AUTORIDAD.

Nunca tema tomar decisiones por su hijo cuando este involucrado el bienestar del mismo. A veces, los niños sencillamente son incapaces de usar el buen juicio. Además, acepte que algunas de estas

decisiones pueden no resultar en lo mejor. Los adultos también cometen errores, pero los padres deben tener la suficiente confianza como para enfrentar decisiones, aun cuando sean en externo poco populares. Los padres desean hacer felices a sus hijos, y es sencillo evitar las decisiones difíciles porque es más conveniente, nadie desea ser "el villano". Yo diría que si a sus hijos siempre les agradan las decisiones que toma, entonces uno o ambos padres están jugando al "bueno" demasiado a menudo. Lo anterior requiere de confianza en uno mismo y un sentir de seguridad de los padres.

8) MANEJAR LOS PROBLEMAS CONYUGALES RAPIDAMENTE, Y HACERLO APARTE DE LOS NIÑOS.

La mayoría de los niños ni siquiera pueden comenzar a comprender las complejidades de un desacuerdo matrimonial. Si son una pareja que discute de vez en cuando, traten de buscar un momento en el que se encuentren totalmente solos, busquen consejería o hagan lo que sea que tengan que hacer a fin de minimizar las discusiones entre ustedes. Créalo, el mundo puede ser o suficientemente deprimente para los niños sin necesidad de tener que llegar a casa y encontrar a una mamá y un papá que se están agarrando del cuello la mayor parte del tiempo. Es casi imposible para muchas parejas no discutir frente a los niños, pero inténtelo. Recuerde que discutir/gritar y decirse cosas debe quedar descartado frente a los niños. Sin embargo, los padres pueden y deben usar interacciones que demuestren una apropiada resolución de conflictos.

9) INVOLUCRARSE EN LA EDUCACION DE LOS NIÑOS.

Si su hijo tiene problemas en la escuela, usted debe reunirse con su maestra, director o consejero escolar frecuente y regularmente. Algunos maestros y oficiales escolares se encuentran ansiosos por desarrollar relaciones con los padres, y otros no.

He encontrado a padres que tienden a cometer dos clases de errores al tratar con las escuelas. El primero es simplemente ser negligentes y esperar que la maestra se haga cargo del problema. El segundo es ser demasiado agresivos con el personal escolar.

El segundo problema, el de la agresividad, tiene un efecto tan negativo como el de la negligencia. Los padres a menudo deben tener tacto cuando intentan enfocar temas educacionales. No siempre le agradara la maestra de su hijo, y hasta podría llegar a pensar que es por completo incompetente. Pero

si exagera la confrontación, es casi seguro que esa relación crucial entre padre a hijo, sufrirá las consecuencias.

Además, no es buena idea hablar de manera negativa de ninguna autoridad escolar frente a su hijo, a no ser que sea absolutamente necesario y este seguro de que la critica sea absolutamente justificada.

Usted debe aprender a no apresurarse a ir a la escuela para decirle tonta a la rnaestra si no conoce bien los hechos. Aún en el caso de que esta se estuviese comportando de manera tonta, usted, como padre, debe establecer un buen ejemplo al manejar el problema de manera calmada y racional. Es importante para su hijo aprender como tratar con efectividad a las personas con las que no esta de acuerdo o hacia quienes no tiene sentimientos favorables.

10) PRACTICAR EL APOYO A LA NIÑEZ EN MI COMUNIDAD.

Hay un viejo proverbio chino que dice: "Hace falta toda una aldea para educar a un niño". Ayude activamente a asegurar que todos los niños de la escuela de su hijo o de su comunidad tengan una misma oportunidad de triunfar. Además del hecho de que esto es sólo lo correcto, el sentido común nos dice que lo que afecta a los niños de la comunidad como un todo, tambien podrá afectar a su hijo.

Tome un problema social como el aumento en el consumo de crack en las ciudades al igual que en las areas suburbanas y rurales. Usted y su familia tienen un interes real en ayudar a resolver tal asunto porque literalmente afecta a todos. Si no se involucran comunidades enteras, nos podemos olvidar de lograr un impacto significativo en los problemas sociales contemporaneos que afectan a nuestros hijos, tales como SIDA, armas/violencia, la ruptura de la familia, la pobreza crónica.

Brinde a los niños una atmosfera que los estimule a participar en la búsqueda de soluciones a los problemas comunitarios. Una de las razones por las que muchos niños sufren de carencia en la dirección o sentido de esperanza en el futuro es que ya no sienten que son parte de algo que es más grande que ellos mismos.

11) PASAR TIEMPO DE CALIDAD CON CADA UNO DE MIS HIJOS CON REGULARIDAD.

Ambos padres pueden arreglar interacciones que no sean apresuradas y que permiten a padres a hijos relacionarse a un nivel que va más allá de la relación de autoridad. Si este tipo de interacciones son

adecuadas, es inevitable que se forme un patrón de comunicación persistente e instructiva entre padre e hijo.

ADOLESCENTES

Aprender como comprender y comunicarse con su adolescente es la tarea más difícil que tendrá como padre. Este periodo a menudo es complicado para los padres, más que nada debido al hecho de que es una época de conflicto para los niños. Muchas veces, hasta aquellos que han mostrado pocos problemas de conducta comienzan a tener dificultades durante esta fase.

Ya sea la sexualidad, las drogas, la identidad o el cuestionamiento de la autoridad, puede apostar a que los niños van a sufrir algunos cambios mayores de desarrollo durante su adolescencia. Lo más importante, es un tiempo en el que los niños intentan establecer e introyectar la manera en la que se relacionan con el resto del mundo.

Tanto las fuerzas naturales como culturales se mueven rápidamente hacia la adultez, y los cambios que tienen lugar a menudo confunden a toda la familia. Saber todo lo posible sobre este proceso es crucial para ayudar a los adolescentes a tener éxito.

Cuando intente comprender problemas de conducta en los adolescentes, recuerde que ellos se están formulando a sí mismos y al mundo la eterna pregunta "¿quién soy?". Contrariamente a las creencias populares, la rebeldía no es una parte necesaria para la adolescencia en la búsqueda de su identidad personal. Solo la búsqueda de la independencia es inevitable. Esta no debe conducir a la realización de conductas potencialmente dañinas como abuso de drogas, alcohol u otros riesgos. No es nada natural dichos comportamientos, pero con seguridad sí son indicadores de problemas de desarrollo subyacentes.

Los padres que reconocen el proceso de desarrollo continúan comunicándose con efectividad, y si siguen estableciendo límites firmes en la conducta, con toda seguridad serán compensados en el sentido de que su adolescente aprenda a expresar su independencia de maneras apropiadas y

saludables. Se internaran en el camino de la vida adulta ,con un sentir de confianza y alta autoestima. Aprenderán a respetar a otros y conocerán el valor de la comunidad.

Si un adolescente exhibe problemas de conducta, es importante establecer en que estilo de paternidad esta viviendo:

El estilo autoritario. Este es mejor descrito como exageradamente estricto que se apoya en la intimidación y el miedo como motivadores. Este estilo hasta puede haber sido muy efectivo durante los años anteriores, pero por lo general termina causando un efecto violento en los años de la adolescencia, a medida que los niños se vuelven físicamente más grandes y comienzan a pensar con mayor independencia. Este estilo formaba parte de nuestra cultura en décadas pasadas, por lo que fue aceptado como un enfoque de sentido común. Sinceramente es tonto. En defensa de los padres que siguen este enfoque debe notarse que el estilo a menudo se trasmite de generación en generación. Muchos padres simplemente no conocen otra manera de impactar la conducta de sus hijos porque esa es, de hecho, la manera en la que los mismos fueron educados. Es la "vieja escuela" de disciplina, que a menudo presenta soluciones como: "Todo lo que necesita es una buena paliza" y otros sinsentidos. Es parecido al "amor rudo" sin ninguna demostración de amor genuino. Pero algunos padres que han sido educados en este tipo de atmósfera se convierten en todo lo exactamente opuesto como acción a los sentimientos negativos hacia sus propios padres.

Este es el segundo tipo de estilo de paternidad que causa problemas en el desarrollo natural.

El estilo todo se vale. En ocasiones es un honesto intento de los padres por dar a los hijos "la libertad que nunca tuve cuando era niño", pero no brinda la cantidad suficiente de límites. Toda su estructura interna se encuentra a veces diseñada para llamar la atención de sus padres aunque sea atención negativa. Los adolescentes que se encuentran en esta situación, y a los que no se les da la atención y límites positivos que necesitan están destinados a ser adultos infelices.

Algo importante de la que nos deberíamos dar cuenta es que el rol de adulto pone muchos o brindan la cantidad suficiente de límites. La carencia de estructura por lo general hace que el adolescente sienta que no pertenece a ningún lugar ni a ningún grupo. Toda su conducta externa se encuentra a veces diseñada Para llamar la atención de sus padres, aunque límites al comportamiento. Cuando no se brinda a los adolescentes una estructura, llegan a la etapa adulta mal preparados para las exigencias de la sociedad, tienden a poseer características antisociales, por que no tienen sentido de solidaridad y

cooperación. En resumen, no han aprendido a respetar a los otros. Para ellos las reglas y las leyes solo son para los demás.

La paternidad exitosa durante los años de adolescencia a menudo depende de la habilidad para encontrar un medio feliz entre estos dos extremos. Todo se reduce a ser firme con su adolescente cuando se trata de no tolerar ciertas conductas, combinar lo estricto con la comprensión, y comunicar tal entendimiento al joven. A veces tiene que callarse y escuchar, quiero decir realmente escuchar lo que su adolescente le esta diciendo. Tenga presente que su hijo no tendrá interés en decirle cosas importantes si usted no se ha convertido en un experto escucha (vea empatía en Imperativos paternos).

Cuando intente comunicarse con un adolescente, lo primero que debe recordar es relajarse. Los adolescentes con problemas de conducta tienen explosiones cortas, y por lo tanto, los padres deben aprender como tranquilizar las situaciones en lugar de poner mas leña en el fuego. Antes realizar su urgencia de "pelear", más bien debe aprender la manera de crear una atmósfera calmada y racional para la discusión.

Muestre a su hijo que reconoce su necesidad de una mayor independencia. Celebrar su individualidad, ya sea que e trate de su preferencia para vestir o sus opiniones, ciertamente fortalecerá la relación en lugar de apagarla.

3.2 INTEGRACION ESCOLAR

Afortunadamente, los seres humanos nacemos iguales y diferentes, y gracias a esto tenemos necesidades, demandas deseos y derechos especiales. Sin embargo cuando estas diferencias se utilizan como un estigma, tarde o temprano se instala la segregación, la discriminación y la exclusión como respuesta social y como padecimiento de las personas que se vuelven víctimas de poseer tales diferencias. La cultura, las pautas sociales, la normatividad -que se impone sutil o violentamente- determinan cuales semejanzas o diferencias han de ser valorizadas o devaluadas según el lugar, el momento histórico y principalmente los grupos que ejercen el poder.

FUNDAMENTOS Y CONCEPTO DE LA INTEGRACION ESCOLAR.

Las tendencias actuales en Educación Especial van en el sentido de dar marcha atrás a un tipo de educación institucionalizada y apuestan, a cambio, por una educación integrada.

Una integración basada, como trataremos luego mas ampliamente, en principios tales como el de **normalización**, viene a significar que el niño con necesidades educativas especiales desarrolle su proceso educativo en un ambiente lo menos restrictivo posible, lo más normalizado posible.

El principio de normalización implica, desde una perspectiva pedagógica, el principio de individualización, de tal manera que la atención educativa de los alumnos se ajustarlo a los características y singularidades de cada uno de ellos; asimismo, será necesario, para llevar a cabo la integración escolar, tener en cuenta al principio de sectorización de servicios, según el cual los alumnos con necesidades especiales recibirán las atenciones que precisan dentro de su medio ambiente natural, as decir, los apoyos y servicios se organizaran de tal forma que lleguen allí donde se produzca la necesidad.

Bases motivadoras

Además de lo expuesto anteriormente, efectuando una revisión sobre al tema, observamos qua diversos autores (Toledo, 1984; Renau, 1984; Fierro, 1987; Garcia, 1989; Chaffin, 1975; Birch, 1974;

Houck y Sherman, 1979) dan una serie de razones para el cambio a favor de una educación integrada. Así un compendio de estos argumentos podría ser el siguiente:

-- Los que ponen el acento en los derechos humanos que asisten a las personas excepcionales para compartir una experiencia de vida en común; no segregada, no discriminada.

- Los que entienden que es un acto de justicia y un derecho constitucional.

-- Los que opinan que sólo tendría justificación si estas personas excepcionales fueran a vivir siempre en un ambiente segregado, ya que una educación segregada conduce naturalmente por su propia naturaleza, a un lugar social y de trabajo también segregado.

-- Los que se basan en la importancia que tuvo el desarrollo de asociaciones de padres de deficientes y la presión ejercida por ellos y otras determinadas fuerzas sociales a favor de la integración, así como la toma de conciencia de parte de la población en ese mismo sentido.

Son muy numerosos los argumentos que hacen hincapié en la escasa fundamentación científica que posee el mantener separados en colegios y aulas especiales a los niños disminuidos. Las investigaciones realizadas al respecto se muestran dudosas, poco convincentes en cuanto a los resultados que han tenido las clases especiales; incluso hay quien opina claramente que estos resultados son poco satisfactorios en cuanto a los rendimientos escolares en el caso de la educación separada. Un estudio realizado (citado por Molina, 1985) ha podido demostrar una mayor competencia en las Áreas orales y escritas, ; en la capacidad de relacionarse con otros niños de aquellos alumnos escolarizados en aulas ordinarias, que de aquellos otros escolarizados en aulas especiales, siendo por supuesto ambos grupos de idénticas o similares características.

-- Abundando en el punto anterior, se dice que, dado que la cultura y la educación no se producen sólo a través de las vías formales, sino también mediante una serie de intercambios sutiles, que son más ricos cuanto más abierto y plural es el medio en que se desenvuelve el individuo, ello justificaría la escolarización del niño y la niñez con necesidades especiales en un ambiente lo menos restrictivo posible. También hay argumentos en relación a que se produce un beneficio mutuo en la convivencia de sujetos más o menos capacitados.

-- Otro tipo de razones son las que hacen mención a los medios de diagnóstico utilizados para la identificación de los niños excepcionales, que resultaban culturalmente tendenciosos, lo que podía acarrear, a veces, diagnósticos inadecuados y por consiguiente ubicaciones escolares poco apropiadas.

En ese mismo sentido, lo realiza una crítica a la validez de las pruebas psicométricas, etiquetamiento, lo que había supuesto que demasiados niños fuera clasificados como deficientes mentales y, en consecuencia, escolarizados en centros especiales.

-- Por último, hay una serie de argumentos relacionados con la rentabilidad de las inversiones, que hacen más aconsejable el tipo de educación especial integrada.

Bases filosóficas.

La filosofía de la integración escolar se fundamenta básicamente en el principio de normalización. El principio de normalización lleva implícito como referente al concepto de normalidad. *Normalidad* es un concepto relativo que está sujeto a criterios de tipo estadístico. Lo que hoy es normal, ayer pudo no serlo y mañana ya veremos: lo que aquí es normal, en otro lugar es posible que sea no-normal o al contrario.

De tal manera, que lo normal o lo no-normal no se halla dentro de la persona, sino fuera de ella, es lo que los demás perciben de esa persona. De ahí que sea fundamental el cambiar la actitud de la sociedad frente al individuo más o menos excepcional y no, cambiar a la persona, lo que por otro lado, muchas veces no es posible.

Resulta y es clásica, la formulación de Keith E. Beeny (1975): "La integración como filosofía significa una valoración de las diferencias humanas". No se trata, pues de eliminar las diferencias, sino de aceptar su existencia como distintos modos de ser dentro de un contexto social, que pueda ofrecer a cada uno de sus miembros las mejores condiciones para el desarrollo máximo de sus capacidades, poniendo a su alcance los mismos beneficios y oportunidades de vida normal.

Para Bank Mikkelsen (1969), la normalización consiste en "la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible". Este principio se incorpora, en 1959, a la legislación de Dinamarca, por mediación del citado autor, que fue durante muchos años Director de los Servicios para Deficientes Mentales de aquel país.

Con posterioridad, Bengt Nirje (1969), Director Ejecutivo de la Asociación Sueca pro-Niños Deficientes, define el principio de normalización como "la introducción en la vida diaria del subnormal de unas pautas y condiciones lo más parecidas posible a las consideradas como habituales de la sociedad".

La formulación de Nirje, como la de Bank Mikkelsen, se orienta al campo de la deficiencia mental; pero, al contrario que el otro, Nirje enfatiza no ya el resultado sino los medios y métodos para conseguir el objetivo pretendido.

Bengt Nirje enfocó la normalización hacia al ritmo y costumbres normales de la vida humana durante al día, la semana y a lo largo del año; tener opción a unas experiencias normales de desarrollo durante al ciclo de la vida, así como la posibilidad de una serie de elecciones, anhelos y deseos respetados y considerados: posibilidad, asimismo, de vivir en un mundo heterosexual, en una casa normal, en un barrio normal; en definitiva, en unas condiciones de vida normales, teniendo derecho a unos niveles económicos también normales.

He aquí un pequeño trozo del texto de Nirje al respecto:

“Normalidad significa un ritmo normal del día.. Levantarse de la cama a la hora qua lo hace el promedio, aún cuando se sea un retrasado mental profundo o un minusválido físico; vestirse como el promedio (no de distinta manera), salir para la escuela o el trabajo (no quedarse en casa). Hacer proyectos para el día por la mañanas. Por la noche, recordar lo que se ha hecho durante la jornada. Almorzar a la hora normal (no más temprano ni más tarde, por conveniencia de la institución) y en la mesa como todo el mundo (no en la cama). Normalización significa un ritmo normal de la semana. Vivir en un sitio, trabajar o ir a la escuela en otro...”.

En la década de los setenta, el concepto de normalización se extiende por toda Europa y América del Norte. En Canadá se publica, por el Instituto Nacional sobre Deficiencia Mental, el primer libro sobre el principio de normalización. Su autor, Wolf Wolfesberger (1972), define este principio como “el uso de los medios lo más normativos posibles desde el punto de vista cultural, para establecer y/o mantener comportamientos y características personales qua sean de hecho lo más normativas posibles”.

Un examen de esta formulación del principio de normalización nos evidencia qua este puede aplicarse fácilmente de forma generalizada a otros tipos de deficientes distintos a los retrasados

mentales. Por otra parte, hace hincapié tanto en los medios, como en los objetivos de la normalización.

Es difícil señalar la relación existente entre normalización a integración.

Así, mientras que para Bank Mikkelsen la normalización es el objetivo a conseguir y la integración el método de trabajo para conseguirlo, para Wolfensberuer la integración social es un corolario de la normalización (Sanz del Río, 1985).

Como conclusión, diremos que normalizar no significa pretender convertir en normal a una persona deficiente, sino aceptarlo tal como es, con sus deficiencias, reconociéndole los mismos derechos que a los demás y ofreciéndole los servicios pertinentes para que pueda desarrollar al máximo sus posibilidades y vivir una vida lo más normal posible.

Concepto de Integración Escolar.

Birch (1974) define la integración escolar como un proceso que pretende unificar las educaciones ordinaria y especial con el objetivo de ofrecer un conjunto de servicios a todos los niños, en base a sus necesidades de aprendizaje.

Kaufman (citado por Sanz del Río, 1985) define la integración en el marco educativo – mainstreaming, como “referida a la integración temporal, instructiva y social de un grupo seleccionado de niños excepcionales, con sus compañeros normales, basada en una planificación educativa y un proceso programador evolutivo e individualmente determinado. Esta integración requerirá una clasificación de responsabilidades entre el personal educativo regular y especial y el personal administrativo, instructor y auxiliar”.

La NARC (National Association of Retarded Citizens, USA) dice al respecto: “la integración es una filosofía o principio de ofrecimiento de servicios educativos que se pone en práctica mediante la provisión de una variedad de alternativas instructivas y de clases, que son apropiadas al plan educativo, para cada alumno, permitiendo la máxima integración instructiva, temporal y social entre alumnos deficientes y no deficientes durante la jornada escolar normal”.

Para entender la integración va a suponer que:

- a) un niño que se escolariza por primera vez y que por sus características podría haber sido dirigido al centro especial, es acogido en el centro ordinario;

- b) niños que están en centros especiales pasan a centros ordinarios en alguna de las modalidades de integración;
- c) niños que están a tiempo total en una unidad de educación especial de un centro ordinario lo vamos incorporando paulatinamente al aula ordinaria; y
- d) niños y niñas que se encuentran en el aula ordinaria y que en otras circunstancias pasaran a un lugar más restrictivo -aula especial o centro específico- ahora van a continuar en esa aula ordinaria.

Todo ello teniendo en cuenta una serie de premisas, tales como:

1.- Este es un proceso difícil y complejo y depende de muchas circunstancias: del propio niño o niña, del centro y de la familia. Cada caso requiere un estudio y un tratamiento determinado.

2.- Existen, como veremos, distintas situaciones o modalidades de integración. No siempre será posible que el alumno se integre en una aula ordinaria de un colegio ordinario; esto es lo ideal, hacia lo que se debe tender, pero habría casos en que, por diversas circunstancias, su modalidad de integración tenga que ser otra.

3.- La ubicación de un niño en un lugar o ambiente determinado no será para siempre, sino que, mediante revisiones periódicas, se intentará proporcionarle situaciones que supongan un mayor nivel de integración.

4.- Este proceso de integración se inicia con la valoración e identificación de las necesidades educativas especiales del alumno y lleva aparejado el proporcionarle las ayudas personales, materiales, adaptaciones curriculares, etc., que posibiliten su mayor desarrollo.

No supone la integración una simple ubicación física en el ambiente menos restrictivo posible, sino que significa una participación efectiva en las tareas escolares, que le proporcione la educación diferenciada que precise, apoyándose en las adaptaciones y medios que sean pertinentes en cada caso.

FORMAS DE INTEGRACIÓN.

Soder (citado por Jarque, 1984) definió los distintos grados que se podrán dar de integración, de la siguiente manera:

a) Integración física.

La actuación educativa se lleva a cabo en centros de Educación Especial construidos junto a centros ordinarios, pero con una organización segregada; de esta manera se comparten espacios comunes, como el patio o los comedores.

b) Integración funcional.

Se considera que esta se articula en tres niveles de menor a mayor integración funcional:

- Utilización de los mismos recursos por parte de los alumnos deficientes y los alumnos de centros ordinarios, pero en momentos diferentes.
- Utilización simultánea de los recursos por partes de los dos grupos.
- Utilización de algunas instalaciones comunes, simultáneamente y con objetivos educativos comunes.

c) Integración social.

Supone la inclusión individual de un alumno considerado deficiente en un grupo-clase ordinario. sería la única forma verdadera de integración, según algunos.

d) Integración a la comunidad.

Es la continuación, durante la juventud y vida adulta, de la integración escolar.

A nuestro modo de ver, esta clasificación no tiene en la actualidad mucha razón de ser. La integración escolar es una y se da cuando el niño con necesidades educativas especiales participa de un modelo educativo único y general, que contempla las diferencias y se adapta a las características de cada alumno, al margen de que comparta espacios comunes, que es algo fundamental, pero no suficiente. Puede ocurrir que niños ubicados a tiempo total en aulas ordinaria estén totalmente desintegrados porque no se les presta atención, porque no participan de las tareas del resto del grupo, en definitiva porque están marginados dentro de la misma aula.

CONDICIONES PARA LA INTEGRACION ESCOLAR.

De todo ello se van a exponer algunos factores dignos de mencionar, con el riesgo de dejarnos algún aspecto atrás, dado que son muchos y variados los que se podrían incluir.

- Antes de una generalización, es necesario establecer programas y experiencias que vayan marcando pautas en cuanto a procedimientos más o menos para la práctica de la integración escolar.

- Otro aspecto prioritario consiste en realizar una campaña de información y sensibilización de la opinión pública sobre el fenómeno de la integración escolar.

- Una legislación que garantice y facilite la integración.

- Programas adecuados de atención temprana y educación infantil.

- Cambio y renovación de la escuela tradicional, efectuando profundas modificaciones en la organización, estructura, metodología, objetivos...

- Reducción de la proporción profesor/alumnos por aula. Como indica Renau (1984), las aulas muy numerosas no benefician la integración por:

■ a) dificultan la creación y mantenimiento del sentimiento de pertenencia a un grupo y el surgimiento de vínculos dentro de este, y

■ b) la actitud del profesor en grupos muy numerosos tiende a exigir conductas fácilmente controlables y, por tanto, homogéneas.

- Un diseño curricular único, abierto y flexible, que permita las oportunas adaptaciones curriculares.

- Supresión de barreras arquitectónicas y adaptación de los centros ordinarios, a las necesidades de los diferentes alumnos.

- Dotar a los centros de los recursos personales, materiales y didácticos que sean necesarios. Así mismo, contar con la atención suficiente de los equipos interdisciplinarios del sector.

- Una buena comunicación entre la escuela y su entorno social, toda vez que el proceso de integración no acaba en el centro escolar, sino que continúa fuera de él.

- Es necesaria la participación activa de los padres en el proceso educativo del alumno. Se requiere una mayor información, dirigida tanto a los padres de niños deficientes como a los padres de niños normales, que les prepare para una participación y colaboración positivas (Medrano, 1986).

- Un buen nivel de comunicación interna en los centros. A menudo, la jerarquización, por una parte, y/o el individualismo exacerbado, por otra, no permiten ordenar la comunicación. Esta debe servir de base para apoyarse afectivamente, producir intercambios técnicos y debatir los problemas conjuntos (Renau, 1984).

- La formación y el perfeccionamiento del profesorado y demás profesionales relacionados con la integración escolar, así como una buena disposición por parte de todos para trabajar en equipo.

VALORACION DE LA INTEGRACION ESCOLAR

A priori, una educación especial integrada, bien planificada, con servicios y programas adecuados, debe ofrecer una serie de ventajas para todos los miembros implicados.

Para los niños con necesidades educativas especiales, por cuanto les imposibilita un mayor desarrollo intelectual y mejora del aprendizaje. Ya se ha mencionado como el contacto con otros niños les va a beneficiar, en tanto que la educación no solo se produce por vías formales de profesor a alumnos, sino que también existen interacciones entre los mismos alumnos y unas conductas de imitación que van a favorecer el aprendizaje. Asimismo, el ámbito del grupo-clase ofrece al niño y a la niña con minusvalías un marco apto para la integración social, con su heterogeneidad, lo que constituye una magnífica preparación para la interacción social posterior.

Para los alumnos normales, en tanto que los hace más tolerantes y sensibles al crear actitudes positivas de convivencia. Su proceso de aprendizaje se va a ver también favorecido por esa renovación pedagógica que conlleva la práctica de la educación integrada. Los nuevos recursos y servicios puestos a disposición del centro van a tener, indudablemente, un efecto positivo sobre todos los alumnos.

Para el profesorado también puede suponer ventajas la integración, en cuanto que significa un cambio y renovación, que actualizará y mejorará su preparación.

Los profesores de educación especial se benefician del contacto con niños normales y profesores de clases ordinarias, ya que mediante este contacto mantienen una imagen del desarrollo normal del niño. Esta imagen constituirá el complemento necesario a su especialización, para lograr un equilibrio en la programación educativa. El profesor tutor, por su parte, se beneficiará asimismo de la integración escolar y de los contactos con los profesores especialistas que colaboren, ampliando su preparación en materia de diferencias individuales educativas (Sanz del Río, 1985).

Para la escuela también puede significar un beneficio, toda vez que la integración escolar supone una mejora y enriquecimiento del ámbito escolar en sí.

Los padres de niños normales, como los de niños con minusvalías, se benefician de la integración al hacerles partícipes de un proceso educativo que enriquece a todos, haciéndoles más tolerantes, informados y colaboradores.

En cuanto a la sociedad, que con su actitud favorece la integración escolar, se convierte en una sociedad abierta, donde es posible la convivencia y en donde todos sus miembros encuentran un sitio para participar en la resolución de sus problemas y en su propia evolución (Ortiz, 1983).

Hasta aquí se han enumerado una serie de ventajas o beneficios que en teoría, y con una buena planificación y adecuada puesta en práctica en la integración escolar, deberían darse.

4. PROPUESTA PEDAGÓGICA

4.1 Actitud del docente sobre el AD/HD

Es de la mayor importancia que los discapacitados dejen de ser vistos como personas de segunda, pero para lograr este cambio es muy importante que la actitud hacia este tipo de personas cambie, en el ámbito social, pero sobre todo en cada uno de sus profesores. Este proceso ha iniciado, pero debe ser parte del pensamiento filosófico de aquellos responsables de diseñar el currículo para niños con necesidades especiales, quienes de acuerdo a la nueva perspectiva integradora, deberán ser educados junto a los alumnos sin necesidades especiales.

Esto es un marcado cambio con respecto a las tesis separatistas que defendían el desarrollo de escuelas especiales para alumnos discapacitados.

Cabe aclarar que la etiquetación a que han estado sujetos estos niños y adultos les lleva como consecuencia a la limitación de oportunidades en su relación social y laboral en su posterior vida adulta.

Es relevante señalar que este cambio de actitud debe provenir forzosamente de la capacitación y **perfeccionamiento del docente**, - pues la buena voluntad no es suficiente -, en educación especial e integración escolar, apoyado lógicamente por un asesor y un terapeuta clínico. Pues es bien sabido que el tratamiento deberá ser multidisciplinario; es decir pedagógico, psicológico y/o psiquiátrico según el caso, y obviamente médico.

Sin embargo dicho perfeccionamiento debe tender a un adiestramiento análogo al que se utiliza con todos los demás niños, es decir, se trata de la **normalización** de estos niños en la mayor medida posible.

Aunque para lograr dicha normalización existe forzosamente la necesidad de iniciar una **cultura inclusiva** y no excluyente; así como una práctica social y docente nueva, que nos permita, primero el abordaje didáctico en el aula de contenidos y actividades de aprendizaje para todos los niños - con deficiencia o sin ella- y segundo su integración a los diferentes grupos sociales, familiar, escolar y a su

comunidad. Pero la disposición de ánimo es fundamental, esa sensibilización hacia el niño limitado y el deseo de ayudarlo no es algo que se da con facilidad en las personas y los profesores.

Pero volviendo al aspecto de formación docente para la integración y no para la segregación, es importante señalar los logros alcanzados, así como los obstáculos que se han presentado.

Resultado del estudio de los datos derivados de las investigaciones. Michael Fullan indica las siguientes razones del fracaso de la formación de profesores en ejercicio:

1. Los talleres no repetidos son frecuentes, pero ineficaces.
2. Los temas son seleccionados frecuentemente por personas que no son las que recibirán la formación.
3. Sólo en muy pocos casos las ideas y prácticas expuestas en los cursos tienen un seguimiento.
4. Pocas veces se llevan a cabo evaluaciones de seguimiento.
- 5.- Los cursos de perfeccionamiento tratan muy raramente de las necesidades y preocupaciones individuales de los participantes.
6. En la mayoría de los cursos participan maestros de escuelas o distritos escolares muy distintos, pero no se reconoce el impacto diferencial de los factores positivos y negativos en el sistema al que han de regresar.
- 7.- No hay en absoluto una base conceptual en la planificación y ejecución de los cursos de perfeccionamiento que asegure su efectividad (Fullan, 1991, Pág. 316)

Así pues, del presente análisis se desprende una imagen de iniciativas de formación en ejercicio mal conceptualizadas, insensible a las preocupaciones de los diversos participantes y que, lo que es quizás más crítico, hacen poco por ayudar a los participantes a relacionar sus experiencias de aprendizaje con un trabajo habitual.

La base teórica

La base teórica del conjunto de materiales educativos de la UNESCO se inspiró en gran medida, en evaluaciones e investigaciones de otras iniciativas similares, y en estudios teóricos muy amplios.

Esto dio lugar a un rechazo de las hipótesis funcionalistas que han dominado la teoría y la práctica de la educación especial, e inspiraron gran parte de las actividades de perfeccionamiento de los maestros (Skrlic, 1991a). En la aplicación del proyecto influyó una perspectiva diferente basada en un modo muy distinto de considerar el comportamiento humano. Esta perspectiva, llamada a veces visión constructivista o construccionista, parte del supuesto de que nuestras percepciones, apreciaciones y creencias están arraigadas en mundos que fabricamos nosotros mismos, y que acabamos considerando reales (Goodman, 1978). Por consiguiente, las iniciativas basadas en esta perspectiva, calificadas por algunos como "nuevo paradigma" (Heshusius, 1989; Iano, 1986; Lincoln y Guba 1985; Reason, 1988), dan prioridad a las siguientes hipótesis:

1. El comportamiento humano solo puede entenderse en relación con contextos particulares.
2. Esta comprensión solo puede alcanzarse considerando esos contextos como un "todo".
3. Se supone que los acontecimientos que se producen en un contexto determinado son reinterpretados en las mentes de los participantes por consiguiente, solo pueden entenderse teniendo en cuenta estas múltiples realidades.

La perspectiva constructivista -y sus correspondientes hipótesis- influyeron en la preparación del proyecto, así como en los criterios adoptados respecto de las necesidades especiales, el perfeccionamiento de los maestros, la difusión y la evaluación (Ainscow, 1993). En la teoría principal que se ha empleado, con cierto éxito, para interpretar una iniciativa aplicable en diversos contextos y culturas. No obstante, como veremos más adelante, esta perspectiva pone en entredicho muchas de las prácticas existentes en las escuelas y en la formación de los maestros, y por consiguiente debe considerarse con precaución.

En particular, es importante reconocer que la reinterpretación del tratamiento de las necesidades especiales como una forma de mejora de las escuelas y el perfeccionamiento de los maestros puede alterar las prácticas vigentes en materia de escolaridad y formación de los maestros y, a nivel político, plantear problemas a los que deciden y administran las políticas. En el plano profesional, supone un reto para los maestros, y el personal de formación docente. Concretamente, exige que muchos abandonen sus creencias a hipótesis acerca de los orígenes y la naturaleza de las dificultades educativas, para considerar otras perspectivas. En vez de la búsqueda tradicional de técnicas especializadas que puedan subsanar las dificultades de aprendizaje de todos los alumnos.

Estos cambios de perspectiva no son fáciles de conseguir. La enseñanza es una actividad exigente e intensa que deja poco tiempo para la reflexión. Además, con frecuencia los maestros tienen

convicciones profundamente enraizadas, como resultado de un proceso de profesionalización durante su formación inicial y, quizás lo que es aún más importante, en el lugar de trabajo (Rosenholtz, 1989). Por ello los materiales del proyecto de la UNESCO tratan de influir en la visión de los instructores y otros participantes en la formación de los maestros, y promover el perfeccionamiento profesional.

Un aspecto crítico del cambio de las perspectivas es el modo en que los maestros y otros profesionales de la educación conceptualizan las dificultades educativas. En otras palabras, como indica Schon (1978), el modo en que los problemas se "nombran y encuadran". Observa este autor:

" Mediante los actos complementarios de nombrar y encuadrar, el profesional selecciona las cosas que merecen atención, y las organiza, basándose en un estudio de la situación que le da coherencia y fija una dirección a la acción" (Pág. 4).

En efecto, esta es la noción constructivista de la "fabricación del mundo", como la definió Nelson Goodman (1978).

El objetivo de estos cambios es ayudar a los maestros y a sus formadores a superar lo que Fulcher (1989) llama la "visión individualista". Este procedimiento de nombrar y encuadrar los problemas por los alumnos: tienen muy poco en cuenta los contextos ambientales, sociales y políticos más amplios en que se produce. Al centrarse la atención en determinados alumnos con un criterio individualista, la población escolar se divide en "tipos" de niños, que deberán educarse de modos distintos, e incluso por diferentes maestros. Esto hace que su atención se desvíe de la cuestión central, el modo en que la escuela puede adaptarse a la diversidad de los alumnos. Esta desviación se produce al considerar que las necesidades especiales precisan un tratamiento técnico personal y recursos materiales propios. De esta forma el campo de las necesidades especiales consisten enseñar a los maestros los procedimientos que pueden contribuir a atenuar los problemas de los alumnos, considerados individualmente. Además las respuestas así encontradas son frecuentemente muy limitadas, por cuanto subestiman la importancia de las interacciones sociales como medio de facilitar el aprendizaje (Ainscow y Tweddle, 1988).

No obstante, cuando alentamos a los maestros a considerar otras perspectivas, lo que hacemos es pedirles que vean en los alumnos que experimentan dificultades un medio para abordar la mejora de

las condiciones de enseñanza en las aulas. Esta mejora, como se recordará, redundará en beneficio de todos los alumnos.

La obra de Donald Schon sobre el perfeccionamiento profesional fue especialmente importante y útil para la justificación de los materiales y los procedimientos recomendados en el conjunto de materiales educativos. Schon recalca la importancia de lo que llama "habilidad artística profesional", como base para la mejora de la práctica.

En su análisis, este autor es sumamente crítico de los enfoques existentes respecto del perfeccionamiento profesional en varios campos, incluida la formación de los maestros. El problema central, afirma, estriba en la doctrina de la racionalidad técnica que domina la teoría de las profesiones. Inherente a esta doctrina de la racionalidad técnica, la hipótesis es que una profesión es un grupo ocupacional cuya práctica se basa en el conocimiento derivado de la investigación científica. En consecuencia, la competencia profesional sería la aplicación habilidosa del conocimiento teórico a los problemas instrumentales de la práctica. En esta visión de la práctica, la habilidad artística no se tiene muy en cuenta.

Schon afirma que este planteamiento del conocimiento y la práctica profesional no es adecuado por varias razones. Respecto de lo que nos interesa ahora, Schon sugiere que, si bien la racionalidad técnica presenta la competencia profesional como una competencia técnica para la solución de los problemas, los problemas del mundo real no se dan de un modo predeterminado: más bien son situaciones confusas, indeterminadas y problemáticas que se derivan a menudo de conflictos de valores. Estos problemas no pueden resolverse con técnicas procedentes de la investigación teórica, sino que precisan de lo que este autor llama "competencia artística". Se trata de un proceso de esclarecimiento de una situación problemática, que permite a los profesionales redefinir sus problemas en lo relativo tanto a los fines que se persiguen como a los medios para alcanzarlos.

Partiendo de su análisis, Schon aduce que el modelo racional técnico debe ceder el paso a lo que él llama "indagación reflexiva". En consecuencia hay que buscar procedimientos de perfeccionamiento profesional que aliente a estos a reflexionar sobre los conocimientos implícitos que conllevan sus actos.

4.2 IMPORTANCIA DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

La educación encierra una gran complejidad que no proviene únicamente de su carácter ideológico y social, sino también de su complejidad temática. Pero no solo la educación y las ciencias de la educación, sino también todas las ciencias humanas – aquellas que tienen como objeto de estudio a el hombre, su comportamiento y las organizaciones sociales que surgen para vincular dichos comportamientos – presentan muchas dificultades a la hora de estudiar y controlar todo lo que el ser humano es y puede llegar a ser. Por que nada hay de exacto y predecible al cien por ciento en el ser humano y en sus comportamientos. Es más en muchas ocasiones el azar juega un papel primordial en dichos comportamientos. Por todo lo anterior hay que ser cuidadosos, reacios y abiertamente críticos hacia aquellas teorías y postulados llamados “científicos maximalistas” que dicen explicar al ser humano y sus manifestaciones, y por ende el fenómeno educativo, como si se tratara de una fórmula matemática.

Lo que hay de original y sorpresivo en el ser humano en general, y en cada uno particular, confirma la parcialidad en cada intento de aproximación. Se reconocen facetas, aspectos generales del ser humano, pero se desconoce lo que este puede llegar a ser en un momento dado. Se han optimizado considerablemente los mecanismos y estrategias que posibilitan un aprendizaje más cualificado y una mayor formación, pero aún queda mucho camino por recorrer antes de defender una teoría, un modelo, una práctica educativa y una terapéutica única, que como panacea, pueda dar respuesta a todos los cuestionamientos, interrogantes y problemas que el ser humano plantea

Como se ha visto el trastorno por déficit de la atención THDA, es un problema que pertenece al campo de la educación especial, la cual articula la investigación y la práctica profesional, y surge de la intersección e interacción de diversas disciplinas, que aportan una perspectiva diferente y complementaria.

La historia es el primer testigo y relator fidedigno de esta interdisciplinariedad. Es cierto que la educación especial se ha considerado una especialidad de la pedagogía, una de las ciencias o disciplinas de la educación, puesto que los métodos de intervención son educativos, fundamentalmente en lo que se refiere a este tipo de necesidades. Sin embargo no hay que obsecarse en ello y hacer una defensa obsoleta e improductiva, ya que es una ciencia o materia cuyos contenidos están en estrecha interdependencia con los de otras disciplinas, y, por lo tanto, los métodos y contenidos de la educación especial no pueden circunscribirse ni agotarse en lo estrictamente pedagógico.

Así, H: Asperger, A. Bonboir, P. Moor y A. L. Strauss la consideran como una parte de la pedagogía que se ha independizado de ella, mientras que R. Zavalloni, D. Rappaport, L. Brown M. Reynolds ven sus fuentes en la Psicología, la Psicología diferencial, la psicología de la educación, Psicología clínica e incluso la Psicología comunitaria, sin entrar en disputas , parece no haber duda de que la educación especial, así como el diagnóstico y la evaluación, y la misma intervención , exige un enfoque multidisciplinario.

Cabe aclarar que las figuras más relevantes en educación especial. A.L. Strauss y H. Asperger consideran que la pedagogía terapéutica es la confluencia de cinco ciencias: dos especialidades médicas (la psiquiatría y la pediatría) y tres ciencias humanas (la psicología, la sociología y la pedagogía). Sin embargo, es una especialidad autónoma que ofrece un ejemplo de integración de varias especialidades, por ello quien cultive la pedagogía terapéutica, sea cual fuere su especialidad de procedencia, deberá adquirir conocimientos de las ciencias restantes.

4.3 PROPUESTA

INTEGRACIÓN ESCOLAR Y EDUCACIÓN ESPECIAL

Es justamente al final de la década de los años cincuenta cuando tiene lugar un cambio conceptual en cuanto a las atenciones que requieren las personas con discapacidad. Aparecen nuevos conceptos y nuevos modos de decir, los cuales determinaran también nuevas formas de hacer (Ysseldyke y Algozzine, 1985) Junto a la existencia de centros en los cuales se lleva a cabo una educación especial propiamente dicha, es decir, una educación segregada y segregadora para niños deficientes mentales, sordos, ciegos, autistas etc. Sin embargo hay instituciones que se resisten a continuar en esta línea. Los padres se cuestionan sobre la razón por la cual sus hijos están segregados del medio familiar, los profesores ponen en tela de juicio su función, puesto que al ejercer una educación especial segregada, no se está cumpliendo con el propósito pretendido es decir, **la integración social**. En los países escandinavos, teóricos como Nirje y Bank-Mikkelsen proclaman el principio de Normalización en virtud de la cual todas las personas tienen derecho a llevar una vida lo más normalizada posible, y también a poder utilizar los servicios normales de la comunidad. Estados Unidos también abre sus puertas a la corriente de la normalización a través de los trabajos de Wolfensberger.

Así mismo se llega a la década de los setenta y son las propias organizaciones internacionales quienes se pronuncian a favor de la normalización para las personas discapacitadas. De esta forma todos los países desarrollados y con regímenes democráticos asumen esta nueva filosofía, con base en los informes técnicos que preceden a los ordenamientos legales, sobre una *política educativa de carácter integrador*.

En Inglaterra en primer lugar, el equipo presidido por **Mary Warnock**, presenta en 1978 un documento cuya influencia se deja sentir hasta la actualidad. *En él se plantea que todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria de su localidad. Pero lo más importante, es que se cuestiona sobre la identidad de las personas que se dicen deficientes. Pues en realidad son personas, adultos, jóvenes y niños, que padecen una deficiencia, la cual les ocasiona una discapacidad, pero que resuelta ésta no tienen por que aparecer como minusválidos: pues solo tienen necesidades educativas especiales, que exigen algunas atenciones también especiales.* Gracias a ella también se amplía el campo de acción de la educación especial que ahora también incluye a los alumnos con problemas de aprendizaje y de

conducta, es decir, hiperactividad, dislexia, déficit de atención etc. (Barton, 1984; Blatt, Richard y Morris, 1984).

En España, tras haberse creado en 1975 el Real Patronato de Educación Especial, se crea en 1978 el Instituto Nacional de Educación Especial. El cual pretendía canalizar, coordinar y planificar todo lo relativo a la educación especial, de tal forma que esta desapareciera como tal para poder convertirse en un subsistema del sistema general. Su primera actuación fue la creación del Plan Nacional de Educación Especial, *el cual introduce a nuestro país la filosofía de la normalización*. Sus supuestos teóricos son conocidos por todos y tienen vigencia hasta hoy, de tal suerte que del principio de normalización se desprenden:

- El principio de **Integración Escolar**, en función del cual todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria que les corresponda según su edad y situación geográfica.
- El principio de **Sectorización de Servicios**, según el cual se arbitra la creación de *equipos multidisciplinares* que atiendan las necesidades del sector, sin dar lugar a la separación del niño a su medio natural.
- El principio de **Individualización de la enseñanza**, según la cual es preciso llevar a cabo un programa de desarrollo individual para el alumno deficiente que asista a la escuela ordinaria.

Para este mismo año se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales, que incluye entre sus planes las prestaciones para la recuperación, integración social, laboral y ocupacional de los discapacitados, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales.

La normalización de servicios que en ámbito educativo supone la integración escolar ha dado paso a una concepción y una práctica distinta de la educación especial – que inmersa en el sistema general – supone una amplia respuesta a la diversidad, y se configura como un sistema de programas educativos y servicios en los cuales se atiende a las personas con alguna discapacidad.

Para Dueñas (1991), se puede considerar que esta idea inspira las prescripciones relativas a la educación de niños deficientes contenidos en la Ley Pública 94-142 de EEUU en 1975 y que es retomada por los autores del conocido Informe Warnock en 1978. En concreto el Informe (1987) dice que la educación consiste en la satisfacción de las necesidades especiales de un niño con el propósito de acercarse en lo posible, al logro de los fines generales de la educación, que son los mismos para todos; es decir, aumentar el conocimiento del mundo en que vive y proporcionarle toda la independencia y autosuficiencia de que sea capaz.

De esta forma a fines del siglo XX se ha evolucionado ya:

- Desde una pedagogía terapéutica basada en los déficit, a una educación especial basada en las necesidades educativas especiales.
- Desde una clasificación por etiología orgánica, a una clasificación según sean las necesidades especiales transitorias o permanentes.
- De una educación especial en sentido restringido llevada a cabo de forma segregada en los centros de educación especial, a una educación especial en sentido amplio integrada en el sistema educativo ordinario.
- De un programa específico para cada tipo de deficiencia, a una adaptación del currículo a las necesidades educativas especiales de los alumnos.
- De un tratamiento médico psicopedagógico, a una adaptación curricular individualizada.
- De una educación especial de los distintos tipos de deficiencias, a una educación especial como un conjunto de apoyos y adaptaciones que ha de ofrecer la escuela para ayudar al alumno integrado de desarrollo y aprendizaje.

En conclusión, en concepto de integración supone la concreción en la escuela en la escuela del principio de normalización, en virtud del cual todos los alumnos tienen derecho a asistir de la comunidad (Biklen, 1985): es decir contempla la normalización como un resultado abogando por que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como le sea posible. Por su parte Bengt Nirje (1970) ve la normalización como un medio al consideraría como el hacer factible a los deficientes mentales: las pautas y condiciones de vida cotidiana que sean tan aproximadas como posibles a las normales.

Pero el documento definitivo en España es el Real Decreto del 6 de marzo de 1985 de Ordenación de la Educación Especial, cuya conceptualización y pautas de actuación han sido el punto de partida de toda la legislación que después y hasta este momento se han dado en materia de integración escolar, que es igual a decir educación especial. A partir de este momento se perfila ya un concepto de educación especial más amplio, menos restrictivo y también más diversificado. Hace referencia al conjunto de adaptaciones y apoyos que se han de ofrecer en el centro ordinario a los alumnos con necesidades especiales a edad temprana: lo que implicará la acción de los equipos interdisciplinarios y otros profesionales (auxiliar técnico educativa, médico, psicólogo, pedagogo, trabajador social)

en colaboración con los profesores del centro y también con los padres. Tras la valoración de las necesidades y capacidades, se propone la orientación educativa, el refuerzo pedagógico o el tratamiento personalizado (logopedia, fisioterapia, psicoterapia, psicomotricidad) para concluir con la evaluación y el seguimiento de cada sujeto. A su vez se contempla el colectivo de alumnos con necesidades educativas especiales permanentes que recibieron atención en los centros específicos de educación especial. Para ellos se proponen como prioritarios los objetivos de autonomía personal, socialización y desarrollo de habilidades manipulativas, lo que se complementaría con actividades de talleres, aprendizaje de tareas, formación profesional adaptada y educación permanente de adultos, como vías para lograr la integración sociolaboral de los alumnos al finalizar la etapa escolar. Para terminar, el Real Decreto establece que, siempre que sea posible, los alumnos con necesidades educativas especiales serán escolarizados en régimen de integración en centros ordinarios.

El programa de integración escolar supone un proyecto educativo que trata de incorporar a la dinámica educativa normal a aquellos alumnos que han sido escolarizados en centros segregados, como también que los alumnos con retraso escolar y problemas del aprendizaje (de la lectura, la escritura y el cálculo), reciban en los centros ordinarios el apoyo y la atención que precisen para su progreso personal (López Melero, 1991). La integración escolar no es lo mismo que socialización, no es adaptación y sí es lo opuesto a segregación. Pretende un máximo de comunicación y un mínimo de aislamiento entre los niños normales y los niños con problemas, facilitando la interacción entre ellos (Bautista, 1991). De ahí que puedan distinguirse tres niveles de integración: el físico o presencial, el funcional en cuanto al uso de los servicios de la comunidad y el verdaderamente auténtico, que es el social; es este último el más original, puesto que implica incorporación, participación en la comunidad por parte de los deficientes y aceptación por parte del grupo; lo cual supone un amplio compromiso, además de escolar, familiar y social (Hegarty, Hodgson y Clunies, 1988). Por otra parte también puede hablarse de diferentes formas de integración, en función de la forma en que se realiza es decir, total, combinada o parcial; de acuerdo al sitio donde se ubique al niño, en una aula ordinaria, en el aula de apoyo o un centro de educación especial.

De tal suerte que siempre debe procurarse empujar al niño hacia arriba del sistema educativo; y solo cuando no exista otro remedio dejar que descienda un escalón en el proceso educativo integrador.

Para muchos especialistas en educación especial es positivo utilizar una "cascada de servicios especiales", en el sentido de buscar siempre un ambiente lo menos restrictivo posible y en el que se promicie la máxima integración del niño con necesidades educativas especiales.

Cascada de servicios sociales

- Clase ordinaria
- Clase ordinaria con ayudas y consulta
- Clase ordinaria con ayuda de recursos especiales
- Clase ordinaria con tiempo parcial en una escuela especial
- Clase especial en una escuela ordinaria
- Escuela especial diurna
- Escuela especial internado

Naturalmente esta nueva dimensión exige una total reconversión de las Instituciones. Por parte del centro ordinario debe dar paso a ser un centro de integración, lo cual supone una nueva filosofía y una compleja estructura organizativa, así como una amplia gama de profesionales, de adaptaciones curriculares y la participación de todos los alumnos con necesidades educativas especiales (Hegarty et al., 1988). Por su parte, los centros de educación especial se configurarían como un centro de recursos de apoyo a los profesionales, de formación de profesionales, además de su función educativa específica para los alumnos con necesidades educativas permanentes (Barrucco, 1985). En cualquiera de los casos la idea central supone una apertura, flexibilidad, diálogo y una gran disponibilidad para tratar de dar respuesta a la diversidad en cualquiera de sus modalidades. No se trata ya de hablar de dos centros independientes sino de un continuo, que no es otra cosa que una escuela integradora.

Es claro que no es una tarea fácil llevar a cabo con éxito la integración escolar, mientras no se obtengan una serie importante de condiciones, es decir:

- Formación y perfeccionamiento del profesorado
- Potenciación de la investigación
- Flexibilidad del sistema educativo e interacción con los servicios de apoyo
- Creación de centros de recursos
- Priorización de los servicios de atención temprana y educación infantil
- Incremento del número de centros de formación del profesorado.

De esta forma entendemos que no solo hay que educar a las personas especiales sino a aquellas que forman el ambiente; no deben existir situaciones frustrantes y sí contactos gratificantes, en un claro espíritu de solidaridad con aquella población más desfavorecida. Por ello es que García y Orcasitas (1987) consideran la integración escolar como un proceso de innovación en el cual se deben tomar diferentes tipos de decisiones, estas han de ser congruentes con una concepción mediada por los procesos de interacción, que debe tomar en cuenta tanto las perspectivas técnicas y científicas como las políticas, culturales y sociales, idea que también comparten Hegarty y Pocklington (1989).

En conclusión es una tarea difícil pero no imposible, que será factible llevar a la práctica cuando las personas que integramos el sistema social, educativo y político pongamos en el centro de la Planeación y Política educativa a las personas con necesidades educativas especiales.

RECONOCIMIENTO DEL CUADRO CLINICO DEL NIÑO CON THDA

Los niños que presentan este déficit, poco después de nacer, difiere de otros lactantes en lo referente a la regulación de sus niveles de excitación, control inhibitorio y manejo de la atención. Las primeras indicaciones de estas dificultades se reflejan en su respuesta a esfuerzos por programar su alimentación y sueño. Posteriormente en la edad anterior al jardín, el pequeño es más excitable e impulsivo que el promedio y tiende menos a reaccionar de manera previsible a las recompensas y otras formas de controlar su conducta. Dichas inclinaciones no suelen alarmar ni a sus padres ni a sus maestros, quienes saben por experiencias, que por su naturaleza los niños de esa edad son un poco indisciplinados e impredecibles, además como a este nivel la exigencia del autocontrol y de la atención todavía no son demasiadas, en ocasiones el niño con THDA puede pasar inadvertido.

Es el jardín de niños y el primer grado, donde casi siempre se impone a este tipo de niño mayores obstáculos. Debido a sus esporádicos e irregulares periodos de atención en la enseñanza de las reglas básicas para decodificar el lenguaje, el deletreo y la aritmética, dan lugar a que aprenda mal y rinda poco en el colegio. Pues no realiza o no termina las tareas escolares, o bien las efectúa desordenadamente y con muchos errores. Las instrucciones para realizarlas sentado u otros trabajos no son atendidas, se les entiende mal o se les pasa por alto. Y como no hay progreso en la escuela y por ello recibe retroalimentación negativa, el pequeño deja de esforzarse. De este modo en forma inmediata empieza a idear como hacer más interesante la frustrante y aburrida rutina académica (por lo que no se concentra en los conocimientos impartidos). Iniciando así un círculo vicioso.

Su manera de convertir su escuela en un lugar interesante y tolerable es convertirse en un bufón o en el latoso de la clase. O también puede ser exageradamente sociable, lo que en un principio resulta agradable para los otros niños, por su frescura y ocurrencia, pero por lo mismo lo llevarán al fracaso académico, que redundará en dificultades de ajuste social.

Los efectos acumulados del fracaso, castigo, rechazo e inadaptación comienzan a resentirse, y el pequeño de 12 o 13 años empieza a manifestar los efectos negativos de dichas experiencias. En la edad adulta con frecuencia disminuyen un poco los síntomas, cuando se encuentra una vocación que no requiere muchas habilidades y capacidades de las que se carece. Aunque por lo general es desalentador

el pronóstico para los niños con este déficit que no reciben tratamiento; lo más común es que con el tiempo necesiten tratamientos de salud mental, tengan problemas con la justicia o de índole marital, bien cambien de empleo constantemente.

Sin embargo cabe señalar que gracias a la investigación de los años recientes en el THDA, se perciben signos estimulantes en los investigadores y clínicos que combinan sus esfuerzos para identificar, comprender y tratar a el niño con esta alteración. Según se perfeccionen estas técnicas, se podrá detectar a más chicos que la padezcan y sanarlos al menos parcialmente. Los que han trabajado con este tipo de niño por varios años están convencidos de que no existen tratamientos eficaces a corto plazo, y por lo tanto se requiere de un paquete más complejo (multidisciplinario), para atacar uno o dos de los aspectos más sobresalientes de este trastorno de la niñez.

LA VALORACIÓN

En este aspecto, estudios recientes afirman que debemos evolucionar de un tratamiento conductual a otro cognoscitivo conductual. La diferencia que implica este cambio tal vez es más visible en los tipos de instrumentos y procedimientos de valoración que se han incorporado a los programas actuales de atención a este tipo de trastorno. La valoración cognoscitiva-conductual requiere de materiales que proporcionen información sensible y significativa, no solo acerca de la conducta del niño, sino también de las ideas y los sentimientos que anteceden y caracterizan este tipo de conducta. Los datos obtenidos servirán para:

- a) seleccionar niños aptos para el tratamiento
- b) identificar conductas objetivo para atacar en este ultimo
- c) vigilar y evaluar los efectos del mismo

La valoración concienzuda se dirige tanto a los niveles molecular como molar de la conducta y se guía por cierta apreciación de las cualidades y debilidades particulares del pequeño.

Tomando todos estos factores en consideración, así como la heterogeneidad de las dificultades que exhiben los niños con THDA (falta de atención, impulsividad, excitación mal controlada, bajo rendimiento, baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas etc.), no es raro, sino indispensable que se aborde desde un punto de vista metodológico multidisciplinario para su valoración.

LOS PADRES COMO FUENTE DE INFORMACIÓN

Whalen y Henker (1980) describen a los padres como “... un rico y frecuentemente subestimado manantial de datos acerca del desarrollo del niño atípico, así como de estrategias familiares de adaptación” (pág. 348). Asimismo opina que, si bien la información que proporcionan los padres con frecuencia es engañosa y errónea, pero lo mismo puede decirse de la mayoría de las fuentes, incluso las consideradas estandarizadas y altamente objetivas, tales como los cuestionarios para maestros, y hasta los dispositivos para el registro de procesos fisiológicos. Entre los factores que influyen para que los padres aporten datos erróneos se encuentran:

- A) poca educación y/o nivel de inteligencia
- B) escasa experiencia en el llenado de formatos de escalas y cuestionarios (Tests) de evaluación
- C) pocos o nulos conocimientos sobre la conducta apropiada de los niños en determinada edad
- D) falta de tiempo de los padres o minimización de la importancia de obtener información real y fidedigna para el tratamiento de sus hijos.

Una manera de evitar estos problemas es una entrevista personal con los padres.

ENTREVISTA CON LOS PADRES

Durante la primera entrevista con los padres debe aplicarse un formulario de preguntas relativas al niño, ocurridas durante su primera infancia y niñez (fig. 4.1) las cuales son derivadas de los estudios efectuados sobre los principales problemas sociales y académicos de este tipo de niño en la edad escolar, los cuales suelen tener como antecedentes signos mucho más tempranos de desarrollo atípico.. Entre estos primeros indicadores de tendencias de niños con THDA están: problemas para seguir un horario, sensibilidad al ruido, alto nivel de actividad general, y falta de empeño y concentración.

FIGURA 4.1. Formulario de entrevista con los padres para el programa enfocado al THDA

PARTE UNO

Autorización para grabar Imagen _____ Sonido _____
Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Domicilio _____ Telefono _____
Escuela _____ Grado que cursa _____ Maestro _____
Medico familiar _____

Ayuda profesional previa que ha recibido el niño

por su problema

Sí _____ No _____

Medicamentos administrados anteriormente

Sí _____ No _____

En relación con la alteración actual.

En caso positivo dar el nombre _____ Dosis _____

Cuánto tiempo se administró _____ Continuo o solo en verano _____

Medicación actual _____

Opinión de los padres acerca de los efectos de la medicación

Historia clínica breve del desarrollo en cuanto a su relación con las dificultades presentes:

¿Ocurrió alguna irregularidad en el embarazo o nacimiento?

¿Algún traumatismo, lesión en la cabeza, etc.?

Edad en que comenzaron los problemas y breve descripción de estos

¿Anomalías en el sueño o apetito? Describalas.

General

Describe como fue el pequeño durante la lactancia

Aspectos a explorar

Dificultades para seguir horarios

Sensibilidad al ruido

Reacción al cambio

Nivel de actividad

General

Describe su primera infancia

Aspectos a explorar

Persistencia

Concentración

Nivel de actividad

Estado de ánimo

Relaciones con los demás

La segunda parte de esta entrevista, consta de la lista de síntomas o características conductuales de niños con THDA. Esta está tomada del Manual Diagnóstico y estadístico-DSM II, adaptado por Pelma, Atkins, Murphy y White (1981) en forma de cuestionario para padres o maestros. Según la impresión que el clínico tenga del padre, puede leer estos reactivos o indicarle que reflexione y califique a su hijo en cada uno de ellos. Las normas para varones y niñas desde preescolar hasta quinto grado fueron también recabadas por Pelham (fig. 4.2)

FIGURA 4.2. Cuestionario SNAP y normas de puntuación total para el mismo

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Grado que cursa _____ Sexo _____
Datos aportados por: Madre _____ Padre _____ Maestro _____ Otro _____

OBSERVACIÓN

Nunca Un poco Bastante Demasiado

Hiperactividad

- 1.- Corre o se trepa por las cosas excesivamente
- 2.- Se le dificulta quedarse quieto
o juguetea demasiado
- 3.- Le es difícil permanecer sentado
- 4.- Inquietud motora durante el sueño (Padres)
Inquietud motora (maestro)
- 5.- Jamás se esta quieto o actúa como impulsado
por un motor

Falta de atención

- 1.- Con frecuencia deja inconclusas cosas que empieza
- 2.- A menudo parece no escuchar
- 3.- Se distrae con facilidad
- 4.- Le es difícil seguir una actividad o juego
- 5.- Se le dificulta concentrarse en trabajos escolares o
tareas que requieren atención sostenida

Impulsividad

- 1.- Suele actuar antes de pensar
- 2.- Cambia demasiado de una actividad a otra
- 3.- Tiene problemas para organizar su trabajo
(por deterioro cognoscitivo)
- 4.- Necesita mucha supervisión
- 5.- Acostumbra gritar en clase
- 6.- Le es difícil esperar su turno en juegos o
situaciones de grupo

Interacción con compañeros

- 1.- Pelea, golpea, da puñetazos etc.
- 2.- Es rechazado por otros niños
- 3.- Con frecuencia interrumpe las actividades
de otros chicos
- 4.- Actitud dominante; siempre les dice a otros
chicos que hacer
- 5.- Molesta o dice majaderías a otros compañeros
- 6.- Se niega a participar en actividades de grupo

Normas de puntuación para el cuestionario SNAP

Grado escolar	Niños		Niñas		N	
	Media	d.e.	Media	d.e.	Niños	Niñas
K-1	15.7	12.3	10.6	9.4	91	99
2-3	12.6	13.4	5.7	10.0	101	99
4-5	9.0	10.3	5.4	8.6	105	113

La tercera parte de la entrevista (fig. 4.3) es ligeramente modificado del Cuestionario de Situaciones en el Hogar (Home Situations Questionnaire, HSQ) elaborado por Barkley (1981). En el cuestionario original de este autor, los padres calificaban cada situación por medio de una escala de 9 puntos, donde 1 era leve y 9 grave. Esta se transformó en una escala de 3 opciones para reducir su complejidad y permitir una comparación más directa con el Cuestionario de Conners de Síntomas para Padres (Parent Symptom Questionnaire, PSQ). Al igual que con el cuestionario del DSM, el clínico puede leer en voz alta el HSQ o pedirles a los padres que lo lean con cuidado. Otra opción viable es aplicárselo a los padres en forma oral, de modo de poder conversar con ellos.

Además de obtener datos de los padres en la entrevista inicial, el entrevistador juzga también la disposición y capacidad de estos para participar en el tratamiento.

FIGURA 4.3 Cuestionario de Situaciones de Hogar (Home Situations Questionnaire, HSQ).

Nombre del niño _____

Nombre del responsable o su relación con él _____

¿Manifiesta el niño algún problema de conducta en algunas situaciones? Por favor encierre en un círculo sus respuesta.

	Sí/No		En caso positivo. ¿Qué tan graves son?		
	Sí	No	Un Poco	Bastante	Demasiado
- Al jugar solo	___	___	+	+	+
- Al jugar con otros pequeños	___	___	+	+	+
- En las comidas	___	___	+	+	+
- Al vestirse	___	___	+	+	+
- Al lavarse o bañarse	___	___	+	+	+
- Cuando ud. Habla por teléfono	___	___	+		

- Al ver televisión	— —	*	*	*
- Cuando hay visitas	— —	*	*	*
- Cuando va de visita a otra casa	— —	*	*	*
- Al encontrarse en tiendas, super- mercados, Iglesias, restaurantes y - otros lugares públicos.	— —	*	*	*
- Al pedirle que ayude en las labores domésticas	— —	*	*	*
- Al irse a la cama	— —	*	*	*
- En el automóvil	— —	*	*	*
- Al estar con la niñera	— —	*	*	*
- En la escuela	— —	*	*	*
- Al pedirle que realice la tarea	— —	*	*	*

CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE VALORACIÓN

La escala de valoración para padres más ampliamente utilizada y cuidadosamente investigada es el Cuestionario de Síntomas para padres (Parent Symptom Questionnaire, PSQ) creado por Keith Conners (1969). La versión de 48 reactivos del mismo, abarca 10 reactivos correspondientes a hiperactividad. Un estudio de análisis factorial que del cuestionario efectuaron Gollete, Conners y Ulrich (1978) generó los cinco factores siguientes: problemas de atención-aprendizaje, problemas de agresividad-conducta, problemas de impulsividad-hiperactividad, dificultades psicósomáticas y alteraciones por ansiedad.

FIGURA 4.4. Cuestionario de Síntomas para Padres (PSQ)

Nombre del niño _____ Fecha _____

Por favor conteste todas las preguntas.

Junto a cada uno de los siguientes reactivos,

El grado del problema mediante una marca (/) Nunca Un poco Bastante Demasiado

1.- Manipula cosas (uñas, dedos, ropa)

2.- Es impertinente con las personas mayores

3.- Tiene dificultades para hacer o conservar
amigos

4.- Es excitable, impulsivo

- 5.- Quiere dirigir todo
- 6.- Succiona o mastica (el pulgar, la ropa, la sábanas)
- 7.- Llora con facilidad a menudo
- 8.- Busca pleitos
- 9.- Sueña despierto
- 10.- Se le dificulta aprender
- 11.- Es inquieto; le gusta retorcerse
- 12.- Es temeroso (tiene miedo de nuevas situaciones, u otros lugares, de ir a la escuela)
- 13.- No se esta quieto siempre anda de un lado a otro
- 14.- Es destructivo
- 15.- Dice mentira o historias falsas
- 16.- Es tímido
- 17.- Se mete en más problemas que otros chicos de su edad
- 18.- Habla diferente a otros pequeños de su edad (como bebé, tartamudea, es difícil entenderlo)
- 19.- No acepta sus errores o responsabiliza a otros
- 20.- Es peleonero
- 21.- Hace berrinches y malas caras
- 22.- Hurta
- 23.- Desobedece u obedece de mala gana
- 24.- Se preocupa más que los otros niños
- 25.- deja cosas inconclusas
- 26.- es fácil herir su susceptibilidad
- 27.- Abusa de los demás
- 28.- Es incapaz de abandonar una actividad repetitiva
- 29.- es cruel
- 30.- es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar; no es independiente; requiere constantemente de que se le apoye)
- 31.- Se distrae o no puede concentrarse
- 32.- Tiene dolores de cabeza
- 33.- Cambia súbita y marcadamente de ánimo
- 34.- Le desagrada o se niega a seguir reglas u observar restricciones
- 35.- Pelea con frecuencia
- 36.- No se lleva bien con sus hermanos
- 37.-Se frustra con facilidad si fracasa
- 38.- Molesta a otros chicos
- 39.- En esencia es desdichado

- 40.- Padece alteraciones del apetito (come mal; ingiere demasiados bocadillos)
- 41.- Sufre de dolores de estómago
- 42.- Tiene trastornos del sueño (no puede dormir, se despierta muy temprano, se levanta en la noche)
- 43.- Experimenta otros dolores y malestares
- 44.- Vomita o siente náuseas
- 45.- En el círculo familiar siente que todos – abusan de él
- 46.- Alardea y es presuntuoso
- 47.- Permiten que abusen de él
- 48.- Sufre de problemas intestinales (diarreas frecuentes, hábitos irregulares, estreñimiento)

El PSQ, indica que, pese a ciertas limitaciones, es útil como medición inicial de detección. La medición de corte, recomendada generalmente es de 1.5 , aunque tiende a dar lugar a que se seleccione a un número mayor de niños para su tratamiento, que lo que predecirían la mayoría de las estimaciones del THDA (Kendall y Braswell,1985). Debido a que entre estos niños se incluyen a aquellos que encajarían mejor en las descripciones de Síndrome Agresivo Infantil, o trastorno conductual. Una puntuación de dos o mas puntuaciones estándar por encima de la media para el grupo de edad del chico, quizás suministre un criterio más realista de detección. Algo importante de mencionar es que los pequeños con THDA que alcanzan una puntuación más alta en escala de ansiedad del PSQ (reactivos 12, 16 ,24 y 47) han demostrado responder menos bien a la medicación estimulante, que los que obtienen una puntuación baja (Barkley, 1981). Este hallazgo sugiere que los niños con THDA que sufren de ansiedad podrían constituir un subgrupo.

ESCALA DE VALORACIÓN PARA EL MAESTRO (TEACHER RATING SCALE, TRS)

La TRS , (figura 4.6) es una escala de 39 reactivos elaborada por C: Keith Connors (1969), semejante en formato al PSQ. Y es la escala de valoración para el profesor más utilizada y mejor investigada de que se dispone. Al igual que con el PSQ, esta escala tiende a incluir niños que son disruptivos y desobedientes. Pero es posible manejar esta limitación de la escala, si se considera a la TRS como un dispositivo inicial de detección, cuya puntuación de 1.5 o más alta en la escala de la hiperactividad.

FIGURA 4.6. Escala de Valoración para el Maestro (Teacher Rating Scale, TRS)

Fecha _____ Nombre del niño _____

CUESTIONARIO PARA EL MAESTRO

A continuación aparecen términos descriptivos de conducta. Marque con una cruz la columna que mejor defina al niño. CONTESTE TODOS LOS REACTIVOS.

Nivel de actividad

OBSERVACIÓN

Nunca Un poco Bastante Demasiado

Conducta en el aula

- 1.- Juguetea constantemente
- 2.- Tararea y emite otros sonidos raros
- 3.- Sus exigencias deben satisfacerse de inmediato; se frustra con facilidad
- 4.- Su coordinación es deficiente
- 5.- Es inquieto o activo en exceso
- 6.- Es excitable e impulsivo
- 7.- No pone atención, se distrae con facilidad
- 8.- Deja inconclusas las cosas que comienza; no enfoca su atención por periodos prolongados
- 9.- Excesivamente sensible
- 10.- Es demasiado serio o triste
- 11.- Suele soñar despierto
- 12.- Es malhumorado o resentido
- 13.- Lloro con frecuencia y fácilmente
- 14.- Molesta a otros niños
- 15.- Es peleonero
- 16.- Cambia rápida y drásticamente de humor
- 17.- Se quiere pasar de listo
- 18.- Es destructivo
- 19.- Acostumbra hurtar
- 20.- Miente con frecuencia
- 21.- Tiene excesos de cólera; su conducta es explosiva e impredecible

Participación en el grupo

- 22.- Se aísla de otros niños
- 23.- Es rechazado por el grupo
- 24.- Se deja llevar con facilidad
- 25.- No tiene sentido de lo que es jugar con equidad

- 26.- Carece de liderazgo
- 27.- No se lleva bien con el sexo contrario
- 28.- No se lleva bien con el mismo sexo
- 29.- Provoca a otros chicos o interfiere en sus actividades

Actitud hacia la autoridad

- 30.- Es sumiso
- 31.- Es retador
- 32.- Es insolente
- 33.- Es tímido
- 34.- Es temeroso
- 35.- Exige demasiada atención del maestro
- 36.- Es obstinado
- 37.- Se afana mucho por complacer
- 38.- Es poco cooperativo
- 39.- Falta mucho a clases

ENTREVISTA CON EL NIÑO

Como en la entrevista con los padres, la que se realiza con el chico fue diseñada con base en la naturaleza única de los pequeños con THDA, y consta de cuatro partes.

Parte 1: *La percepción que tiene el niño del problema*

Meta: Obtener información y formular hipótesis acerca de la propia percepción que tiene el niño de su propio problema.

Base teórica. El tratamiento cognoscitivo conductual requiere la participación plena del niño. No responden bien los chicos que tienen una actitud negativa con respecto al tratamiento, están confundidos o mal informados, o son pasivos. Esto no significa que solo se aceptará a los que están concientes de su problema y están deseosos de cooperar. Sin embargo, es esencial que el clínico sepa cómo percibe el pequeño el problema y las razones de que se le haya enviado a tratamiento. Así, se puede anticipar la medida en que estas percepciones facilitaran o interferirán con las metas del tratamiento.

Preguntas generales de la entrevista

- 1.- ¿Cómo te va en la escuela? (explorar) ¿Tuviste esta semana alguna dificultad en particular?
- 2.- ¿Qué tal te sientes en casa? (Explorar) ¿Tuviste algún problema en especial?
- 3.- ¿Piensan tus padres que necesitas ayuda? (explorar) ¿Por qué piensan eso?
¿Cuál piensan ellos que es el problema?
- 4.- ¿Piensa tu maestro que necesitas ayuda? (explorar) ¿Por qué? ¿Cuál cree él, que es el problema principal?
- 5.- ¿Qué piensas tú? (explorar) ¿Tienes algunos problemas en los que podríamos ayudarte?

Preguntas específicas de intervención. Las preguntas de la figura 4.9 son las de la entrevista con los padres, formuladas de otra manera. Aunque la percepción del niño puede discrepar mucho de la de los padres, es útil determinarla. El clínico lee la lista de preguntas y el niño elige una de cuatro tarjetas con los siguientes tamaños y leyendas:

Nunca Un poco Bastante Demasiado

El clínico dice: “Algunos de los chicos con los que trabajamos tienen problemas de los que me gustaría hablarte, y después me indicarás en que medida experimentas tú estos u otros similares”

Fig. 4.9 Preguntas de entrevista con el niño adaptadas a partir de los criterios de diagnósticos del DSM III para el THDA

- 1.- ¿Con frecuencia tienes dificultades para terminar un trabajo?
- 2.- ¿A menudo te dicen tu madre y tu maestro que no estás escuchando?
- 3.- Te molesta que haya ruido o gente a tu alrededor cuando tratas de hacer tu tarea?
- 4.- Aún si hay silencio, ¿Te cuesta trabajo concentrarte en lo que estás haciendo?
- 5.- ¿Se te hace difícil jugar con una sola cosa durante un periodo largo?
- 6.- ¿Haces las cosas sin pensar detenidamente, y la gente dice que por qué no usaste la cabeza?
- 7.- ¿Te gusta trabajar o jugar en varias cosas a la vez, e ir de una a otra, en lugar de terminar primero una?
- 8.- ¿Tienes dificultades para prepararte y organizarte?
- 9.- ¿Tú madre y tu maestro deben vigilarte y ayudarte más que a otros niños?
- 10.- ¿Hablas o gritas en clase olvidándote de levantar la mano para pedir permiso?
- 11.- ¿Te cuesta trabajo esperar tu turno en el grupo o al participar en algún juego?
- 12.- En tu banca de escuela: ¿te es difícil quedarte sentado, por lo que te retuerces y juegas con tus dedos y cosas?
- 13.- ¿Corres y te trepas por las cosas?
- 14.- ¿Se te olvida que debes permanecer sentado y hay que recordártelo?
- 15.- ¿Piensas que te mueves mucho al dormir?
- 16.- ¿Tienes más energía que otros niños y piensas que puedes hacer muchas cosas sin parar?

Parte II: Estilo atributivo

Meta: Obtener información y formular *Hipótesis* sobre el estilo atributivo del pequeño

Base teórica: Como ya se ha explicado los niños con THDA tienen dificultades en tareas que requieren en particular mucho esfuerzo sostenido y estratégico.

Aún cuando los niños normales se resisten cuando se les pide que se concentren en alguna tarea que no han escogido ellos mismos, el empleo del incentivo o reforzamiento ayuda a que se esfuercen más y fijen su atención en ella.

Sin embargo, los chicos con THDA responden en formas atípicas y con frecuencia impredecibles a las contingencias de reforzamiento (Douglas, 1984; Kinsbourne, 1984; Wender, 1973). Por ejemplo si se les elogia por participar duro, estos pequeños quizás dejen de hacerlo para hablar con la persona que los alabó, en lugar de continuar el trabajo o esforzarse más, que era el propósito que se perseguía. Si bien se piensa que las respuestas atípicas de estos niños al reforzamiento se relacionan con mecanismos fisiológicos, también intervienen variables psicológicas. Entre ellas están las que se refieren al locus de control del niño. El concepto de locus de control (LC) proviene de la observación de Rotter (1966) de que, en el caso de los seres humanos, los reforzamientos no repercuten en la forma que describe Thorndike. Los efectos del reforzamiento dependen de cómo perciba un individuo la relación entre la conducta y la ocurrencia de un suceso reforzante. Las personas que creen que el destino, la suerte y la casualidad rigen su vida, (locus de control externo) suelen esforzarse menos que aquellos que creen que sus propias acciones (locus de control interno) son el principal mecanismo para obtener reforzamiento.

Parte III: Conciencia de variables de atención

Meta: Obtener información acerca de la medida en que el niño se percata de la naturaleza general de el acto de poner atención y de las clases de estrategias que podría emplear para incrementarla o enfocarla.

Base teórica. Patricia Miller y Linda Bigi (1979) elaboraron una entrevista estructurada, diseñada para valorar como comprende el niño el concepto de poner atención. Su trabajo se basó en otro anterior en el área de la metacognición, que analizaba en que forma los chicos percibían y eran capaces de regular ideas y estrategias relacionadas con solución de problemas y memoria (Flavell y Wellman, 1977; Kreutzer, Leonard y Flavell, 1975). Las preguntas de entrevista (Fig. 4.12 y 4.13) formuladas por Miller y Bigi se dividen en dos partes. Durante la primera parte de la entrevista, el clínico formula preguntas abiertas. Con ello el clínico pretende buscar en los niños con THDA:

- a) en que medida se percatan de que son capaces de poseer una especie de sistema de procesamiento de información
- b) el grado en que parecen saber que poner atención implica esfuerzo
- c) las variables que podrían sugerir que están vinculadas con poner atención, tales como: edad, motivación etc.

La segunda parte de la entrevista es más estructurada y su propósito es valorar que tan concientes están los niños de la importancia de variables situacionales, como son el ruido y la presencia de otros, con respecto a poner atención. Una área fundamental para explorar se refiere a la estrategia de los chicos y su conocimiento de las mismas para manejar fuentes tanto internas (baja motivación) como externas (es decir materiales confusos) de interferencia.

Miller y Bigi mencionan una fuerte tendencia de desarrollo, donde con la edad aumenta la conciencia de poner atención. Esta conciencia es bastante independiente de la fluidez verbal o las habilidades de expresión, en lo referente a la naturaleza y regulación de la atención.

Parte IV: Opinión del niño en cuanto a la medicación

La cuarta y última entrevista con el niño se administra solo a pequeños que son tratados con medicación estimulante. Estas preguntas tratadas en la figura 4.14, tienen la finalidad de que el clínico comprenda mejor como percibe el niño el propósito y los efectos de dichos fármacos.

Meta: Explorar los conocimientos del chico acerca de la medicación, así como actitudes y sentimientos hacia la misma.

Base teórica. Se han expresado preocupaciones particulares en torno a los mensajes psicoeducativos y psicosociales que se transmiten cuando se administran medicamentos a un pequeño y se afirma que estos mejoran sus habilidades de autocontrol y autorregulación.

Whalen y Henker (1980) ofrecen varios extractos de entrevistas con niños para ejemplificar las posibles expectativas negativas que puede desarrollar un niño en relación con su habilidad de controlar su propia conducta sin medicación, una vez que ha comenzado a recibir esta y se le han descrito sus efectos. Para complicar aún más esto, el chico a menudo es objeto de reacciones divergentes y confusas por parte de padres, maestros hermanos y compañeros, quienes comprenden y esperan cosas distintas del pequeño que recibe la medicación.

Después de la entrevista en cuatro partes, el niño debe realizar una serie de tareas que permiten al clínico observarlo e interactuar con él, en situaciones y actividades que requieren atención continua,

esfuerzo y habilidades deliberadas de solución de problemas. Se comenzará con un dispositivo general para medir la inteligencia, la Escala de Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-R) (WECHSLER, 1974). Cabe señalar que las subpruebas de WISC-R que resultan más difíciles para los chicos con THDA, son: símbolos con dígitos, aritmética y retención de dígitos. Estas tres pruebas en combinación se conocen como la tríada de la atención. Aunque Kaufman (1979) consideraba estas subpruebas como mediciones de la capacidad de no distraerse, también se puede afirmar que se relacionan con la capacidad de atención y con la habilidad para fijar y sostener esta última.

FIGURA 4.14 Preguntas de entrevista con el niño relacionadas con sus conocimientos, sentimientos y atribuciones causales con respecto a recibir medicación estimulante.

GENERALES

Tu madre dice que tomas (o tomabas) cierta medicina para ayudarte con tu problema.

1.- ¿Qué tipo de pastillas son? _____

2.- ¿Para qué sirven? _____

3.- ¿Qué efectos tienen? _____

ESPECIFICAS

1.- ¿Qué sucedería si dejaras de tomar tus pastillas?

2.- Supón que un amigo te dice que va a empezar a tomar la misma medicina que tú, y quiere saber como se sentirá. ¿Qué le dirías?

3.- ¿Se dan cuenta los demás cuando no tomas tu medicina?

4.- ¿Piensas que podrías hacer creer a tu madre o maestro que has tomado tus pastillas cuando no ha sido así? ____ (en caso positivo) ¿Cómo lo conseguirías? (en caso negativo) ¿Cómo lo conseguirías?

5.- ¿Crees que si ambos nos esforzamos por resolver tus problemas, podemos enseñarte a salir adelante sin sus pastillas? _____

PRUEBAS DE RENDIMIENTO

Las puntuaciones de las pruebas de rendimiento, al igual que las pruebas de inteligencia, no suelen reflejar mejoría como consecuencia de algún problema de intervención a corto plazo, y, rara vez, se incluyen en los estudios de resultados las mediciones de rendimiento. Empero, como las pruebas de rendimiento son una meta esencial de la intervención a largo plazo, parece muy conveniente realizar al menos una de estas mediciones en la batería de evaluación. La *Prueba de Rendimiento de Amplio Rango* (Wide Range Achievement Test, WRAT) (Jastak y Jastak, 1978) ayuda a obtener una medición rápida de tres áreas distintas de habilidad: *lectura* (reconocimiento de palabras), *deletreo* y *aritmética*. La prueba de *Peabody de rendimiento individual* Peabody Individual Achievement Test, PIAT) (Dunn y Markwardt, 1970) requiere tiempo para aplicarse (30 o 40 minutos), pero evalúa *comprensión de lectura* e información general aparte de *lectura, deletreo y aritmética*.

Si bien las pruebas WRAT como PIAT proporcionan información indispensable acerca del nivel de rendimiento de los niños con THDA, no constituyen una buena base para un análisis de tareas enfocado en determinar las razones específicas del mal desempeño del niño en estas áreas específicas por separado. Pruebas especializadas como la de *Gray de lectura oral*, o la medición de *Durrell de comprensión de lectura*, suministran datos más detallados y útiles para el entrevistador o terapeuta que desee efectuar dicho análisis y dirigir el tratamiento a áreas problema específicas.

PRUEBA DE APAREAMIENTO DE FIGURAS SEMEJANTES (MATCHING FAMILIAR FIGURES TEST, MFF)

La Psicología del desarrollo, durante los últimos 20 años, se ha ocupado grandemente de una dimensión llamada *tempo conceptual* (Kagan, 1966). Los extremos de la misma se denominan reflexividad, uno de los polos, e impulsividad el otro. En investigación y programas de tratamiento para THDA, la MFF es la principal, y a menudo la única medición de impulsividad-reflexividad empleada. La MFF es una prueba de apareamiento en que hay que buscar lo más parecido al modelo, donde el sujeto intenta encontrar entre seis opciones semejantes, la ilustración o dibujo que más se acerca al que está en la parte superior de la página (Fig. 4.17). Las opciones son suficientemente similares como para requerir una búsqueda y comparación cuidadosa de las diferentes posibilidades. El examinador registra

Falta página

N° 128

EMPEZAR EL TRATAMIENTO CON JUEGOS INTERESANTES Y NO CON TAREAS ACADEMICAS

Con frecuencia se sugiere *el empleo de juegos o actividades artísticas como un medio de establecer rapport con los chicos que están en evaluación o en tratamiento*. Sin embargo es importante destacar que estas actividades en su conjunto tienen una finalidad o propósito muy distinto en un entrenamiento cognoscitivo. Los juegos son lo más adecuado en la intervención y tratamiento pedagógico con los niños que padecen THDA, ya que estos en su gran mayoría presentan historias constantes de fracaso en tareas académicas como son codificación de palabras, deletreo y aritmética. Por ello la selección de juegos y tareas interesantes cuando se desea un progreso y se requieren estrategias cognoscitivas, le ofrece al terapeuta una nueva oportunidad de modelar y enseñar el razonamiento estratégico, antes de pasar a tareas donde el niño ha luchado y perdido numerosas batallas.

Es importante también hacer notar a los padres que dichos juegos forman parte de la terapia, aún cuando aparentemente no tenga sentido para ellos. Con el propósito de evitar reclamos e incluso la suspensión de la terapia por parte de los padres.

EVITAR LAS AUTOINSTRUCCIONES MECANICAS CUYO SIGNIFICADO SE DESCONOCE

Es extremadamente importante que a los niños en cuestión nunca se les den instrucciones mecánicas y monótonas. Si en verdad se espera que estos niños incorporen gradualmente las instrucciones en un dialogo habitual y provechoso, el tono de sus enunciados debe ser veraz . Como terapeuta hay que preguntarse ¿sí este pequeño pensará en forma reflexiva en este tipo de problema que palabra usaría?.

Sí el terapeuta se empeña en utilizar un tono monótono, comete un error , más bien debe modelar un tono animado y convincente ,que alterne con el tono menos convincente del niño.

COSTO DE RESPUESTAS

Mecheimbaum (1977) aconseja completar el tratamiento con un procedimiento operativo, tal como el costo de respuestas. La eficacia de éste como técnica de modificación de conducta, ha sido bien comprobada (Kendally Finch, 1976,1978). En su forma más simple , el costo de respuestas consiste en entregarle al pequeño determinada cantidad de fichas al comienzo de cada sesión del tratamiento. Se

dice que si acata las reglas de la sesión (por ejemplo no levantar la vista mientras trabaja, permanecer en su asiento y no hablar) no perderá ninguna ficha. Pero si viola alguna de las normas, se le quitará alguna de las fichas. Al terminar cada sesión, el niño puede canjear las fichas que le quedan por pequeños premios, o ahorrarlas para cambiarlas después por otros más grandes. Estos premios debe elegirlos de un menú de recompensas que él mismo puede ayudar a preparar.

Utilizado de esta sencilla manera, el costo de respuestas funciona como una manera de control conductual. La experiencia ha demostrado que se obtiene un resultado inusitado y casi inmediato. En grupos pequeños de cuatro o cinco niños, los efectos son más pronunciados, que si se aplica en una sesión de uno en uno. Si la meta del tratamiento fuera crear un ambiente ordenado de aprendizaje, donde los chicos impulsivos y poco atentos, se tornaran reflexivos y atentos, bastaría el costo de repuestas para alcanzar gran parte de ese objetivo. Pero cabe aclarar que se trata de crear un autocontrol más que un control ambiental, y para ello hay que adaptar dicho procedimiento.

En un primer momento se podría pensar que el sistema solo se basa en premio-castigo; pero la diferencia estriba en como se maneje y explique al niño. que lo más importante es que cada ficha que obtenga representa un avance por el esfuerzo realizado en y durante el tratamiento. De acuerdo a esto el entrenamiento cognoscitivo tiene una función de retroalimentación más que de sanción.

Con base en el expediente de valoración el terapeuta explica cuales son las conductas y objetivos que se desean, en los cuales debe enfocarse el niño. Así como que el primer paso para cambiar una conducta, es estar conciente de que existe un problema con ella. Padawer, Zupan y Kendall (1980) han descrito con detalle el uso de dos tipos de retroalimentación que se proporciona al retirar fichas. El primero es lograr información concreta donde el terapeuta simplemente identifica y etiqueta las conductas. Por ejemplo: " Carlos, hablaste cuando no te correspondía" ,o " Paty, dejaste de trabajar y empezaste a jugar con tu zapato". Esto se dice de un modo calmado y directo, a sabiendas de que a menudo se necesita tiempo para modificar conductas que se han arraigado.

El segundo tipo de retroalimentación es el conceptual. Con él, el terapeuta de aclarar al niño el significado de las conductas que dieron lugar a que se le enviara a tratamiento. Por ejemplo en lugar de mencionar " Rafael, te quito una ficha por que respondiste lo primero que se te ocurrió " el terapeuta dirá " Rafael de nuevo te muestras impulsivo". O en lugar de decir, "Tienes la vista perdida en el espacio", se expresaría: "No estas atento". En el curso del tratamiento se reduce el etiquetado concreto de conductas y pasa a la retroalimentación conceptual. Esto es importante, por que las investigaciones

señalan que, que si bien la retroalimentación etiquetada concreta suministra al niño información clara , el empleo de la retroalimentación conceptual facilita la trasferencia del aprendizaje a situaciones reales.

Después de el cambio señalado, se puede cambiar el enfoque de los problemas de conducta que dieron lugar al tratamiento, tales como *falta de atención e impulsividad* , a conductas más positivas, como son el uso de *afirmaciones claras de si mismo, significados activos, o la ejecución real de autoinstrucciones*. El terapeuta puede decir: “ Pedro te voy a retirar una ficha, para recordarte que digas lo que estas pensando al resolver este problema”. Si te parece demasiado difícil o aburrido, o te has quedado atorado debes decirlo en voz alta. Así podré ayudarte a salir del problema.

En resumen , el procedimiento de costo de respuestas puede ser una manera de conseguir que el chico se tranquilice al inicio del tratamiento, y posteriormente puede ser un medio para adecuado para lograr que participe mas en el entrenamiento de autoinstrucciones verbales (AIV). De nuevo el terapeuta debe tener en cuenta la meta a largo plazo del tratamiento, que es **acrecentar el autocontrol** , mas bien que alentar a otras personas a que ejercen más control sobre el niño. Por ella debe pensarse en eliminar las recompensas tangibles y sustituirlas por otras mas naturales, por ejemplo *jugar* después de cada sesión, *tomar un refresco, u otorgar tiempo libre para charlar de los que desee el niño*. De esta misma formar se procurará trasladar a la escuela y al hogar dichas recompensas llamadas naturales.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE SOLUCION DE PROBLEMAS INTERPERSONALES Y SOCIALES

El DSM III no menciona los problemas interpersonales ni las deficiencias en habilidades sociales como áreas problemáticas importantes en un niño con THDA. Sin embargo, puesto que estos problemas son omnipresentes entre estos chicos, como consecuencia de su falta de atención, hiperactividad e impulsividad, son las razones por las que se les manda al especialista, y está justificado que se les examine como área sintomática clave. Si bien padres y maestros se sienten frustrados y confundidos por la ineptitud social de estos pequeños, muy frecuentemente se señala el hecho de que este tipo de niño "no es un niño malo". Citan incidentes donde las exageraciones de este último generaron un resultado no anticipado y desafortunado. Esta exageración es solo una de las tendencias negativas sociales de chicos de jardín y preescolar con este problema.

Pero a medida que aumenta la edad, se desarrollan ciertas características conductuales que complican todavía más su ajuste interpersonal y social. Entre ellas tenemos:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| * Obstinación | * Abuso de otros |
| * Negativismo | * Baja tolerancia a la frustración |
| * Testarudez | * Explosiones de ira |
| * Carácter dominante | * Baja autoestima |
| * Labilidad emocional aumentada | * Falta de disciplina |

Es por ello que al elaborar un plan de tratamiento, el terapeuta debe de considerar formas de medir y tratar estas características secundarias, además de procedimientos de tratamiento enfocados a la deficiencia primaria de atención.

ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE SOLUCION COGNITIVA DE PROBLEMAS INTERPERSONALES

Los primeros intentos por transformar los procesos cognitivos que regulan las habilidades sociales de niños con THDA, se basaron en las obras de Kanfer (1970, 1971), Kanfer y Karoly (1972), Spivack y Shure (1974). Según Kanfer y Karoly, las tres áreas de habilidad cognitiva requeridas para un buen autocontrol son: *Autovigilancia, autoevaluación y autorrecompensa*. Casi simultáneamente Spivack y

autocontrol son: *Autovigilancia, autoevaluación y autorrecompensa*. Casi simultáneamente Spivack y Shure describieron las habilidades en la solución cognitiva de problemas interpersonales en cinco capacidades distintas: *sensibilidad a problemas, razonamiento alternativo, pensamiento por medios y fines, razonamiento de consecuencias, y pensamiento causal*. Estas habilidades SCPI se resumen de la siguiente manera:

Área de habilidades no.1

En el curso de los intercambios sociales cotidianos, un chico debe percatarse de que pueden surgir problemas, y ser capaz de reconocerlos cuando ello suceda. Esta área se denomina *sensibilidad a problemas*.

Área de habilidades no.2

La capacidad de generar diferentes soluciones u opciones al enfrentar un problema se llama *razonamiento alternativo*. Éste implica la habilidad de idear una serie de posibles soluciones para resolver problemas sociales o interpersonales. Las mismas deben ser variables.

Área de habilidades no.3

El pensamiento por medios y fines, es la habilidad para concebir una estrategia o el procedimiento por pasos que se requiere para obtener la solución a un problema interpersonal. (Esto incluye reconocer obstáculos potenciales que encuentre el individuo). La estrategia generada debe abarcar una apreciación realista del tiempo. Por ejemplo esperar hasta ser más grande y fuerte no es una solución realista al problema inmediato de enfrentarse a un niño que abusa de los demás.

Área de habilidades no.4

La tendencia a anticiparse a las consecuencias probables de las acciones sociales en cuestión, con respecto a sí mismo y a otros, se denomina *razonamiento de consecuencias*. Como los niños impulsivos no meditan ni prevén adecuadamente los efectos de sus actos, su ajuste social es muy deficiente.

Área de habilidades no.5

El pensamiento causal se refiere a la habilidad del individuo para percibir motivaciones personales y sociales. Esta capacidad refleja cierta conciencia de que la conducta de la gente es en cierto modo

ordenada y predecible, y de que los sucesos interpersonales están vinculados a eventos pasados. Percatarse de esto permite a las personas entender mejor el significado del presente.

Shure y Spivak desarrollaron también un sistema para ayudar a los niños a que aprendan a pensar en los problemas sociales. Se denomina Dialogo, y se refiere a una conversación interactiva entre el adulto y el niño, durante la cual se enseña al niño las cinco áreas de habilidades antes expuestas. Los cinco principios básicos del dialogo son:

- 1.- Tanto el niño como el adulto deben conocer el problema.*
- 2.- La solución que da el niño no siempre debe considerarse como el problema original. Por ejemplo si golpea a un compañero que lo ha molestado, la agresión es la solución por el momento, pero no es el problema inicial.*
- 3.- El problema debe mantenerse desde la perspectiva del niño y no modificarse para que se ajuste a la de el adulto.*
- 4.- El niño, no el adulto es quien debe esforzarse y tratar de resolver el problema.*
- 5.- Debe analizarse ante todo como piensa el pequeño, no la conclusión específica que obtiene.*

HABILIDAD DE COMPRENSIÓN SOCIAL

En conjunto, estas cinco áreas de habilidades integran la de *comprensión social*. Los chicos con deficiencias en las mismas, muchas de las veces tienen problemas sociales e interpersonales.

Las evidencias de la relación entre habilidades SCPI y el ajuste social, iniciadas por Spivack, Shure y sus colaboradores, han sido examinadas a través de varios estudios donde se trató de enseñar a los pequeños habilidades de solución de problemas sociales (Urbain y Kendall, 1980, y de Pellegrini y Urbain, 1985). Aunque el contenido y los métodos de entrenamiento muestran cierta variación, la suposición básica acerca de estos programas de entrenamiento, es que los procesos cognoscitivos inadaptables desempeñan una función decisiva en la aparición de trastornos psicosociales. Un instrumento para medir estos procesos cognoscitivos es la Prueba de Solución de Problemas por Medios y Fines.

DIFERENCIAS INDIVIDUALES ENTRE NIÑOS CON THDA

Entre las diferencias que pueden influir en la respuesta del niño al tratamiento se encuentran la edad, la inteligencia, la habilidad para el lenguaje expresivo y estilo atributivo.

Muchos pequeños con THDA están poco concientes de que tienen problemas sociales. Otros tal vez se percaten en alguna medida de esto, pero son incapaces de expresar en que consisten sus problemas. Los niños cuyo locus de control es externo, piensan que el destino, la suerte o la casualidad determinan su éxito o fracaso en las situaciones sociales cotidianas., y no reflexionan mucho acerca de la naturaleza de estas dificultades y con frecuencia no están muy motivados a aceptar la responsabilidad de las mismas. “Es mi hermano el que empieza”, “Otros niños siempre me molestan” etc. Son respuestas representativas de las reacciones que se obtienen al tratar de describir determinado problema. El hecho es que es mucho mejor invertir tiempo en sondear algún problema de que se responsabilice al pequeño, a agobiarlo con una multitud de ellos.

RECOMENDACIONES PARA PROFESORES CON NIÑOS CON THDA

El manejo adecuado de este tipo de casos por los padres, la maestra y la escuela, contribuyen enormemente a la mejoría y ayuda al niño en su proceso de crecimiento y maduración. He aquí algunas recomendaciones prácticas y de sencilla implementación por el maestro en el aula:

Destrezas académicas:

- 1.- Si las capacidades de lectura del niño son débiles permítale que hojee y reconozca el material detenidamente antes de leerlo. Trate de acortar la extensión del material en las páginas que debe leer, y evite someterlo al estrés que significa la lectura en público a menos que ya sepa leer con fluidez.
- 2.- Si su capacidad de comunicación oral es débil, sea tolerante con sus limitaciones y con las respuestas que da en clases. Estimule su capacidad de comunicación permitiéndole que relate experiencias que le sean fáciles de comunicar. Escoja temas que sepa de antemano que el niño domina, para que el esfuerzo sea menor y se sienta estimulado a comunicarse en público.
- 3.- Si su lenguaje escrito es débil acepte tareas escritas a máquina o con computadora y en los casos que sea posible permítale expresarse oralmente a con esquemas. Cuando se trate de exámenes elija los de opción múltiple, de redacción simple y breve o explíquelo oralmente lo que el examen le pide contestar.
- 4.- En caso de problemas con la habilidad matemática, permítale el uso de calculadora, y/o papel cuadriculado para que pueda espaciar correctamente los números. Si es necesario ofrézcale el tiempo que necesite para los cálculos matemáticos. Y no deje de explicarle y repetirle las instrucciones las veces que sean necesarias.

Organización y planificación del trabajo

Es bastante frecuente en estos niños la tendencia a ser desorganizados, a no saber presentar sus trabajos con orden o a tener problemas en la planificación de sus tareas. Algunas recomendaciones para mejorar estas áreas son:

- 1.- Siempre convoque a los padres para que ayuden en casa a estimular la organización y planificación en el niño, con el desarrollo de hábitos de responsabilidad.
- 2.- Provea reglas claras que permitan organizar su trabajo.

- 3.- Estimule al niño para que tenga cuadernos de tareas con divisiones y carpetas donde pueda organizar su trabajo.
- 4.- Provea al niño con un cuaderno especial donde pueda anotar las instrucciones de las tareas y cualquier explicación necesaria para lograrla.
- 5.- Dígale a los padres que supervisen de cerca la realización de las tareas en casa.
- 6.- Envié informes cortos semanales a los padres del progreso del niño en sus tareas para que los padres puedan supervisar lo que está ocurriendo y no dude en enviarles sugerencias específicas si se requieren.
- 7.- Haga un chequeo regular del pupitre y de los cuadernos tratando de estimular los progresos y detectando las fallas, pero sin hacer énfasis en ellas.
- 8.- Si existen que usualmente se quedan en el colegio y el niño necesita realizar una tarea relacionada con ese libro, permítale que se lleve el libro a casa.
- 9.- Si es bien sabido que el niño padece dificultades en su coordinación visomotora, no le penalice déficit en la presentación, más bien haga énfasis en la evaluación del contenido.
- 10.- Ayude al niño (de ser posible en combinación con los padres) a fijarse objetivos a corto plazo relacionados con planeación y orden.
- 11.- Estimule al niño para que aprenda a escribir a máquina o en computadora y a utilizar apoyos como grabados, dibujos y láminas.

Conducta

Los problemas de conducta en este tipo de niños son frecuentes, y a veces el centro de atención de la maestra, porque pueden cuestionar su autoridad o perturbar la tranquilidad del aula durante la clase.

Recomendaciones:

- 1.- Identifique las circunstancias en las que repetidamente se dan los problemas de conducta del niño, para poder establecer la causa desencadenante a fin de eliminarlo en la medida de lo posible. Por ejemplo si el niño se sienta al lado de un compañero que lo inquieta, cámbielo de lugar, o si ciertos estímulos del ambiente (luz, sonido, etc.) lo distraen o perturban trate de controlarlos.
- 2.- Una vez identificados los problemas de conducta repetidos trate de hacer un acuerdo con el niño para superarlos, con estímulos positivos y/o beneficios específicos. En esta tarea puede incluir a los padres, para que colaboren con estímulos en casa por la buena conducta.

3.- Instrúyalo para que el mismo pueda llevar una relación de cambio de conducta. Es decir para que el niño sea capaz de informarle si las conductas siguen igual o han experimentado cambios (positivos o negativos).

4.- Trate de hacer caso omiso de alteraciones de conducta insignificantes.

5.- Tenga especial cuidado en la conducta del niño en periodos de transición importantes (cambios de casa, época de exámenes, vacaciones, cambios en la escuela, etc.). Pues en dichos momentos los problemas pueden aumentar y requieren de mayor dedicación.

6.- Recuerde que las reprimendas relacionadas con la mala conducta sean prudentes y no explosivas, pues este tipo de niño tiende a sacarnos de nuestras casillas. Cuando se le presente una situación en que usted se sienta muy molesta, espere a calmarse para llamarle la atención o decidir algún tipo de sanción.

Socialización

Este es un aspecto muy importante en los niños impulsivos e hiperactivos, pues su mismo problema les impide una sociabilización adecuada. Es importante señalar que este tipo de niños tiende a reunirse o hacer grupo con niños con su mismo problema, para no sentirse distintos, lo que resulta un gran riesgo de aumentar los problemas de comportamiento. Sin contar con que este niño también posee generalmente baja autoestima, lo que le hace aislarse de los demás. Algunas recomendaciones para estimular la sociabilización normal son:

1.- Estimule el proceso de aprendizaje en equipos de niños distintos a su grupo social habitual, para que tenga la experiencia de la relación con otros. Los trabajos pueden ser en el aula o en casa.

2.- Asigne responsabilidades especiales en el aula (que usted sepa que tiene la capacidad de cumplir) para que sus compañeros lo valoren.

3.- Estimule todas las conductas que usted observe que sean socialmente positivas. Recuerde que esto puede hacerse en público o mediante un código privado con él.

4.- Trate (en colaboración con los padres) de fijar con el niño objetivos concretos de sociabilización. Por ejemplo, reunirse en el recreo con algún compañero nuevo, compartir en grupo experiencias etc.

5.- Trate de evitar que haga grupo con niños problemáticos para no estimular conductas negativas. En caso de que esto ocurra, trate de estimularlo a que realice socialización sana en grupo (hacer cartelera, coordinar actividades deportivas, etc.).

RECOMENDACIONES PARA PADRES

- 1.- Aprenda más acerca del THDA, pues mientras más sabe, más podrá ayudarse a sí mismo y a su niño.
- 2.- Elogie a su niño cuando haga bien su trabajo. Refuerce las habilidades de su niño. Hable sobre y fomente sus potencialidades y talentos.
- 3.- Sea claro consistente y positivo. Establezca reglas claras para su niño. Dígale lo que sabe hacer y no solamente lo que no sabe hacer. Sea claro acerca de lo que ocurrirá si su niño no sigue las reglas. Tenga un programa de recompensas para la buena conducta. Elogie a su niño cuando él o ella realice las conductas que a usted le agradan.
- 4.- Aprenda acerca de estrategias para manejar la conducta de su niño. Estas incluyen valiosas técnicas, tales como: *hacer una carta gráfica, tener un programa de recompensa, ignorar conductas, consecuencias naturales, consecuencias lógicas, y tiempo de descanso ("time-out")*. El uso adecuado de estas estrategias redundará en conductas más positivas y una reducción de conductas negativas.
- 5.- Hable con su médico para establecer un tratamiento con medicamentos que puedan ayudar al problema de su niño.
- 6.- Ponga atención a la salud mental de su niño y a la suya. Sea abierto a la idea de asesoramiento, esto podrá ayudarle en los desafíos de criar a un niño con THDA. Para poder apoyar a su hijo en el manejo de la frustración, a sentirse mejor consigo mismo, y a aprender a sociabilizar más y mejor.
- 7.- Hable con otros padres de niños con el mismo problema, con los cuales podrá compartir consejos prácticos y apoyo emocional.
- 8.- Reúnase con el personal educativo que trata con su hijo para desarrollar un plan educacional especial para las necesidades de su hijo. Tanto usted como los maestros de su niño deben tener una copia de dicho plan.
- 9.- Manténgase en estrecho contacto y comunicación con el o los maestros de su hijo.

CONCLUSIONES

El propósito del presente trabajo es tener una referencia documental actualizada de un problema de aprendizaje - déficit de atención - desde una perspectiva de **Integración**, es decir realizar una propuesta con dicho fin. Sin pensar que es un trabajo acabado, sí creo que abre una visión moderna en el tratamiento de los niños que padecen este déficit y otros similares.

Solo con la vocación, la capacitación y actualización constante puede lograrse un avance significativo en la adaptación e integración de este tipo de niños en las aulas de las escuelas consideradas normales. Pues sin el compromiso de los especialistas involucrados en el tratamiento multidisciplinario necesario nunca será una realidad. Aún cuando la política educativa actual ya contempla en las boletas de evaluaciones problemas de debilidad visual, debilidad mental y algunas otras discapacidades, sabemos que la normatividad no actúa por sí sola, somos nosotros los adultos cercanos a estos niños a quienes nos corresponde llevarlo a la práctica. No se pretende lograrlo de un día para otro, por que inclusive nos hace falta una "*cultura de la inclusión*" y no de "*segregación*" de los niños y adultos con necesidades educativas especiales; su mayor y mejor adaptación social y al mundo laboral, es compromiso de la sociedad entera así como de sus dirigentes.

Por otro lado, como primer paso para el logro de esta propuesta ,se sugiere que cuando un padre y sus maestros detecten indicadores que permitan sospechar que el niño padece déficit de atención, es necesario llevarlo a un neurólogo, quién como especialista podrá corroborar o desechar dicha sospecha. Y en caso afirmativo, recetarle los medicamentos que considere necesarios que le ayuden a mejorar su nivel de atención y controlar su impulsividad. Estos medicamentos pueden tener efectos colaterales nocivos, por lo que es muy importante que el maestro, los padres y el psicólogo escolar mantengan una estrecha comunicación entre sí y con el especialista. Algunos de estos efectos colaterales son: insomnio, pérdida de apetito, hostilidad, cambios bruscos de ánimo, reducción del crecimiento.

El psicólogo escolar es otro especialista muy valioso, pues podrá orientar a los padres sobre formas adecuadas para educar al niño, enseñándoles a establecer y mantener una buena comunicación; sustituir creencias irracionales y actitudes negativas hacia su hijo y crear expectativas realistas y positivas, buscar estrategias para motivar al niño a que su comportamiento sea el esperado; desarrollar formas apropiadas para resolver conflictos en la familia; corregir los problemas de disciplina y de relación interpersonal que enfrente el niño. Asimismo, podrá ayudar al niño a adquirir hábitos de

estudio, desarrollar estrategias de aprendizaje y formas adecuadas de resolver conflictos sociales y de relación con sus compañeros.

Es de suma importancia formar un equipo de colaboración entre padres, maestros, neurólogo y psicólogo. Quienes deben estar en constante comunicación y ayuden al niño y a su familia en su problemática.

También es importante considerar el apoyo psicológico a los padres, pues es muy frecuente que los padres que tienen un niño con déficit de atención enfrenten situaciones difíciles de manejar. Por un lado se cuestionan su imagen de padres, y por el otro se enfrentan a una sociedad que les demanda cumplir la responsabilidad de la paternidad. Ante esta situación los padres deben lidiar con sentimientos ambivalentes respecto a su hijo quieren cuidarle y entregarle todo su amor, pero a la vez quisieran evitar las experiencias que están viviendo a causa de ella o él. Estos sentimientos varían, pero suelen reflejarse de la siguiente forma:

Duda de sí mismos: De su valor como seres humanos y como padres. Se perciben incapaces de dar vida o criar a un niño, según sus expectativas y las de la sociedad.

Culpa: Se sienten culpables por sus reacciones hacia su hijo o hija, por no percatarse de que existía un problema y habían sido muy severos.

Negación: Se niegan a admitir que de alguna manera su hijo es diferente a los demás.

Protección Excesiva: Algunos padres dedican todo su tiempo a los problemas de su hijo, hasta olvidarse de los otros o de su pareja.

Proyección: Atribuyen el problema de su hijo a otro, al profesor, al profesional o a su pareja u otro hijo.

Aislamiento: Se separan del resto de la comunidad, llegando a estados de depresión profundos.

Vergüenza: Se sienten avergonzados de si mismos o de su hijo, llegando incluso a esconderse.

Rechazo: Evitan el contacto con su hijo, son incapaces de cuidarlo y prodigarle cariño.

Hostilidad: Se muestran agresivos con los que rechazan a su hijo.

Desesperanza: Se sienten fracasados al pensar que nada mejora la situación.

Confusión: Carecen de información acerca del problema, y de cual es la causa, su curso normal y la forma adecuada de ayudar a su hijo.

Frustración: Los resultados de sus esfuerzos lo frustran . A veces se enfrentan con profesionales insensibles o con escasa preparación, o bien se dan cuenta que no existen los servicios necesarios para atender el padecimiento de su hijo en su comunidad.

Un padre o una madre que viven esta ambivalencia de emociones y valores reaccionan de formas muy diversas, guiados por sentimientos y emociones que no solo no les facilitan su tarea de ser padres sino que la complican. Los padres se sienten solos e impotentes ante su situación y a pesar de ello hacen grandes esfuerzos por salir adelante. Sin embargo la escuela puede hacer mucho por ayudarlos.

Los padres necesitan superar la crisis personal y social a la que se enfrentan, necesitan aprender a construir o reconstruir su salud emocional. La meta de la escuela será colaborar con ellos para que tengan una imagen realista y valiosa de si mismos.

Una aproximación a esta meta es retomar las cinco capacidades consideradas como la base de desarrollo social: confianza, autonomía, empatía y autoestima.

Para muchos padres la seguridad de contar con alguien para criar a su hijo se ha ido desvaneciendo. La escuela puede ayudar a recuperar esta confianza, demostrándole que su hijo es parte de sus preocupaciones y sus ocupaciones; enviándole regularmente notas a casa con comentarios directos en los cuales el maestro reconozca algo positivo de los niños haya logrado en la escuela; también puede ayudarles contactándoles con padres que estén viviendo problemas similares y motivándoles para que juntos busque soluciones con los profesionales que se involucren genuinamente en la supervisión y capacitación de los padres.

De esta misma forma los padres con un niño con déficit de atención no son autónomos en su rolde padres. La mayoría enfrentan las tareas de crianza con una gran inseguridad sobre su desempeño, dependiendo de una ayuda, que por desgracia, frecuentemente no llega. La escuela puede ayudarles en este caso ofreciéndoles información sobre las características de la enfermedad de su hijo, su desarrollo y como estimularlo a que aprenda en una forma activa, desarrolle sus capacidades y habilidades para compensar sus deficiencias. Ayudándoles con soluciones practicas para solucionar sus tropiezos.

Es importante que los padres cuenten con una persona a la que le tengan confianza para comentar las soluciones problemáticas para analizarlas, y a quien comunicar sus dudas y sentimientos, que les ayude a establecer sus metas y plantear soluciones pero sobre todo que les ayude a sentirse seguros en la crianza de sus hijos.

La empatía nos ayuda a desarrollar amistad y un sentido de pertenencia. De manera especial el maestro puede empatizar con el padre, haciéndolo sentir que entiende sus sentimientos y sus temores, y hasta su enojo. Saber que otro no nos juzgara y tratará de ponerse en nuestro lugar, nos enseña a que nosotros a la vez empaticemos con los demás. Para muchos padres de niños con déficit de atención la diferencia ha sido un maestro que trato de ponerse en su lugar o en el del niño para entender su forma de actuar. Igual de importante es no tratar de atribuir la situación actual del niño a las deficiencias de

los padres, probablemente el juicio tiene algún fundamento, pero en nada ayuda a la situación del padre o del niño este tipo de reclamo.

Creer en nuestra propia capacidad para enfrentar positivamente una situación, es una actitud que nos ayuda a enfrentar dificultades y nos motiva a seguir luchando. No es difícil entender por que la autoestima de los padres de niños con necesidades especiales puede estar deteriorada, han pasado por muchas situaciones en las que el fracaso y las experiencias negativas predominan. La autoestima de los padres crecerá gradualmente en la medida en que el ambiente escolar promueva un ambiente de confianza, la iniciativa, la empatía y sobre todo que enfrente situaciones en la que demuestre que tienen éxito como padres.

Cuidar el no minimizar el papel de los padres en la terapia de los niños con déficit, en su vida cotidiana es muy importante, así como buscar su apoyo sólo cuando surgen problemas para descargar la responsabilidad en ellos. El resultado es un sentimiento de rabia y frustración en los padres y seguramente el niño seguirá teniendo problemas.

Finalmente es importante de resaltar el papel que nosotros los pedagogos podemos desempeñar en el tratamiento psicopedagógico y creación de ambientes para padres de niños con necesidades educativas especiales, como terapeutas educativos de estos niños, como asesores de sus padres reforzando positivamente cada pequeño logro en la rehabilitación del niño, tanto social como escolar y familiar. Podemos ser esa persona en quien ellos confíen, aumente su autoestima e iniciativa y empatice con ellos. Como profesionales de la educación debemos abrir más alternativas de acción y solución para este campo de la educación especial que tiene mucho por resolver, de forma científica y comprometida, aunque también como seres humanos capaces de sentir los problemas de otros.

BIBLIOGRAFIA

- AINSCOW, Mel. **Necesidades especiales en el aula**. España. Narcea UNESCO 1995
- AJURIA GUERRA, J. **Manual de Psiquiatría Infantil**. Barcelona, España, Toray-Masson, 1990
- BAUTISTA, J. Rafael. **Necesidades educativas especiales**. Málaga, España Aljibe 1993.
- BLANCO, R. **Innovación y recursos educativos en el aula**. Madrid, España Alianza, 1990
- BRENNAN, Wilfred. **El currículo y las necesidades especiales**. Madrid, España. Ed. S. XXI 1985.
- CALDERON, RauI. **El niño con disfunción cerebral**. México, Limusa, 1990
- CHESS, Stella. **Introducción a la Psiquiatría Infantil**. Buenos, Aires, Argentina, Paideia, 1980.
- CRUICKSHANK, W.M. **El niño con daño cerebral en la escuela**. Barcelona, España, Paidós, 1998
- DAVIDOFF, Linda. **Introducción a la Psicología**. México, Mc Graw Hill, 1986
- FLORES, V. Genoveva. **Problemas de aprendizaje**. México, Limusa 1993.
- GESSEL, Arnold. **Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño**. España, Paidos 1992.
- GINÉ, C. **Las adecuaciones curriculares y el proyecto educativo del Centro**. Madrid, Alianza, 1990
- GOLDEN, Charles. **Problemas de Aprendizaje y disfunción cerebral**. España . Paidos, 1991
- JAIME TALLIS, Ana María. **Neuropediatría, Neuropsicología y Aprendizaje**. Buenos Aires, Argentina, Nueva Visión, 1999
- JOHNSON, James H. **Métodos de tratamiento infantil**. México. Limusa 1992.
- HARVEY, F. Clarizio. **Trastornos de la conducta en el niño**. México. Manuel Moderno 1981.
- HEGARTY, S. **Programas de Integración: Estudio de casos de integración de alumnos con necesidades especiales**. Madrid, MEC Y Siglo Veintiuno, 1999.

- HEUYEIZ George. **Introducción a la Psiquiatría Infantil**. Barcelona, España, Paideia, 1995
- KINSBOURNE Y KAPLAN. **Problemas de atención y de aprendizaje en los niños**. México, Prensa Mexicana, 1990
- KIRBY, Edward et al. **Trastorno por Déficit de Atención**. 1a. edición, Grupo Noriega Editores, 1992
- LOPEZ, Melero M. **Integración Escolar**. Marbella, España, Jornadas de Integración, 1998
- MONTES DE OCA, Alberto. **De la educación especial a la noción de atención a las necesidades educativas especiales: un nuevo enfoque**. México, I.M.P.AC, 1997
- MORGAN, Clifford. **Psicología Fisiológica**. México, Mc Graw Hill, 1987
- OSTROSKY-SOLIS, Fegay, et al. **Hemisferio derecho y conducta (un enfoque neuropsicológico)**. México, Trillas, 1986
- PUIGDELLIVOL Y. **Historia de la Educación Especial**. España, CEPE, 1997
- RODRIGUEZ, J. A. **La integración escolar en el ciclo medio**. España, MEC, 1998
- TOLEDO, M. **La escuela ordinaria ante el niño con necesidades especiales**. Madrid, Santillana, 1992
- TREPANIER, Nathalie et al. **¿Existen situaciones de discapacidad de intervención?** México, S.E.D. 1998
- URIARTE, V. **Hiperquinesia**. México, Trillas, 1989
- VALDES, M. **DSMII-R Diagnóstico y Estadística de los Problemas Mentales**. España, Masson, 1988
- VELASCO, R. **El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral**. México, Trillas, 1980
- VERDUGO, Miguel A. **Personas con discapacidad**. España, s. XXI 1995.