

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLAN

DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD EN
EL AULA: ESTUDIO DE CASO, ALUMNO DEL 3er.
AÑO DE PRIMARIA DEL INSTITUTO COBRE DE
MEXICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGIA

PRESENTA

KARINA ROJAS ALVARADO

ASESOR: GABRIELA GUTIERREZ GARCIA

FES ACATLAN DICIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS

*Por darme la oportunidad
de vivir.*

A MIS PADRES

YOLANDA Y MARIO

*De quienes solo he recibido lo mejor.
Que este trabajo sirva de reconocimiento a
todos esos años de sacrificios y por estar
conmigo incondicionalmente.*

A MIS HERMANOS

ROCIO, MARIO Y

MARIANA

*Gracias por sus consejos y
estímulos para seguir
adelante.*

Con respeto

DR. ARMANDO SANCHEZ GONZALEZ

*Mis palabras nunca serán suficientes para
agradecerle su apoyo y consejos.*

A TI

Donde quiera que estés.

A MIS AMIGOS

ABRAHAM, ANABEL Y ROSITA

*Por compartir conmigo lo dulce y amargo
de la vida y por todos los sueños e
ilusiones compartidos.*

*AL INSTITUTO COBRE DE
MEXICO*

*Por el apoyo brindado para la
elaboración de este trabajo.*

A MIS PROFESORES

*Por sus enseñanzas y conocimientos, en
especial a la profesora*

GABRIELA GUTIERREZ GARCIA

*por su apoyo, paciencia y tiempo
compartido.*

A LA UNAM

*Por proporcionarme las
herramientas necesarias para
enfrentarme a la vida*

Contenido	Página
Introducción	4
Capítulo I Déficit de Atención con Hiperactividad	
1.1 Descripción del Trastorno: síntomas primarios	7
1.1.1 Problemas Secundarios del DAH	12
1.2 Modelo Conceptual	21
1.3 Inteligencia y DAH	30
1.4 Diagnóstico	34
1.5 Recursos de apoyo	38
Capítulo II Características Conductuales	
2.1 Etapa de Desarrollo	43
2.1.1 Período Sensoriomotriz (0 a 2 años)	47
2.1.2 Período Preoperacional (2 a 7 años)	48
2.1.3 Período de Operaciones concretas (7 a 11 años)	53
2.1.4 Período de operaciones formales (11 a 15 años)	53
2.1.5 Razonamiento Infantil y la comprensión del mundo	54
2.1.6 Perfil de niños con DAH según su edad	55

2.2 Manifestaciones en la familia	58
2.3 Repercusiones sociales	63
2.4 Repercusión emocional en los padres	65
2.5 Manifestaciones Escolares	72
2.5.1 Características en aula	72
2.5.2 Repercusión en la personalidad de niño	78
Capítulo III Estrategia del docente	
3.1 Estrategia Didáctica	84
3.1.1 Fundamento Didáctico	85
3.2 Fundamento Teórico	87
3.3 Propuesta en casa y aula	88
3.4 Integración Familiar	90
Capítulo IV Estudio de Caso	
4.1 Descripción	94
4.1.1 Entorno Familiar	95
4.1.2 Características conductuales y de personalidad del niño	97
4.2 Contexto Escolar	97
4.2.2 Acciones de apoyo al Niño	100
Conclusiones	102
Bibliografía	109



Anexo 1 Pasos del Estudio de Caso	110
Anexo 2 Pruebas aplicadas	113

INTRODUCCIÓN

Aburrirse fácilmente, sin poder concentrarse en las tareas que necesita cumplir. Distráido 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 sus pensamientos e imágenes que no se da cuenta cuando alguien le habla.

Para muchos niños, esto es lo que significa tener el Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad DAH. 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 maestros 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 DAH 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.

DAH, es uno de los trastornos mentales más comunes entre niños. Afecta entre el 3% y el 5% de todos los niños. Los varones se ven afectados dos o tres veces más que las niñas. El DAH 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 equipos multidiciplinarios, que incluyen ayuda y apoyo de los pedagogos, han aprendido mucho acerca de la trama del trastorno y ahora pueden identificar y tratar a niño que lo tienen. Existen ya una variedad de medicamentos, terapias para cambiar el comportamiento, y opciones educacionales para ayudarlos a concentrar su atención, a aumentar su autoestima, y a funcionar de maneras nuevas.

La presente investigación se referirá a los problemas que se presentan en el aprendizaje causados por el Déficit de Atención con Hiperactividad. La investigación abarcará temas de psicopedagogía porque al hablar de ella se plantea una determinada concepción del sujeto y del aprendizaje.

Nuevas vías de investigación prometen mejorar diagnósticos y tratamiento. Dichos equipos multidisciplinarios están dedicados a entender el funcionamiento y las interrelaciones de las varias regiones del cerebro y a desarrollar medidas preventivas y nuevos tratamientos para sobrellevar trastornos cerebrales que perjudican a los niños DAH en la escuela, el trabajo, y en el recreo.

En primer lugar intervienen en éste diagnóstico, diferentes personas, (el padre, la madre, el hijo, el docente, etc.). Cada una de las cuales aportan rasgos de su temperamento, personalidad y hasta de situaciones de vida por las que están atravesando en determinado momento. Es decir, cambios de ánimo, que pueden generarse por ejemplo, por el éxito o el fracaso laboral, entrada a la adolescencia, a la menopausia, muerte de algún ser querido, cambio de casa, de colegio, etc.

Todos estos factores convierten al tratamiento del niño DAH en una tarea dinámica que debe ir amoldándose a los cambios de escenario impidiéndole volverse estática, en cualquier punto de su trayectoria y obliga a los pedagogos a sumarse a ello.

La tarea de educar, adicional y paralelo al tratamiento es tal vez de todas, la más seria. Los padres sobre todo, deben asumir éste compromiso diario, sin olvidar por ningún motivo la responsabilidad que significa, el hecho de tener en sus manos el futuro de sus hijos y lo mucho que gravitará en él, la calidad de su desempeño.

Cuando se educa, se transmite. El pedagogo, es quien tiene que saber encontrar la llave que le permita entrar al mundo de los niños DAH para establecer una comunicación fluida y evitar comportamientos anacrónicos. Es evidente que el que transmite, tiene respecto del que recibe, una posición superior en cuanto a experiencia.

La presente tesis pretende argumentar que un diagnóstico a tiempo e integral, ayudará al niño con DAH a desarrollar sus habilidades cognitivas básicas que le permitirán adaptarse al ambiente escolar. Las acciones de apoyo a estos niños deberán ser coordinadas en escuela, casa y atención psicopedagógica y médica.

Capítulo UNO

Déficit de Atención con Hiperactividad

El trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, si bien ha existido antes, recién se le está dando la importancia debida y haciéndose investigaciones sobre el tema, que sin embargo dan como resultado una serie de opiniones profesionales muy variadas.

El presente capítulo se basa en las clasificaciones médicas, psicológicas y pediátricas del DAH, información que se vuelve relevante para integrar un diagnóstico certero. Un enfoque multidisciplinario apoyará mejor al niño y a su familia a resolver o mejorar la situación escolar del infante afectado.

1.1 Descripción del Trastorno: síntomas primarios

El trastorno por Déficit de Atención¹ con Hiperactividad (DAH) es uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia y una de las principales razones por las que los niños son evaluados por profesionales de la salud mental, sean psicólogos, psiquiatras, neurólogos, entre otros. Es necesario entenderlo desde la perspectiva clínica para entonces proponer alternativas pedagógicas congruentes, eficientes y eficaces para los niños que lo sufren.

Se ha descrito desde 1865 por Hoffman y 1902 por Still, inicialmente se llamó Disfunción (o daño) Cerebral Mínima y desde 1950 Síndrome Hiperkinético. Desde los años 60 se describe el Síndrome del Niño Hiperactivo y más recientemente se detectó el aspecto del déficit de Atención. “En el DSM-III (1980) se cambia el nombre de Reacción Hiperkinética de la Infancia a Trastorno por Déficit de Atención (con o sin Hiperactividad) (TDA con H,

¹ Atención: consiste en el despliegue que un organismo realiza en el transcurso de su actividad de obtención de información en su entorno. esta actividad consiste en una búsqueda que tiene, por una parte, aspectos conductuales y por otro, manifestaciones neurofisiológicas.

TDA sin H), poniendo más énfasis en la inatención y la impulsividad. Desde el DSM-IV (1994) el síndrome se llama DAH y hay tres tipos (combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo)”.

Es importante distinguir esta división porque de ello depende el tratamiento que pueda recomendarse. Además, el hacer esta distinción desde el inicio permitirá que el médico pueda valorar que equipo multidisciplinario le apoyara. Cada tipo de DAH requiere tratamientos diferentes, por lo que es recomendable que los padres de familia soliciten a su médico que se diagnostique claramente al niño. El docente en base a este diagnóstico podrá tomar acciones prácticas acordes a las recomendaciones médicas.

“Los estudios de prevalencia no coinciden, debido principalmente a diferencias importantes en terminología, definición del síndrome y metodología. Por éste motivo, las prevalencias oscilan entre 2% y el 12%. Sin embargo, estudios en EE.UU. indican que la prevalencia máxima (8%) ocurre entre los 6 a 9 años de edad. El DAH se da en todas las zonas del mundo y es más frecuente en varones (9%) que en niñas (3.3%)”.²

El DSM-IV define tres subtipos de DAH (House, 2003):

1. Tipo combinado: cumple criterios de inatención y además criterios de hiperactividad-impulsividad). El tipo combinado es el que más se parece a las descripciones clásicas del niño hiperactivo.
2. Tipo predominantemente inatento: En niñas con DAH es más prevalente el tipo inatento.
3. Tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo

² SOUTULLO Esperón, César. Diagnóstico en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH). Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, España, Clínica Universitaria de Navarra <http://www.viatusalud.com>. Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio. Biblioteca de Consulta Microsoft, Encarta 2004.

A continuación se revisan los criterios diagnósticos (DSM-IV, 2003) del DAH:

Cuadro 1.1 Criterios Diagnósticos (DSM-IV) del DAH

Déficit de Atención	DAH	Hiper Actividad	HP
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escasa Atención ➤ Nula persistencia en tareas ➤ Esfuerzo por mantener atención ➤ Poco tiempo de concentración ➤ Frecuente cansancio o aburrimiento ➤ No finalizan actividades ➤ Se distraen con facilidad 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Movimientos Excesivos ➤ Inquietos e Infatigables ➤ Realizan movimientos innecesarios ➤ Cambian de postura con frecuencia ➤ Realizan actividades motoras gruesas ➤ Aumentan movimientos en estado de aburrimiento 	

Fuente: HOUSE, Alvin E. DSM-IV: El Diagnóstico En La Edad Escolar, México, Alianza, 2003, p. 35

- 1) Actividad excesiva e inapropiada sin relación a la tarea. Es una actividad molesta, sin objetivo y fuera de su asiento, que dificulta el trabajo del niño y de otros niños en el colegio e interrumpe al profesor. El niño no tiene orden al hablar de un tema, es ruidoso y habla en exceso, produciendo consecuencias sociales negativas. Con el desarrollo del niño tiende a disminuir, pero queda una intranquilidad interna. Éste síntoma responde bien a medicación estimulante.

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

-
-
- 3) Dificultad para inhibir impulsos. Dificultad para retrasar la respuesta a una señal. Es el síntoma más duradero y puede durar hasta la edad adulta, con rendimientos académicos y sociales por debajo de su potencial debido a acciones y decisiones impulsivas. En el niño se traduce en no esperar su turno, interrumpir a otros, responder sin pensar y tener mayor propensión a accidentes, heridas, etcétera. Éste síntoma mejora con estimulantes.
 - 4) Dificultad en llevarse bien. Suelen ser impopulares con los padres, hermanos y profesores. Tienen pocas amistades duraderas. Estos niños suelen meterse en líos y meter a otros en líos y les es difícil ajustar su respuesta a la situación (por ejemplo: pasar de los juegos y bromas del recreo al trabajo de clase). Este síntoma también mejora con la medicación.
 - 5) Bajo rendimiento escolar. Tienen problemas de aprendizaje por mala organización, mala memoria secuencial, déficit en actividades psicomotrices finas y gruesas y habilidades cognitivas improproductivas.
 - 6) Baja autoestima. Debido a su impopularidad, a tener pocos amigos, a meterse siempre en problemas con padres, hermanos, profesores y al mal rendimiento escolar, estos niños tienen una sensación crónica de fallar en todo y no hacer nada bien, a pesar de intentarlo.
 - 7) Comorbilidad³. Es la norma y no la excepción. Trastornos frecuentemente comórbidos con el DAH son: trastorno oposicional-desafiante, trastorno de la conducta, trastornos de aprendizaje (verbal y no verbal), ansiedad y depresión.

³ Comorbilidad: trastornos paralelos a la sintomatología de un trastorno definido.

“Éstos niños tienen problemas de atención, impulsividad (cognitiva y del comportamiento) y exceso de actividad y debido a éstos síntomas, tienen dificultades de interacción social y rendimiento escolar. Muchos de éstos niños además, presentan otros problemas psiquiátricos como trastorno oposicional - desafiante, trastorno de conducta (hasta el 40%) y también depresión y ansiedad. Aún está en estudio la posible relación entre algunas formas de DAH y enfermedades del humor como la enfermedad bipolar (maniaco-depresiva)”.⁴

La descripción clínica anterior, muestra que el DAH, es un trastorno complejo y puede tener una ontología clínica fundamentada. Es necesario que el diagnóstico clínico sea hecho con un profesional experto, para poder descartar otro tipo de problemas.

Hay una gran variedad de problemas médicos y psiquiátricos que pueden parecerse al DAH. Estos problemas van desde causas médicas o físicas que incluyen problemas de visión o audición, epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, enfermedad médica aguda o crónica, malnutrición, o sueño insuficiente o problemas ambientales. Trastorno de ansiedad, o miedo real, depresión, o las secuelas de abuso o abandono de las necesidades del niño que pueden interferir con la atención. Medicación como fenobarbital o carbamacepina, alcohol y drogas, pueden disminuir la atención. “Además, niños con distintos grados de retraso mental leve, capacidad intelectual en el límite con el retraso mental y trastornos de aprendizaje pueden ser confundidos con el DAH. Respecto a la hiperactividad, algunos niños en la parte alta del espectro normal de actividad pueden parecerse a niños con DAH, o niños con un temperamento difícil. También la enfermedad bipolar de comienzo temprano se puede parecer al DAH”.⁵

De este modo se ha hecho una descripción introductoria al DAH general. Sin embargo, este trastorno puede estar vinculado con la Hiperactividad o puede no estarlo. A continuación se referirá el DAH con Hiperactividad.

⁴ BENAVIDES, Greta, *Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad*, México, Trillas, 2003, p. 50

⁵ Ídem, p.60

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH) es “el término que se utiliza en la actualidad para describir una situación, temporal aunque habitualmente crónica, de inadaptación o desajuste al medio social, a causa de la interacción de una característica congénita, denominada Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad, con los sistemas de valores, actitudes y hábitos de comportamiento de los restantes miembros de la familia, escuela o sociedad en general”.⁶

Este problema, lo presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Esta complicación implica, primordialmente, una dificultad, generalizada en el espacio y el tiempo, es decir, ocurre en cualquier lugar y todos los días, para mantener y regular la atención y una actividad motora excesiva.⁷. Secundariamente, actúa con impulsividad o con escasa reflexión.

En general, la persona: niño, joven o adulto, se muestra ante los demás como un individuo con escaso auto-control, dejándose llevar con frecuencia por sus emociones: ira, tristeza, alegría, ansiedad, por sus deseos o sus necesidades. En la presente tesis se enfocará el estudio en los niños, omitiendo la sintomatología y tratamiento de personas jóvenes y adultas.

1.1.1 Problemas Secundarios del DAH

La descripción clínica de los síntomas característicos del DAH⁸ e Hiperactividad es necesaria, como se mencionaron anteriormente para distinguir un diagnóstico médico. Adicionalmente a dichos síntomas ya explicados en términos clínicos, se describirán en

⁶ ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>. Es una organización integrada por diversos profesionales de las Ciencias de la Conducta: Psicólogos Clínicos y Educativos, Psicopedagogos, Educadores y Psiquiatras. Es una de las organizaciones líder en Servicios Psicológicos en la Unión Europea

⁷ Hiperkinesia o hiperactividad: actividad motora excesiva.

⁸ Se usarán las mismas siglas en la terminología para efectos de la presente investigación.

términos conductuales las características o problemas secundarios del individuo. Es decir, las conductas observables tanto por los padres en casa como los maestros en el aula.

El DAH conlleva, de forma secundaria, retrasos en todo el aprendizaje ya que éste requiere del proceso de la atención. Evidentemente, los aprendizajes que se ven más afectados son los de naturaleza cognitiva, más que los aprendizajes lúdicos o motores, ya que éstos precisan de mayor atención sostenida y relevante.

Otros problemas secundarios que se ponen de manifiesto en la mayoría de las investigaciones y comunicaciones de padres y profesores de niños con DAH, que no han recibido un tratamiento específico desde la primera infancia, son los siguientes:⁹

1. Retrasos en Habilidades Cognitivas

Por lo general, el comportamiento del niño debe ir manifestándose secuencial y progresivamente por medio de procesos: a) impulsivos (no hay control de emociones), b) hábitos instrumentales (aprendizajes operantes) y c) cognitivos (producto de un aprendizaje y autocontrol de emociones).

Los procesos cognitivos¹⁰ constituyen el último y más importante de los recursos adaptativos del hombre, para cuyo uso necesita aprender tanto cogniciones concretas, como procesos y estrategias. Una de las más importantes estrategias son las de auto-regulación de la conducta instrumental mediante el empleo de “verbalizaciones internas” o “discurso

⁹ Loc. Cit.

¹⁰ Procesos cognitivos: En este contexto el término hace referencia a varios significados:

1. valoración, atribución, etiquetado, interpretación, que el sujeto realiza sobre la situación, para dar un significado a la misma. 2. A los contenidos cognitivos y sus representaciones en proposiciones, imágenes, esquemas. 3. A las creencias, expectativas, valores, objetivos, del individuo (disposiciones individuales que pueden influir en el procesamiento cognitivo). 4. Cogniciones emotivas, que vendrían a ser los afectos, los sentimientos subjetivos, (contenidos subjetivos emocionales). 2. También el término hace referencia a memoria, juicio, razonamiento, toma de decisiones, (la actividad cognitiva superior).

privado” (Bornas, 2000).¹¹ Dichas verbalizaciones internas están ausentes en niños pequeños (4-9 años). Por lo tanto, se trata, de un retraso notable en la adquisición de esta fórmula de regulación del comportamiento.

Dichos niños, con frecuencia manifiestan dificultades para: “parar y pensar” antes de actuar, por ejemplo: esperar su turno cuando están jugando o hablando con los demás, o esperar en una fila. Además, no se les dificulta parar y pensar para evitar distraerse mientras están concentrados o trabajando en algo y para trabajar por recompensas a largo plazo en lugar de inmediatas.

En realidad, este problema es sencillamente la manifestación de un retraso en sustituir el modo impulsivo de adaptarse al medio, propio de los primeros años de la infancia, por el modo reflexivo, característico de la madurez, pero que se inicia en los 5-6 años de edad, con la mediación del proceso de atención.

La ausencia de atención sostenida y relevante, los cambios frecuentes en ella y la escasa calidad de atención de estos niños, constituye la principal explicación de que no adquieran hábitos y destrezas cognitivas.

Una clase especial de estas habilidades son las estrategias de solución de problemas. Los niños con DAH manifiestan mucha menos fluidez y flexibilidad cognitiva (KIRBY E.A. y GRIMLEY A.K., 1992)¹². De hecho, los niños con DAH, en la prueba EVHACOSPI (García P. y Magaz A., 1998)¹³ se muestran muy poco hábiles a la hora de pensar diversas

¹¹ Cfr. WENDER, Paul H. *The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult: Attention Deficit Disorder Through the Lifespan* (El niño, Adolescente y Adulto Hiperactivo: El Trastorno de Déficit de Atención a través del Transcurso de la Vida), México, Oxford University Press, 1997, pp. 110 - 115.

¹² Cfr. WENDER, Paul H. *The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult: Attention Deficit Disorder Through the Lifespan* (El niño, Adolescente y Adulto Hiperactivo: El Trastorno de Déficit de Atención a través del Transcurso de la Vida), México, Oxford University Press, 1997, pp. 110 - 115.

¹³ EVHACOSPI (Evaluación General y Específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA-H) elaborado por: E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago (2000). Es un conjunto de

alternativas para resolver problemas interpersonales. Utilizan siempre la misma estrategia que se les ocurrió inicialmente y tratan de resolver la situación de forma rápida y poco reflexiva.

Este modo de actuar se percibe en cualquier contexto en el que realicen actividades prolongadas, dirigidas a objetivos o se encuentren con obstáculos para conseguir éstos. Los infantes con DAH encuentran estos obstáculos mucho más difíciles de superar. Con frecuencia abandonan sus objetivos y no se toman tiempo para pensar en opciones que les puedan ayudar a tener éxito en la consecución de los mismos.

2. Deficiencias en el Control de las Emociones

Los chicos con DAH con frecuencia tienen dificultades para ejercer control, tan bien como lo hacen otros a su edad, sobre la intensidad de sus reacciones emocionales en los acontecimientos de la vida. No se trata de que las emociones que ellos experimentan sean inadecuadas, sino que las manifiesten públicamente con más intensidad y duración de lo que lo hacen los demás. Parecen menos capaces de inhibir la manifestación de sus sentimientos: dejarlos para ellos mismos, e incluso de regularlos como otros pueden hacerlo. Como consecuencia es más fácil que parezcan menos “maduros”, infantiles, rápidamente alterables y fácilmente se frustran por los acontecimientos.

A este problema de regulación emocional se añade la dificultad que presentan a la hora de encontrar una motivación por las tareas que no tienen una recompensa inmediata o que no les resultan atractivas. Esta falta de capacidad para desarrollar una motivación intrínseca, con frecuencia les hace parecer carentes de autodisciplina ya que no pueden realizar tareas que no les proporcionen una recompensa inmediata o que les interesen.

instrumentos diseñados para llevar a cabo un proceso integral de evaluación, orientado no sólo a la identificación del trastorno, sino también a la valoración individual y contextual del mismo.

También relacionado con estas dificultades en la regulación de las emociones está la de regular su nivel general de actividad ante las demandas situacionales. Aquéllos con DAH encuentran difícil activarse para iniciar un trabajo que tienen que llevar a cabo. Con frecuencia se quejan de ser incapaces de permanecer alerta, animados, en situaciones que les resultan aburridas y muchas veces parece que están soñando despiertos o ensimismados, cuando deberían estar más centrados o implicados en una tarea.

3. Torpeza Motriz

Se asocia a los niños con DAH dificultades en el control fino de sus movimientos, por lo cual, en muchas ocasiones se les hace participar en actividades de entrenamiento denominado “psico-motor”. La realidad es que este entrenamiento no suele ser efectivo nada más que en la medida en que se convierta en un entrenamiento en control de la atención dedicada a sus movimientos corporales. Constituye, en esencia, otra forma de entrenamiento en focalización de la atención. El niño, con DAH, siempre se comportará con torpeza motriz, no porque tenga deficiencia alguna en las áreas de control motriz del cerebro y cerebelo, sino porque no pone suficiente atención en la regulación de sus movimientos.

4. Deficiencia en la Memoria de Corto y Largo Plazo

Recordar cosas, cómo hacerlas y cuándo hacerlas, es una tarea de la memoria, que requiere disponer de ellas en la memoria a largo plazo, esto es, haberlas almacenado con anterioridad. Para poder almacenar, la memoria de trabajo, necesita disponer de esta información, tras haberla conservado durante cierto tiempo en la memoria a corto plazo. Si

no se pone suficiente atención cuando se está recibiendo la información: visual o auditiva, no es posible almacenarla y por lo tanto, luego es imposible recuperarla.

La insuficiente atención sostenida, o su irrelevancia y el cambio frecuente en la atención explican las deficiencias de memoria, sin necesidad de presuponer una alteración en estos procesos con respecto a otros niños.

5. Variación en el rendimiento

Es también característico de estas personas mostrar una variación considerable en su rendimiento. Estas grandes variaciones se pueden encontrar respecto a la calidad, cantidad, e incluso rapidez en su trabajo. Fracasan a la hora de mantener un determinado patrón de productividad y precisión en su trabajo de un momento a otro y de un día a otro. Tal variabilidad es, con frecuencia, desconcertante para quienes están con ellas ya que está claro que una persona con DAH puede completar su trabajo de una manera rápida y correctamente en una ocasión, mientras en otra sus tareas se realizan de una manera pobre, con poca precisión y con relativa incorrección.

Es posible que, en ocasiones, bien por incentivos o por amenazas de castigos, el niño, realice un esfuerzo especial consiguiendo así, de manera esporádica, lo que no es capaz de lograr de modo habitual.

6. Problemas de Rendimiento Escolar

La presencia de este trastorno desde la primera infancia suele favorecer la aparición de retrasos o fracasos escolares. En general, todos los aprendizajes requieren que la persona mantenga la atención de manera suficiente, en intensidad (nivel de activación) y tiempo, como para llegar a establecer la relación entre su comportamiento ante un estímulo y las

consecuencias que obtiene por tal comportamiento, o para observar esta secuencia en otra persona.

Cuando se combinan los efectos del DAH, los déficits cognitivos, problemas para recordar, déficit de regulación de las emociones y torpeza motriz, aumentan los riesgos de retraso o fracaso escolar. Éstos suelen ser el resultado de aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico, tales como la lectura comprensiva. Si se añade una capacidad intelectual baja, aunque esta característica no necesariamente esta presente en el DAH, aumenta el riesgo de no conseguir aprender al ritmo de sus compañeros y de acumular retrasos curriculares progresivos que, si no reciben ayuda complementaria, pueden llegar a constituir un auténtico fracaso escolar.

7. Problemas de Adaptación Social

El retraso en habilidades cognitivas que le permitan regular su comportamiento, contribuye a que tenga problemas para seguir instrucciones cuidadosamente, para cumplir normas, para llevar a cabo sus propios planes, e incluso para actuar de acuerdo con los principios legales o morales.

De hecho, el niño con DAH, con mucha frecuencia, se comporta de manera molesta para los demás, suele recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigos físicos, desde los primeros años de su vida. Tanto en su hogar como en la escuela, es percibido por los adultos y los iguales como un niño “incómodo”, difícil de tratar y con el tiempo, le resulta cada vez más difícil establecer y conservar amistades. Suele ser rechazado por los demás y no muy apreciado por sus profesores.

No obstante, los riesgos de delincuencia, consumo de drogas, conductas sexuales precoces, etcétera, asociados a este trastorno, parecen encontrarse mucho más relacionados con otras variables sociológicas que con el DAH, el cual solamente es un factor disposicional del individuo que, únicamente, incrementa los riesgos generales.

8. Problemas de Autoconcepto y Autoestima

Como consecuencia de la acumulación crónica de frustraciones y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, el infante con DAH suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo muy malo y una autoestima escasa. Los estudios realizados con sujetos que padecen este trastorno ponen muy claramente de manifiesto esta correlación entre padecimiento del problema y mal ajuste social y personal¹⁴.

Por otra parte, la persona con DAH, prácticamente desde la primera infancia, manifiesta un deseo intenso de agradar a los demás y de recibir aprobación social por lo que hace. Cuando participa en un programa de entrenamiento en cualquier habilidad, se entrega con enorme ansiedad de ejecución, lo que, muchas veces es un factor de riesgo para que nuevamente fracase. Por ello, no se le puede permitir establecer los objetivos, sino que se deben escalar éstos progresivamente, de modo, que al ir constatando que puede aprender y mejorar, su autoconcepto mejora y su autoestima aumenta.

¹⁴ Estudio referido por: WENDER, Paul H. *The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult: Attention Deficit Disorder Through the Lifespan* (El niño, Adolescente y Adulto Hiperactivo: El Trastorno de Déficit de Atención a través del Transcurso de la Vida), México, Oxford University Press, 1997, p. 60

9.- Problemas emocionales

Con frecuencia, el niño con DAH muestra indicadores de ansiedad y estrés. Normalmente, estos indicadores son el resultado de las exigencias que percibe sobre él, provenientes de diversos ámbitos y áreas: casa, calle, colegio, estudios, conducta social, relaciones con padres, hermanos, profesores, compañeros, etcétera.

Estas reacciones emocionales contribuyen, en ocasiones, a dificultar un diagnóstico diferencial ya que los factores de estrés a lo largo de la infancia son múltiples, variados y muy frecuentes. Las exigencias educativas de padres y profesores, las tensiones familiares, incluso las dificultades escolares, constituyen elementos intensos, frecuentes y muy generalizados en esta etapa del desarrollo personal.

Como consecuencia del estrés real o percibido, todos los niños pueden mostrarse con falta de concentración en sus tareas, ausentes, inquietos, nerviosos, con movimientos excesivos e innecesarios, torpes y desobedientes. Por lo cual, fácilmente podrían ser identificados como DAH, cuando la realidad es que solamente comparten con esta clase de niños el hecho de estar sometidos a unas tensiones emocionales crónicas.

Generalmente, los problemas secundarios anteriores se manifiestan, en los historiales educativos y clínicos, desde los 3 años de edad. Sin embargo, algunos de estos, también es probable, si reciben la atención adecuada que cambien de manera considerable con la edad, como consecuencia de vigilancia profesional y cambios en el ámbito familiar o escolar.

No obstante, los niños con DAH pueden mejorar en todo lo referente a sus problemas secundarios, que están bajo influencias del ambiente, pero no en cuanto a el déficit de atención o hiperactividad, los cuales están bajo influencia de su constitución biológica, por lo que, en todo lugar o en cualquier momento presentarán sus síntomas.

Los indicadores del DAH son evolutivamente estables. Es decir, aunque las manifestaciones conductuales se atenúan con la edad, la pauta “hiperactividad + déficit de atención” se mantiene constante con la edad. Dependiendo de otras variables: inteligencia, nivel socio-cultural y apoyos, escolares y sociales recibidos, el niño con DAH seguirá una escolaridad normal, pudiendo alcanzar el máximo grado académico, profesional o universitario.

1.2 Modelo Conceptual

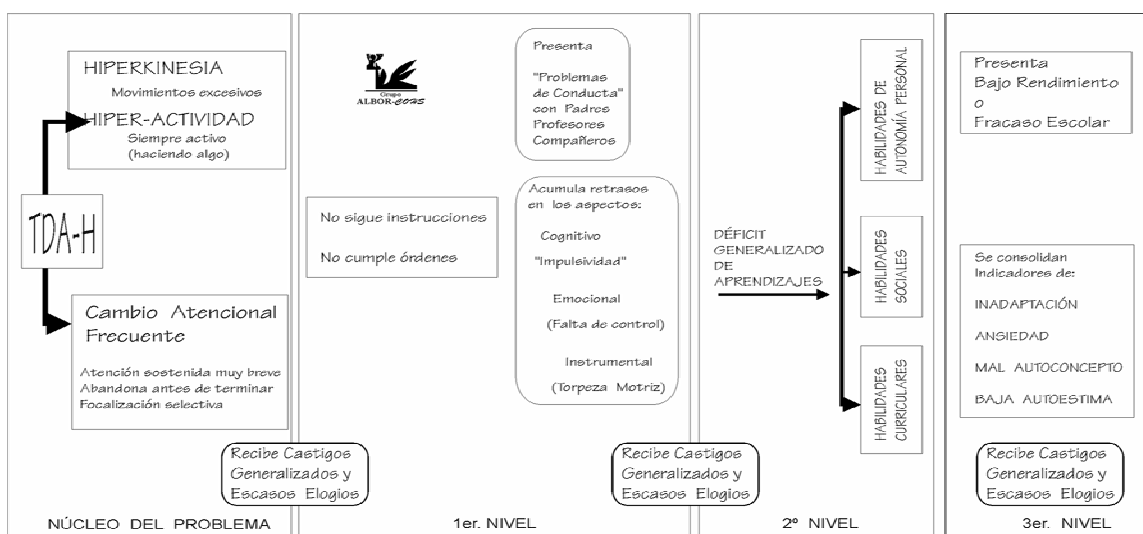
La identificación de un niño o adolescente con DAH requiere la puesta en marcha de un proceso integral de evaluación, a lo largo del cual, se recogerá la información que se considere relevante, pertinente y suficiente, en base a la descripción clínica y conductual, anteriormente expuesta de este trastorno.

Habitualmente, la identificación de niños con DAH se ha abordado desde dos perspectivas diferentes, una médica y otra psicológica. En ambos casos la información que se recoge incluye datos sobre el comportamiento, de los niños de quienes se pretende identificar o descartar la presencia de un DAH. Siguiendo en la mayoría de los casos criterios diagnósticos propuestos por las clasificaciones DSM-III/IV, deben incluir datos bioquímicos o bioeléctricos, cuando la identificación se lleva a cabo desde la perspectiva médica y datos sobre hábitos de conducta y habilidades, cuando se realiza desde la psicológica. Se puede complementar ambas perspectivas con la intervención de un pedagogo, el cual enriquecerá el diagnóstico con las observaciones respectivas del rendimiento escolar.

Por lo tanto, el tipo de datos que se recojan así como, la amplitud de los mismos será, necesariamente, guiada por el modelo conceptual adoptado por los evaluadores. Las

investigaciones recientes proponen un modelo de evaluación diagnóstica integral, dicho modelo se puede representar en el siguiente esquema:¹⁵

Cuadro 1.2 Modelo de análisis de las manifestaciones conductuales del DAH



Fuente: ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>

Según este esquema, el modelo conceptual establece la necesidad de analizar las diversas manifestaciones conductuales del DAH, no sólo como un síndrome conductual, sino como un conjunto de problemas relacionados funcionalmente entre sí, de la manera siguiente:

1. El núcleo del problema está constituido por una diferencia biológica en este grupo de personas, caracterizada por un funcionamiento cerebral anómalo. Esta deficiencia en el funcionamiento biológico puede analizarse desde diversas perspectivas:

- a) Desde una perspectiva bioquímica, el DAH puede manifestarse como una diferencia en el equilibrio de neurotransmisores en determinadas zonas del

¹⁵ ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>. Es una organización integrada por diversos profesionales de las Ciencias de la Conducta: Psicólogos Clínicos y Educativos, Psicopedagogos, Educadores y Psiquiatras. Es una de las organizaciones líder en Servicios Psicológicos en la Unión Europea

cerebro, sin embargo, esta diferencia no es exclusiva de este trastorno por lo cual, no es posible utilizar estos hallazgos como elemento diagnóstico. (Zametkin y Rapoport, 1987, en Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997; Taylor, E., 1991)¹⁶.

b) Desde una perspectiva bioeléctrica, puede manifestarse como ciertas alteraciones en el trazado EEG; sin embargo, como en el caso anterior, estas anomalías, cuando se presentan, tampoco constituyen un elemento de identificación del DAH (Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997)¹⁷.

c) Desde una perspectiva neuropsicológica, parece manifestarse un rendimiento deficitario en tareas en las que intervengan ciertas áreas del lóbulo frontal. Igualmente, estos resultados son inconsistentes para constituir elementos diagnósticos relevantes (Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, 1997).

d) Desde una perspectiva conductual, la manifestación directa del trastorno, es por lo tanto el “núcleo del problema”, lo constituye una actividad motriz excesiva y un cambio de atención muy frecuente.

En la primera infancia, desde los seis-doce meses hasta los cinco-seis años, la hiperactividad en todo lugar y todo momento es la observación más común. A partir de los siete años y de los diez-doce años, la hiperactividad generalizada se reduce, manifestándose en comportamientos motrices más sutiles: tamborilear los dedos, cambios frecuentes de postura corporal, caminar de un sitio para otro, jugar con objetos en las manos y aparece más claramente la hiperactividad

“Dada la investigación de que durante el tiempo de actuación de sustancias psicoestimulantes, (especialmente metilfenidato) administradas a niños o adolescentes con

¹⁶ Citados por: Modelo Conceptual de Diagnóstico DAH. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>.

¹⁷ Ídem. (20)

DAH, se reduce de manera drástica la hiperactividad y aumenta la capacidad de atención de los sujetos, se considera plausible la hipótesis de que la sustancia química sustituye funcionalmente a la hiperactividad y al cambio de atención frecuente”.¹⁸

Este modelo interpreta la hiperactividad y el déficit de atención frecuente, como recursos conductuales, espontáneos y naturales del organismo, para compensar el déficit constitucional biológico.

Por otra parte, esta explicación resulta congruente con los conocimientos actuales sobre los procesos implicados en la regulación de la atención:

1. Se conoce bien que la llegada de toda información sensorial nueva, actúa, en el tronco cerebral, activando el Sistema Reticular Ascendente, consiguiendo así una elevación del nivel de activación bioeléctrica del córtex y facilitando el procesamiento de la información sensorial.
2. Se sabe también, que una vez procesada la nueva información sensorial, se produce el fenómeno de “habitación al estímulo”, con una reducción del nivel de activación cortical.

Además, el cambio de atención constituye otra forma de autoestimulación. Por ejemplo, cuando se presta atención sostenida a un contexto estimular relativamente estable, al poco tiempo se produce el fenómeno de la habituación y la consiguiente reducción de los niveles de activación cortical. Mediante el cambio de atención a un contexto diferente, se facilita una recuperación inmediata de los niveles de activación. Así se explica, siguiendo con el ejemplo, por qué los niños se mantienen con más facilidad atentos a los video-juegos, pues, en la medida que el estímulo visual o auditivo cambia con mucha frecuencia, les resulta

¹⁸ SOUTULLO Esperón, César. Diagnóstico en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH). Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, España, Clínica Universitaria de Navarra <http://www.viatusalud.com>

fácil mantener la atención en ellos. En cambio, en cuanto el estímulo visual es monótono la distracción es máxima.

Según este modelo, el DAH lo considera como el resultado de una deficiencia biológica, consistente en una alteración funcional de las estructuras cerebrales responsables de la regulación de la atención, los cuales, por una razón que todavía se desconoce, no consiguen proporcionar un nivel de activación suficiente para el procesamiento de la información. Por lo cual, el organismo procede con dos recursos naturales: la hiperactividad y el cambio de atención frecuente.

Aunque el núcleo del trastorno es el mismo, el desarrollo de cada niño con DAH es diferente, dependiendo de otras características personales, entre las cuales destaca su capacidad intelectual, las actitudes y hábitos educativos de sus padres y maestros. El factor de inteligencia, merece ser considerado con más detalle, pues este es un elemento importante en el rendimiento escolar y dentro del enfoque de esta investigación tiene relevancia.

Sin embargo, es muy poco frecuente que los niños con DAH tengan padres y profesores que, conozcan o hayan explorado todas las características personales y las necesidades del niño. Por ello, les exigen los comportamientos característicos de niños de su edad, no toleran el exceso de movimiento ni el cambio de atención frecuente y además conocen de las estrategias educativas más adecuadas para el aprendizaje de habilidades con las cuales se podría mejorar el rendimiento escolar.

Esto constituye el principal factor de riesgo para la aparición de los problemas de comportamiento social, y baja auto-estima, tan frecuentes en los niños hiperactivos que, en múltiples ocasiones, se incluyen como componentes de un “síndrome”¹⁹ de similares

¹⁹ Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o una situación determinada
Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003 Microsoft Corporation.

características en todos los afectados. La evolución más probable del niño hiperactivo, cuando no se realiza una identificación temprana, antes de los 5 ó 7 años y se emplean estrategias educativas inadecuadas, o no se le entrena en las habilidades deficitarias suele ser la siguiente:

- La Hiperactividad y el Déficit de Atención frecuente constituirán factores que dificultarán la adquisición de todo tipo de aprendizajes. Por ejemplo, la falta de atención, lleva también al niño a no memorizar las instrucciones que recibe, lo que le imposibilita su cumplimiento, o el cumplimiento de forma inadecuada. Lo cual vuelve a ser una fuente de castigo por parte de sus padres y maestros. Este estilo de comportamiento suele ser interpretado como desobediencia y mala fe por parte del niño, lo que provoca ira en los educadores, aumentando así la probabilidad de tratarlo con medidas exclusivamente disciplinarias y punitivas.
- Los retrasos de aprendizaje más relevantes son todos los relacionados con habilidades cognitivas. Si los aprendizajes instrumentales básicos²⁰ les resultan más difíciles que a los demás, debido a su falta de atención y en este caso los estímulos antecedentes y consecuentes, así como el comportamiento motriz son manifiestos, mucho más difícil resulta para ellos adquirir todo un conjunto de destrezas cognitivas que deben ser explicitadas por los modelos: padres, maestros.

“Por esta razón, el comportamiento impulsivo: reaccionar a los contextos estimulantes en función de las meras características físicas del estímulo y de la emoción asociada a él. Se mantiene presente como pauta de conducta en situaciones diversas, sin ser sustituido progresivamente por una pauta de conducta reflexiva. Activar el sistema cognitivo ante la percepción de una emoción y aplicar todo un conjunto de destrezas cognitivas: identificar la

²⁰ Aprendizaje instrumental básico: leer, escribir, sumar y restar se le conocen generalmente como destrezas instrumentales básicas

demanda del medio, generar alternativas diversas, anticipar consecuencias a corto/largo plazo, elegir una alternativa personal y socialmente aceptable, etcétera”.²¹

De este modo, se explica por qué, tradicionalmente, se considera la pauta de comportamiento impulsivo, formando parte indisoluble del DAH.

Por otra parte, en el Primer Nivel de explicación del DAH (Cuadro 1.1) se incluye los déficits de control emocional y la falta de control motriz fino.

En el caso del control emocional, éste se adquiere, a lo largo del desarrollo: primera y segunda infancia, a través de habilidades cognitivas. Mediante la adquisición de un sistema de valores que minimiza las pérdidas y maximiza los logros, de una forma asertiva de pensar, de una fluidez y amplitud de pensamiento alternativo y consecuencial se consigue adoptar un sistema cognitivo mediante el cual poder reducir la intensidad de las emociones que activan los acontecimientos: agresiones, frustraciones, o incluso, cambiar el tipo de emoción inicialmente desencadenada.

Por otra parte, la torpeza motriz viene a ser una forma más de poner de manifiesto una ausencia de auto-regulación del comportamiento. Los movimientos se realizan de manera brusca y rápida, lo que se puede interpretar como falta de cuidado, de previsión, es decir, de ausencia de reflexión suficiente.

Si la torpeza motora se debiera a un problema estrictamente motriz, se pondría de manifiesto constantemente, lo que no sucede en estos casos: cuando se incentiva al niño por escribir, dibujar o moverse con cuidado, despacio y de acuerdo con unos criterios de calidad “que puede cumplir en función de su entrenamiento previo”, no tiene ningún problema para hacerlo. Ahora bien, se observa que cuando la tarea propuesta se alarga,

²¹ GARCÍA PÉREZ, E. Manuel. EVHACOSPI (Evaluación General y Específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA-H), España, Citado por: Modelo Conceptual de Diagnóstico DAH. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>.

entonces, progresivamente va manifestando fatiga, aparecen indicadores de tensión, inquietud y deseo de terminar de cualquier modo o bien abandonar la tarea (García Pérez, E.M. 1999).²²

Obviamente, la generalización a todo tipo de ambientes: lugares y personas, de estos déficits, favorece la instauración de lo que se denominan comúnmente “problemas de conducta” o situación de “inadaptación social”. Por ello, el docente debe estar atento a la generalización del problema y verificar a que se refiere específicamente el diagnóstico individual y personal de un niño.

- El niño, que empieza su desenvolvimiento en el medio familiar y escolar, con comportamientos puramente impulsivos, a falta de experiencias previas y de desarrollo cognitivo (García Pérez, E.M. y Magaz, A, 2000), no consigue establecer relaciones de contingencia entre los contextos de estímulo, sus comportamientos y las consecuencias. Por esta razón, empieza a manifestar retraso en la adquisición de habilidades de autonomía personal y en habilidades de relación interpersonal (habilidades sociales).

El retraso en habilidades de autonomía lo lleva a depender excesivamente de los demás para su autocuidado, con las consiguientes recriminaciones de sus padres y maestros.

- Asimismo, el retraso acumulado en la adquisición de habilidades curriculares básicas constituye un factor de riesgo para la aparición de retrasos curriculares o bien fracaso escolar.

La falta de habilidades de relación social: cómo pedir las cosas, rechazar peticiones, preguntar, compartir, hacer frente a las provocaciones, evitar agresiones, etcétera, son

²² GARCÍA PÉREZ, E. Manuel. EVHACOSPI (Evaluación General y Específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA-H), España, Citado por: Modelo Conceptual de Diagnóstico DAH. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>.

nuevos elementos que favorecen, por una parte, la constatación permanente de su incapacidad para tener éxito en las relaciones con los demás (frustración personal) y por otra, seguir recibiendo críticas verbales y gestuales y castigos de diverso tipo.

El resultado de esta situación se representa en el Cuadro 1.1 como Segundo Nivel. En él, se encuentra déficits de habilidades de autonomía personal, déficits de habilidades sociales (tanto cognitivas como instrumentales) y primeros déficits curriculares. Todos ellos caracterizados por comportamientos inadecuados que, en la mayoría de los casos, son castigados por los educadores.

Finalmente, al tercer nivel de explicación del trastorno. Por lo general, la identificación de los casos con DAH se lleva a cabo con notable retraso, respecto a cuando sería deseable. Habitualmente, cuando estos niños se detectan e identifican, tienen más de ocho años de edad. En esta edad, lo general es encontrar en la práctica totalidad de ellos los siguientes indicadores conductuales:

1. Niveles de Ansiedad y Estrés elevados, aunque con pocas manifestaciones clínicas, como fobias, miedos nocturnos u otros trastornos de ansiedad. En algunos casos aparecen trastornos psicofisiológicos previos: asma, eczema, estreñimientos o diarreas, mareos, etcétera.
2. Inadaptación social, manifestándose con dificultad para establecer y mantener amistades y presencia habitual de malas relaciones con adultos e iguales.
3. Mal autoconcepto y baja Autoestima, como no podía ser menos tras constatar día a día, semana a semana, mes a mes y año tras año, que es valorado negativamente por casi todo el mundo que lo conoce y además, comprobar su ineficacia en diversas áreas.

El análisis del modelo anterior, apoya a la investigación a entender el fracaso o bajo rendimiento escolar de los niños con DAH. En muchos escolares con DAH es frecuente encontrar imposibilidad de alcanzar los objetivos curriculares mínimos para el nivel escolar en que se encuentra, o bien un rendimiento inferior al que podría obtener en caso de dedicar más tiempo o poner más cuidado en sus tareas de estudio o de ejecución (evaluaciones).

Este rendimiento bajo, como se a explicado en este capítulo, es el resultado de la escasa dedicación a tareas de aprendizaje desde la primera infancia, lo que suele conllevar diversos retrasos en habilidades básicas. Si, además, se combina con un nivel intelectual bajo o límite, la probabilidad de que se establezca una situación de fracaso escolar generalizado es muy alta. Nuevamente, se reitera que la capacidad intelectual o inteligencia es un factor importante en el tratamiento psicopedagógico del DAH. Por esta razón, se desarrolla la relación existente entre esta característica y el DAH.

1.3 Inteligencia y DAH

Se revisaron ya los conceptos conductuales del DAH, mismos que se pueden observar tanto en aula como en casa. El pedagogo, maestro y los padres son los observadores más directos de estas conductas. Procede entonces, desarrollar el tema de la inteligencia y DAH, factor que se ve involucrado y que determina en cierta medida el posible progreso del niño.

“Cuando el niño tiene una inteligencia normal a alta y sus padres y profesores conocen las necesidades de su hijo o alumno, por estar identificado como un niño con DAH desde la primera infancia. La comprensión y tolerancia de los problemas conductuales que presenta, junto con el empleo de estrategias adecuadas de enseñanza de habilidades, favorecerán una

evolución óptima del niño con DAH: sin problemas de comportamiento graves y con un buen rendimiento académico”.²³

Una de las cuestiones más frecuentemente planteadas por los padres y educadores de niños con DAH es la relativa a la inteligencia de los niños hiperactivos. Por ello, se recomienda una evaluación a este respecto, pues sin tenerla los niños no reciben la atención adecuada ni en el ámbito escolar ni en el social.

Por ello, “en la experiencia cotidiana del trabajo con niños con DAH hemos ido constatando la necesidad de valorar la inteligencia lógica de estos niños, a la par que su capacidad de atención y su eficacia o calidad de atención como factores a tener en cuenta en el diseño de un Programa de Intervención Educativa”.²⁴

Esta situación lleva a la necesidad de clarificar la cuestión de la Inteligencia. La inteligencia es “la capacidad para elegir el mejor modo de comportamiento en cada situación de la vida, con ayuda del pensamiento y de procesos cognitivos”²⁵. Esta cualidad es la que nos diferencia, de manera esencial, a los seres humanos de los animales, los hábitos aprendidos apoyan la actividad del pensamiento y los procesos cognitivos.

Por ejemplo, cuando se realiza un viaje el conductor no esta pensando constantemente en acelerar, frenar, girar el volante. Tampoco cuando se ve una película de vídeo en un equipo personal u oír un CD de música, la persona piensa en todos los movimientos que tiene que realizar, ellos lo realizan por hábito, el cual se activa de manera automática cuando se percibe un contexto que resulta familiar.

²³ GARCÍA PÉREZ, E. Manuel. EVHACOSPI (Evaluación General y Específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA-H), España, Citado por: Modelo Conceptual de Diagnóstico DAH. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>.

²⁴ Loc. Cit.

²⁵ Loc. Cit.

Sin embargo, en cualquiera de estos ejemplos, si tras realizar algún movimiento o secuencia de movimientos, no se obtienen las consecuencias esperadas, sólo en tal caso, la persona presenta una reacción emocional de sorpresa, ira o ansiedad, que activa el sistema cognitivo y lo prepara para “pensar y actuar”. En este caso, característico de toda situación novedosa o inesperada, es en el que se puede actuar con el recurso de la capacidad intelectual.

Ahora bien, la inteligencia se considera una capacidad general, pero existen distintos tipos o clases de inteligencia o “procesos cognitivos intelectuales”.

Estos tipos de inteligencia son los siguientes:

- “Inteligencia lógica-analítica, consistente en la habilidad para establecer relaciones entre diversos elementos del contexto y de ese modo, elegir un comportamiento que puede resultar eficaz. Es el mejor método para resolver situaciones novedosas.
- Inteligencia práctica, consistente en la habilidad para encontrar la similitud o parecido entre un contexto actual y otro pasado, recordar el comportamiento que proporcionó éxito en el contexto pasado y decidir emplear el mismo comportamiento en la situación actual, esperando que proporcione otro éxito. Estos son unos procesos intelectuales que utilizan esencialmente recursos de memoria y no resulta útiles en situaciones novedosas.
- Inteligencia creativa, consistente en la habilidad para encontrar soluciones originales e ingeniosas para resolver situaciones”.²⁶

En muchos casos, los padres y educadores entienden que un niño es inteligente cuando perciben su destreza para resolver situaciones de su vida, bien escolares o sociales. Sin embargo, no suelen darse cuenta de la clase de procesos cognitivos que emplean para

²⁶ GOODWIN, Klausmeier. *Psicología Educativa Habilidades Humanas y aprendizaje*. Harla, México, 1977, p. 527

encontrar esas soluciones y elegir el mejor modo de comportarse. Suele ser habitual que confundan una gran inteligencia práctica (una gran destreza en emplear los recursos de memoria) con la posible inteligencia lógica.

En ambos casos, se requiere “poner atención” en cantidad y calidad suficiente para poder comprender la naturaleza de la situación (contexto), analizando los diversos elementos que la componen, mantenerse reflexionando sobre los objetivos a lograr, recordar las posibilidades de que dispone y finalmente, decidir el modo de comportarse.

Por lo tanto, en el caso de los niños con DAH, es comprensible que sus comportamientos sean con mucha frecuencia ineficaces, no tanto por un déficit intelectual, sino por el déficit de atención que presentan. En general, la inteligencia práctica se desarrolla de un modo automático en todos los niños, incluidos los DAH, a diferencia de la inteligencia lógica y la creativa, que están relacionadas tanto con el mensaje genético, como con los procesos de adiestramiento en la primera infancia.

“Otra cuestión, no menos importante, es definir qué pruebas son adecuadas (válidas y suficientemente fiables) para valorar la inteligencia lógica y la capacidad de atención de los niños con DAH. El uso de algunos instrumentos como las Escalas de Wechsler (WISC) o el test de Terman para la inteligencia y los tests de Caras o de Percepción de Diferencias, para la Atención no son las adecuadas para evaluar a niños con dicho trastorno”.²⁷

²⁷ GARCÍA PÉREZ, E. Manuel. EVHACOSPI (Evaluación General y Específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA-H), España, DAH. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>. Se sugiere revisar: “La atención, esa desconocida. Cómo evaluarla” y “Errores conceptuales y metodológicos de la evaluación de la inteligencia con las Escalas de Wechsler” Loc. En DAH. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>.

1.4 Diagnóstico

La importancia de un diagnóstico claro, preciso, profesional garantiza el encontrar alternativas de mejora para el niño. Los profesionales que participen en dicho negocio deben contar con la experiencia necesaria para una conclusión certera. Por otro lado, el equipo profesional que reciba el diagnóstico para su tratamiento debe sugerir, seguimiento en el tiempo adecuado para revisar avances y mejorar tanto estrategias como medicación, si es el caso. A continuación, se refieren las pautas necesarias que deben componer un diagnóstico integral e individual.

- 1) Nivel de trastorno
- 2) Causas, incidencia y factores de riesgo
- 3) Síntomas
- 4) Signos y exámenes realizados
- 5) Tratamiento sugerido: médico, psiquiátrico, psicológico, psicopedagógico, otros.
- 6) Expectativas (pronóstico)
- 7) Complicaciones posibles
- 8) Seguimiento sugerido
- 9) Prevención o tratamiento futuro

Cabe preguntar sí ¿El trastorno de hiperactividad y déficit de atención se diagnostica frecuentemente? ¿Se diagnostica bien? La respuesta es que sí se diagnostica frecuentemente y probablemente no como se debiera en todos los casos. Es necesario como profesor aconsejar a los padres, orientarlos y apoyarlos para que busquen un profesional reconocido para el diagnóstico correcto del niño, pues la familia generalmente se encuentran frustrados, tristes, estados de animo que no les permite aceptar una realidad o buscar ayuda profesional. Aunque también existen familias que están abiertas a un diagnóstico crudo pero certero, en ambos casos el apoyo del profesor será igualmente valioso.

Los estudios neurológicos, utilizando técnicas avanzadas de neuroimágenes de la estructura y funcionamiento del cerebro, muestran que los cerebros de los niños con DAH son diferentes de los cerebros de otros niños. Los niños con este trastorno, manejan neurotransmisores (incluyendo dopamina, serotonina y adrenalina) en forma diferente a como lo hacen sus compañeros. Por otro lado, el trastorno de hiperactividad y déficit de atención a menudo es genético y cualquiera que sea su causa específica, parece iniciarse muy temprano en la vida a medida que el cerebro se está desarrollando.

Otros problemas, tales como depresión, privación del sueño, discapacidades específicas en el aprendizaje, trastornos de tics y problemas de comportamiento de oposición/agresividad, se pueden confundir con o aparecer junto con el trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Cada niño sospechoso de padecer este trastorno merece una evaluación cuidadosa para clasificar exactamente lo que está contribuyendo a sus comportamientos.

“El trastorno por déficit de atención (ADD) es el trastorno de la conducta de la niñez más comúnmente diagnosticado que afecta a un estimado de 3 a 5% de los niños en edad escolar y cuyo diagnóstico es mucho más frecuente en niños que en niñas”.²⁸

La mayoría de los niños con DAH tienen al menos otro problema de desarrollo o de comportamiento. Cada evaluación debe incluir una búsqueda de las posibles condiciones adicionales, incluyendo trastorno de conducta, trastorno oposicional desafiante, trastornos del estado de ánimo, depresión, ansiedad y problemas de aprendizaje. Es decir, los problemas secundarios antes mencionados.

“El diagnóstico debe estar basado en síntomas muy específicos que deben estar presentes en más de un escenario y si se sospecha la presencia de DAH, se le debe hacer una evaluación clínica al niño”.²⁹

²⁸ HAIT, Elizabeth, M.D., *Rainbow Babies and Children's Hospital, Case Western Reserve University Cleveland, OH*. Department of Pediatrics, Traducción por: Dr. Tango, Cleveland, OH. A.D.A.M., 2002, p.80

²⁹ Loc. Cit.

La evaluación puede abarcar:

- Cuestionarios para los padres y profesores, en este punto se recomienda cuestionarios estructurados para el efecto.
- Evaluación psicológica del niño y de la familia, incluyendo un examen de coeficiente intelectual y una prueba psicológica.
- Evaluación motriz, nutricional, física, psicosocial y del desarrollo completa.
- Tratamiento

La Academia Estadounidense de Pediatría ha desarrollado pautas basadas en evidencia para tratar el DAH:³⁰

- Establecer metas específicas y apropiadas para guiar la terapia.
- Iniciar la terapia con medicamentos y/o de comportamiento.
- Evaluar si en el diagnóstico original, existe la posible presencia de otras condiciones, qué tan bien han sido implementado el plan de tratamiento y el uso de todos los tratamientos apropiados, cuando el tratamiento no ha satisfecho las metas propuestas.
- Hacer un seguimiento sistemático: es importante para reevaluar en forma regular las metas por lograr, los resultados y cualquier efecto adverso de los medicamentos. Esta información se debe reunir de padres, profesores y el niño.

El trastorno de hiperactividad y déficit de atención es un problema frustrante. Muchos remedios alternativos se han vuelto populares, incluyendo hierbas y suplementos, manipulación quiropráctica y cambios en la dieta. Aunque hay evidencia que sugiere el valor de una dieta variada y saludable con mucha fibra y otros nutrientes básicos (la dieta que sería mejor para la mayoría de los niños), existe poca o ninguna evidencia sólida para

³⁰ Loc. Cit.

muchos remedios cuya estrategia de venta apunta a los padres. Pero sí, se ha comprobado que un período de sueño adecuado ayuda a los síntomas de DAH.

Los niños que reciben tanto tratamiento conductual como medicamentos a menudo les va muy bien, pero estos últimos no se deben utilizar simplemente para hacer la vida más fácil para los padres o el personal de la escuela. Existen también, varias clases diferentes de medicamentos para DAH que se pueden usar solos o combinados, recomendación que sólo compete al médico tratante.

Otras técnicas útiles pueden abarcar: modificar el ambiente en aula, es decir cambiar el lugar donde se sienta el niño, colocarlo cerca del maestro, o quitar elementos distractores como juguetes. El ambiente en casa puede modificarse si se quitan del alcance del niño dulces, juguetes o se modifica su habitación para que a la hora de estar en la instrucción personalizada no haya elementos de distracción. Aunque estas alternativas, no están al alcance de todos los niños, por razones económicas, han probado tener buenos resultados. Sin embargo, no es recomendable aplicar técnicas fuera del tratamiento recomendado por el equipo profesional que atiende a niño, salvo que éste lo autorice.

“El trastorno de hiperactividad y déficit de atención es una condición crónica y duradera y cerca de la mitad de los niños con este problema continuarán teniendo síntomas incómodos de falta de atención o impulsividad como adultos. Sin embargo, los adultos son usualmente más capaces de controlar su comportamiento y de disimular sus dificultades”.³¹

Aunque no existe una forma comprobada de prevenir el DAH en sí, su identificación y tratamiento oportunos pueden prevenir muchos de los problemas asociados con dicho trastorno.

³¹ Ídem. (34)

1.5 Recursos de apoyo

Como docentes integradores, se debe tener presente evitar incurrir en los sobre diagnósticos de DAH, pues es bastante común, que esto ocurra en la mayoría de los ambientes educativos estrictos a los que no todos los niños no están dispuestos a obedecer.

Es pertinente, que dentro de sus clases se autoevalúe el profesor si realmente, son los chicos quienes tienen problemas de atención, o es el profesor quien no ha encontrado las estrategias adecuadas para convertirse en el núcleo de atención de los alumnos. Esta cuestión, es esencial contestarla bajo un análisis detallado profesional y ético.

Si bien es cierto que ahora abundan casos de DAH, también es cierto que la nueva generación aprende por medio de conceptos, concretos, cortos y claros, es decir, de una forma más práctica que evita inatención y que la clase sea aburrida. Por otro lado, no todos los estudiantes aprenden de la misma forma y es competencia docente el ser lo más asertivo posible.

Al respecto, debe diferenciarse de manera muy clara si las conductas conflictivas como agitación, desorden, e inestabilidad motora obedecen a comportamientos típicos de DAH o a consecuencias de síntomas de ansiedad y depresión, aquí continúa el papel profesional de los maestros en el aula de clase y en la familia, pues es la familia la que realmente contribuye por dificultades de convivencia a que los menores incurran en problemas depresivos o de ansiedad.

Sin pasar por alto lo anterior, y considerando que en realidad hay problemas en clase con un niño probablemente afectado por DAH, se sugiere lo siguiente para poder encontrar como maestro los hechos necesarios para recomendar a los padres realizar un diagnóstico integral al niño.

En primer lugar el diagnóstico debe hacerse según parámetros establecidos en la conducta regular de los alumnos regulares. En base a dicho parámetro se toma nota puntual en día fecha, actividad y se refieren hechos de:

El tiempo que se toma el niño en hacer las tareas asignadas dentro del aula de clase.

El tiempo que logra permanecer sentado en su sitio de trabajo en el aula de clase.

La capacidad de entregar las tareas terminadas adecuadamente.

La receptividad que manifiesta en los momentos en los que se le dan las instrucciones.

La capacidad de centrar su atención en una sola actividad por un espacio de 10 a 12 minutos.

La capacidad de elaborar frases coherentes y con contexto en el momento que se le solicitan.

El elaborar las tareas de manera tranquila y despacio de tal forma que no represente actividades de stress.

Identificar su capacidad de relación con iguales.

Este diagnóstico conductual breve pero concreto de los síntomas conductuales del niño, marcara la pauta al profesional que lo evalúe integralmente. Evidentemente, estas recomendaciones no son exhaustivas, pero son indicadores preliminares para iniciar un tratamiento adecuado. Además, posiblemente se le volverá a pedir al maestro que complete la observación con detalles específicos en cada niño.

Mientras se confirma o elimina la sospecha de un diagnóstico de DAH, el profesor puede realizar algunas acciones prácticas para apoyar el rendimiento del niño:³²

- Adecuar el currículo a las necesidades del niño.
- Adaptar el número de ítems que se espera que el niño aprenda.

³² GEHRET, J. *Learning Disabilities and the Don't Give Up Kid*. (Problemas de aprendizaje y Técnicas de ayuda: para niños con dificultades de aprendizaje y de atención, edades de 7-12), Fairport, New York: Verbal Images Press, 1990 p.101.

-
-
- Adaptar el tiempo a la resistencia del niño, generalmente se debe reducir, no prolongar.
 - Cambiar estrategias de dar la clase: clase dirigida, trabajo en grupo y trabajo individual en el cuaderno.
 - Ubicar al chico más cerca.
 - Retirar del espacio cercano al muchacho los elementos llamativos y de colores que pueden quitarle atención.
 - Evite la sobre estimulación.
 - Si se puede ubicar a los estudiantes en forma de U, de tal forma que en el centro quede el chico con DAH. Esto garantiza su atención.
 - Si se puede adaptar un sitio donde el niño trabaje en silencio, le convendría mucho para el desarrollo de las actividades individuales.

Estas alternativas de apoyo, evidentemente exigen al maestro mayor compromiso, esfuerzo y paciencia. Sin embargo, el esfuerzo bien vale la pena.

Una vez que el niño sea diagnosticado, se recomienda estar atento y dar un seguimiento estrecho a las indicaciones que el médico sugiera. Además de ello, apoyar a los padres en términos de escucha y orientación. También se les puede sugerir otras alternativas de apoyo como son:

Red Iberoamericana de Apoyo a Afectados por el Déficit de Atención con Hiperactividad³³ (localizada en Internet). La Red Iberoamericana de Apoyo a Afectados por el Déficit de Atención con Hiperactividad está constituida por todas aquellas personas e instituciones, públicas y privadas, que ofrecen apoyo a Niños, Adolescentes, Jóvenes y Adultos que padecen este problema. Asimismo, proporcionan asesoramiento a Padres y Maestros; intercambian información entre sí y organizan actividades de formación para profesionales.

³³ <http://www.psicopedagogia.com/articulos/index.php?articulo=189> Consulta 13 de Octubre 2004

Además, existen varias publicaciones, organizaciones y grupos de apoyo para ayudar a individuos, maestros y familias a entender y a hacer frente a trastornos de atención. Dichos recursos proveen un buen punto de partida para lograr nuevas percepciones, soluciones prácticas y apoyo. Otros recursos son clínicas de consulta externa de hospitales de niños, centros médicos universitarios y centros comunitarios de salud mental.

También existen Programas para el Control del Comportamiento y Mejora de la Autoestima, en casa y en el Aula, entrenamiento en Competencia Social, entrenamiento en destrezas cognitivas, destrezas instrumentales, entrenamiento en Autocontrol Emocional, Asertivo, Técnicas de Relajación, entrenamiento en Control de la Impulsividad, Programas de “enseñar a pensar”, entrenamiento en “Focalización de la Atención”, entre muchos más.

Cabe notar, como anteriormente se hizo, que aunque existen diferentes técnicas que pueden ayudar, se debe recomendar siempre la aceptación de dicho recurso del médico y psicólogo tratante, de tal forma de asegurar una ayuda integral y objetiva al niño. De esta forma se podrá llevar un plan con objetivos e indicadores claros de su avance.

Las características y síntomas descritos anteriormente generan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar. La escolaridad es una de las actividades que se deben programar oportunamente en niños con DAH, por lo que el profesor del aula deberá conocer el problema del niño para asumir una actitud favorable y comprensiva hacia este e integrarse así al equipo terapéutico multidisciplinario, apartándose de la función tradicional directiva e instruccional que limita el aprendizaje de los niños.

Se hace necesario que el profesor de clase conozca los elementos que pudieran estar perturbando una adecuada atención en su alumno, así como también tener un sentido de autocrítica en cuanto a la metodología de enseñanza y las estrategias que esté empleando, las cuales contribuirán a la eficacia en el tratamiento del déficit de atención.

Es por lo tanto pertinente enfatizar que los niños con DAA no deben ser sacados del sistema educativo normal, porque esto tiene un efecto contraproducente, no se les debe de tratar como si fueran niños especiales. Por lo tanto, deben seguir estudiando en un colegio habitual, o en casos particulares recibir una educación más personalizada, pero el profesor de clase deberá considerar que en caso de estar a cargo de un niño con DAA, este deberá ocupar los primeros asientos para evitar distracciones y así prestar mejor atención a la clase, necesitará además una mayor cantidad de tiempo en resolver sus tareas escolares que el que recibe sus compañeros o caso contrario no deberá recibir demasiados trabajos que no podrá culminar. El docente deberá saber combinar las tareas de alto interés con las que tienen menor atractivo para evitar el cansancio del niño.

Así mismo es indispensable mantener relaciones óptimas con el alumno, integrarlo al grupo mediante dinámicas, no recriminarle su problema, ni avergonzarlo, aplicar técnicas de modificación de conducta en clase y utilizar estrategias para captar y mantener la atención.

Capítulo DOS

Características Conductuales

Una vez definidos las características clínicas del DAH es necesario revisar las características conductuales. Para ello, es necesario considerar las etapas de desarrollo, pues la hiperactividad de los niños es considerada como normal, cuando se produce dentro de una etapa de la vida infantil alrededor de los dos o tres años. El que un niño sea inquieto no tiene nada que ver con la sintomatología que se aborda en esta investigación. Pero sí es necesario distinguir en que momento está conducta se vuelve un problema que requiere atención.

2.1 Etapas de Desarrollo

El desarrollo psíquico, que inicia al nacer y concluye en la edad adulta consiste en una marcha hacia la madurez de la vida mental y su manifestación, es decir la evolución hacia una forma de equilibrio final representada por el espíritu adulto.

El desarrollo es un proceso progresivo que busca el equilibrio, el pasar de un estadio menor de equilibrio a un estado superior de equilibrio. Por ejemplo, en el terreno de la vida afectiva, se ha observado muchas veces cómo el equilibrio de los sentimientos aumenta con la edad. En cambio el desarrollo o crecimiento orgánico en cuanto ha concluido la evolución ascendente automáticamente una evolución regresiva conduce a la vejez. (Ramírez, 1998). Sin embargo, las funciones de la inteligencia y de la afectividad tienden hacia un “equilibrio móvil”, y más estable.

A continuación se describirá la evolución del niño según Piaget, quién desarrollo las bases del concepto de equilibrio. Desde esta perspectiva, el desarrollo mental es una construcción continua, comparable al levantamiento de un gran edificio que, a cada elemento se le añade,

se hace mas sólido, o a un mejor, al montaje de un mecanismo delicado cuyas sucesivas fases de ajuste contribuyen a una flexibilidad y una movilidad de las piezas.

Existen dos aspectos complementarios de este proceso de equilibrio:

- A) Las estructuras variables, las que definen las formas o estados sucesivos de equilibrio
- B) Un determinado funcionamiento constante que es el que asegura el paso de cualquier nivel siguiente.

Desde el punto de vista funcional, es decir, considerando los móviles generales de la conducta y del pensamiento, existen mecanismos constantes, comunes a todas las edades: a todos los niveles, la acción supone siempre un interés que la desencadena, ya sea que se trate de una necesidad fisiológica, afectiva o intelectual.

En todos los niveles, la inteligencia trata de comprender o de explicar. Los intereses varían considerablemente de un nivel mental a otro, es decir los revisten muy diferentes formas según el grado de desarrollo intelectual. (Flavell, 1998)

Las estructuras variables y el análisis de estas estructuras progresivas o formas sucesivas de equilibrio, marcan las diferencias u oposiciones de un nivel a otro de la conducta, desde los comportamientos elementales del recién nacido hasta la adolescencia.

Las estructuras variables son:

- Las forma de organización de la actividad mental, bajo su doble aspecto motor o intelectual
- La forma afectiva con sus dos dimensiones: individual y social

Según Piaget se distinguirán “Seis estados o periodos de desarrollo” que marcan la aparición de estas estructuras:

-
-
- 1.- El estadio de los reflejos o montajes hereditarios, así como de las primeras tendencias instintivas (nutrición) y de las primeras emociones.
 - 2.- El estadio de los primeros hábitos motores y de las primeras percepciones organizadas, así como de los primeros sentimientos diferenciados.
 - 3.- El estadio de la inteligencia sensorio-motriz o práctica. (Anterior al lenguaje), de las regulaciones afectivas elementales y de las primeras fijaciones exteriores de la afectividad. Estos primeros estudios constituyen el periodo del lactante (hasta aproximadamente un año y medio a dos, es decir, antes de los desarrollos del lenguaje y del pensamiento propiamente dicho).
 - 4.- El estadio de la inteligencia intuitiva, de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto (de los dos años a los siete, o sea, durante la segunda parte de la “primera infancia”).
 - 5.- El estadio de las operaciones intelectuales concretas (aparición de la lógica), y de los sentimientos morales y sociales de cooperación (de los siete años a los once o doce).
 - 6.- El estadio de las operaciones intelectuales abstractas, de la formación de la personalidad y de la inserción afectiva e intelectual en la sociedad de los adultos (adolescencia).

Cada estadio constituye una forma particular de equilibrio, y la evolución mental se efectúa en el sentido de un proceso cada vez más avanzado.

Existen mecanismos funcionales comunes a todos los estadios, así toda acción, todo movimiento, todo pensamiento o todo sentimiento corresponde a una necesidad. En este

mecanismo continuo de reajuste o equilibrio consiste la acción humana. Este mecanismo funcional, no explica el contenido o la estructura de las diversas necesidades, ya que cada uno de ellos está relacionado con la organización del nivel en cuestión. (Piaget ,1977)³⁴

Los intereses de un niño dependerán del conjunto de las nociones que haya adquirido al:

- Incorporar las cosas y las personas a la actividad propia del sujeto, a asimilar el mundo exterior a las estructuras ya construidas.
- Reajustar éstas en función de las transformaciones sufridas y por consiguiente, a “acomodarlas” a los objetos externos.

Toda la vida mental tiende a asimilar el medio ambiente y realiza esta incorporación gracias a las estructuras psíquicas.

La percepción y los movimientos elementales dan primero acceso a los objetos, luego la memoria y la inteligencia permiten a la vez reconstruir su estado inmediatamente anterior y anticipar sus próximas transformaciones. El pensamiento intuitivo termina en esa evolución haciendo al sujeto dueño de los acontecimientos más lejanos, tanto en el espacio como en el tiempo. Las formas de incorporación sucesivas desde la percepción y el movimiento hasta las operaciones superiores varían.

Al asimilar los objetos, la acción y el pensamiento se ven obligados a conformarse a ellos, es decir, a proceder a un reajuste cada vez que hay variación exterior. Puede llamarse adaptación al equilibrio de tales asimilaciones y acomodaciones: así es la forma general del equilibrio psíquico y el desarrollo mental aparece finalmente, en su organización progresiva, como una adaptación cada vez más precisa a la realidad.

³⁴ PIAGET, J.: Etapas de desarrollo en el niño. Editorial Fontanella, Barcelona, 1977.

El periodo que va desde el nacimiento a la adquisición del lenguaje consiste en una conquista a través de las percepciones y los movimientos, de todo el universo práctico que rodea al niño pequeño.

Esta asimilación “sensorio-motriz” del mundo exterior inmediato sufre, en 18 meses a 2 años, una revolución. Al comienzo de este desarrollo el recién nacido lo refiere todo a sí mismo a su propio cuerpo, cuando se inicia el lenguaje y el pensamiento, se sitúa ya como un elemento entre los demás y que ahora ya siente como algo exterior a él.

Piaget al exponer el desarrollo del niño sienta una base estructural para entender las manifestaciones conductuales normales y así distinguir las manifestaciones conductuales en el DAH. Esta distinción apoyará al docente o a la familia para saber que es lo característico en la etapa de desarrollo y que conductas son las que deben ser tomadas como un problema.

2.1.1 Periodo Sensoriomotriz (0 a 2 años)

La primera etapa, es el periodo sensoriomotriz, tiene lugar desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años. En esta etapa, los niños empiezan a ver la relación entre metas y medios para alcanzarlas, y comienzan a utilizar el pensamiento simbólico. El logro principal de esta etapa es el cambio en sus respuestas cuyo repertorio se compone principalmente por respuestas reflejas a respuestas reflexionadas. Al nacer, las conductas del niño sólo incluyen reflejos y reacciones del ambiente, pero para los dos años casi todos empiezan a responder a su propio pensamiento. Esta etapa se caracteriza por lo que Piaget denominó permanencia del objeto. Supone que este concepto se adquiere a través de la experiencia, durante el período sensomotor, mediante una secuencia que también supone fija y universal. El concepto resulta fundamental para llevar una vida mental coherente y racional, que sería imposible de no tener todos, el mismo tipo de desarrollo.³⁵

³⁵ Piaget J., Loc. Cit, 50 p.

Dos elementos claves en el desarrollo de la permanencia de objeto son:

- a) El hecho de que el niño va progresivamente diferenciando mentalmente los objetos de las acciones de su yo sobre dichos objetos.
- b) El hecho de que el propio yo en un momento determinado se concibe como una entidad autónoma, independiente y objetiva que habita en un espacio en común.

Esto consiste en el conocimiento de que los objetos continúan existiendo aunque salgan del alcance de la vista. Piaget tenía un método interesante para medir la obtención de este nivel de crecimiento. En los primeros meses del periodo sensoriomotriz, los niños no buscan los objetos que salen de su campo visual (o que se ocultan), lo que implica que no reconocen la existencia de los objetos cuando dejan de verlos. Sin embargo, en los últimos meses de este periodo, los niños buscan objetos que se les ponen a la vista y luego se les oculta.

2.1.2 Periodo preoperacional (2 a 7 años)

Piaget se refería al segundo periodo del desarrollo cognoscitivo como el periodo preoperacional. El conocimiento de esta etapa abarca el rango de los dos años a siete: la edad de los niños preescolares y de primer grado de primaria. En este periodo lo que distingue a los niños es el desarrollo de modos simbólicos de representación. Los niños ya no necesitan que los objetos estén presentes para entenderlos. Esta comprensión les permite usar el lenguaje, imitar a otros, participar en juegos simbólicos como el de la casita y hacer modelos o dibujar representaciones gráficas de los objetos y de las experiencias previas. Hacia el final de esta etapa del desarrollo, los niños pueden participar en la solución de problemas intuitivos, como apilar bloques para copiar un diseño.

Sin embargo, durante el periodo preoperacional el pensamiento del niño aún tiene varias limitaciones; se caracteriza por ser egocéntrico, irreversible y focalizado. De los dos a los siete años, los niños son incapaces de ver las cosas desde el punto de vista de otra persona, piensan que el mundo gira al rededor de ellos. Característica conocida como el egocentrismo. Por ejemplo, si se observa a un grupo de niños pequeños cuando hablan y juegan, advertirá que, si bien están en un grupo, por lo general juegan consigo mismos y aunque dirijan su habla a otro niño, a menudo hablan como si ellos fueran la única persona que escucha sus propias palabras. (Flavell, 1998)

El desarrollo de la función simbólica: Piaget sostiene que el niño adquiere la función simbólica a través de desarrollos especializados de asimilación y en especial, de la acomodación. El aspecto fundamental de la argumentación es que la “acomodación como imitación” es la función que proporcionara al niño sus primeros significantes, los que pueden representarle interiormente el significado ausente. Lo que sucede, considera Piaget, es que el crecimiento y refinamiento de la capacidad de imitar con el tiempo permiten al niño hacer imitaciones hechas en el pasado sin realizarla concretamente en la realidad. Esta imitación interna toma la forma de una imagen, toscamente definida y esta imagen constituye el primer significante (cuyo significado es la acción objeto o palabra de la cual la imagen es una réplica reducida y esquemática). Una vez que se establece la capacidad de evocar imágenes significantes el niño, claro está, puede emplearlas como esbozos anticipadores de acciones futuras.

Se extraen por lo menos dos consecuencias importantes de lo dicho hasta ahora acerca de la evolución del comportamiento simbólico. En primer lugar, gran parte de las extremas y prolongadas dificultades que el niño enfrenta al tratar de conocer simbólicamente el mundo es el resultado de las complicaciones de la asimilación y acomodación. El niño no solo debe, como en el pasado, equilibrar asimilaciones y acomodaciones relacionadas con el campo presente. También, debe tratar de equilibrar las relacionadas con el campo presente. Además, debe de tratar de equilibrar las relacionadas con los esquemas evocados y

simbólicos, tanto en relación con la serie anterior como con las asimilaciones y acomodaciones.

Una de las muchas expresiones de esta dificultad para equilibrar funciones es la tendencia de los niños pequeños a vacilar en todo momento entre el juego, la imitación y el pensamiento propio. (Ramírez ,1998)

La segunda consecuencia tiene mayor importancia general y encierra varios significados conexos. Pero antes que nada es preciso hacer una distinción de términos. Piaget distingue dos tipos generales de significantes. Hay signos cuyos significados son socialmente compartidos y que son arbitrarios en el sentido de que no tienen semejanza sistemática con sus significados. Las palabras, son los signos más comunes pero también hay otros (por ejemplo, símbolos matemáticos y científicos). Por otra parte, los símbolos son significantes más o menos privados, no codificados, que por lo común tienen alguna semejanza física con sus referentes. Piaget incluye en esta categoría los símbolos oníricos, las imágenes-significantes que el niño pequeño evoca en el juego simbólico y en la imitación diferida, los conceptos que se esfuerza por formar en el temprano pensamiento preoperacional adaptado y los primeros signos lingüísticos que adquiere del medio social. Por lo tanto, la función que cumple un sistema lingüístico codificado y socialmente compartido es muy importante en el desarrollo del pensamiento conceptual. El lenguaje es el vehículo por excelencia de la simbolización sin el cual, el pensamiento nunca sería realmente socializado y por lo tanto lógico. Sin embargo, las primeras palabras adquiridas funcionan más como signos que están enteramente impregnados de las características de símbolos privados.

El hecho fundamental es que, durante mucho tiempo, el niño halla que los signos verbales como tales son difíciles de aprender y en general inadecuados para la expresión de las cosas que les preocupan. El niño responde a esta situación apoyándose en gran medida en símbolos no verbales y asimilando palabras a su orientación simbólica.

La naturaleza del pensamiento preoperacional:

- Egocentrismo
- Estados y transformaciones
- Equilibrio
- Acción
- Irreversibilidad
- Conceptos y razonamiento

Si bien, en esta etapa, los niños son capaces de resolver problemas, por lo general, no pueden retroceder en sus pasos. Esta característica se denomina irreversibilidad. Por ejemplo, un niño de la etapa preoperacional puede tomar una bola de plastilina y moldearla como una salchicha, pero le resultará difícil convertir la salchicha de nuevo en la bola.

En la etapa preoperacional, los niños tampoco son capaces de atender a más de una dimensión de los problemas, lo que se conoce como focalización. Un aspecto de la focalización en el niño preoperacional es su incapacidad para reconocer que cuando cambia una dimensión de un problema, el resultado puede variar. Por ejemplo: a un niño preoperacional se le muestran dos vasos idénticos con la misma cantidad de jugo, luego se vierte el contenido de uno en otro vaso más largo y delgado. Cuando se le pregunta cuál de los dos vasos contiene más jugo (el vaso corto o el largo), el niño preoperacional señalará más a menudo el más largo y delgado, sin reconocer que el cambio de la altura del vaso no modifica la cantidad de líquido que contiene. El niño está focalizando en la altura del vaso.

La focalización se demuestra también en los problemas que tienen los niños para comprender las relaciones entre las partes y el todo. Por ejemplo, cuando se les muestra un grupo de cuentas de madera, cuatro rojas y ocho azules, casi todos los niños en la etapa preoperacional pueden responder en forma correcta a la pregunta “¿Hay más cuentas rojas o más cuentas azules?”. Pero son incapaces de hacerlo cuando se les pregunta “¿Hay más

cuentas azules o cuentas de madera?” ¿Cuál es la razón?, esto se debe a que el niño se concentra en la dimensión de color, o de tamaño. (Woolfolk, 1999)

Lenguaje: Se da incremento significativo en el vocabulario durante esta etapa, lo más evidente se da en la complejidad; con mayor número de relaciones semánticas complejas y un mayor aprendizaje del lenguaje pragmático cotidiano.

El niño tiende a aprender en primera instancia reglas antes que las excepciones de las reglas. Se incrementa su capacidad cognitiva y lingüística que permite la utilización de un amplio rango de estrategias de análisis formal que no han alcanzado dicho nivel de desarrollo.

Sensorio- motor: En esta etapa los niños ya se ubican en preescolar y es aquí donde se da un asombroso desarrollo de sus capacidades motoras (va desde el proceso de correr hasta el inicio de la escritura). De hecho, al final de esta fase del desarrollo han adquirido las herramientas necesarias para las actividades motoras del adulto. Con el tiempo, se dará un refinamiento de dichas herramientas que podrán ser modificadas a lo largo de la vida y que serán influenciadas por la práctica.

Socio- emocional: Al tiempo en que se desarrolla el pensamiento simbólico el juego tiene un papel primordial. La calidad del juego podrá ser una variable crítica que incluye estrategias de resolución de problemas en forma adecuada y que las investigaciones han revelado que tiene que ver con la calidad del vínculo con sus padres y por consecuencia del desarrollo de relaciones apropiadas. Es una etapa de avances fundamentales en la modulación y expresión de sentimientos que aterriza en un desarrollo social último. Por lo tanto, el recurso de la negación ante los problemas cotidianos puede hacer la diferencia en los períodos subsecuentes.

Conducta adaptativa: La adquisición de patrones de comunicación en esta etapa del desarrollo se focaliza más en aspectos sociales. Es una etapa donde los niños se permiten

espontáneamente expresar sus necesidades, al tiempo de observar mayor independencia en los hábitos del comer, aseo personal, vestido, como afectividades preparatorias para la etapa escolar.

Al mismo tiempo el desarrollo motor fino les permite la aplicación de actividades sociales más apropiadas para su edad, tales como deportes y una amplia variedad de actividades escolares. (Flavell, 1998)

2.1.3 Periodo de Operaciones concretas (7 a 11 años)

Esta abarca el desarrollo de los niños en primaria entre los siete y los 11 años. En esta etapa los niños pueden realizar lo que Piaget denominó operaciones de primer orden u operaciones sobre objetos. Empiezan a pensar deductivamente y pueden resolver problemas de tipo “Si todos los patos son aves, tu patito Daffy ¿Es ave?”. Los niños en esta etapa tienen más habilidad para usar la lógica y la objetividad al resolver problemas. También tienen mejores destrezas de clasificación. Por ejemplo, pueden clasificar objetos sobre la base de combinaciones complejas de muchas dimensiones, como color, forma y peso. La principal limitación de los niños en la etapa de operaciones concretas es que sólo pueden realizar operaciones de primer orden. Es decir, pueden resolver problemas sobre la base de experiencia que en realidad han tenido o sobre objetos concretos que están presentes y con los cuales pueden trabajar. Pero, por lo general, no pueden resolver problemas abstractos. (Flavell, 1998)

2.1.4 Periodo de operaciones formales (11 a 15 años)

La cuarta y última etapa propuesta por Piaget es la de las operaciones formales, que puede empezar a los 11 o 12 años. En esta etapa, los niños comienzan a realizar operaciones de

segundo orden. Esto significa que pueden realizar conceptos que no han sido experimentado y objetos a los cuales no pueden manipular activamente.

2.1.5 Razonamiento Infantil y la comprensión del mundo

Desde la aparición de la función simbólica (dieciocho meses) hasta los cuatro años, Piaget sitúa una etapa de la evolución del pensamiento que se denomina inteligencia preconceptual y que se caracteriza por los preconceptos y el razonamiento transductivo. Los preconceptos son esquemas representativos concretos y se basan principalmente en estas imágenes que evocan los ejemplares característicos de una colección de objeto determinada. Estos esquemas preconceptuales no son capaces de mantener la identidad de los individuos cuando se producen cambios aparentes y superficiales, ni de diferenciar aquellos que pertenecen a la misma clase, peor que son individuos distintos y separados.

Piaget denomina transductivo el pensamiento del niño que no procede ni por la inducción ni por deducción, sino de lo particular a lo particular, manifestando por ello una total ausencia de reversabilidad y de ordenación lógica. El niño en estas edades se centra o atiende especialmente un solo aspecto relevante de un hecho, descuidando otros aspectos importantes.

Entre el pensamiento conceptual y transductivo y el pensamiento operatorio; se intercala una forma intermedia de razonamiento. El pensamiento intuitivo, de los cuatro a los siete años. Este pensamiento intuitivo es el principio egocéntrico, centrado en la acción, carente de equilibrio entre la asimilación y la acomodación. Progresivamente se va produciendo una mayor descentración que conduce a la reversabilidad y a la organización operatoria de la inteligencia.

2.1.6 Perfil de niños con DAH según su edad

Las etapas de desarrollo anteriores corresponden a un niño sin ningún trastorno. A diferencia, Los niños con DAH, aunque atraviesan por las mismas etapas que menciona Piaget, difieren en sus expresiones conductuales.

- De cero a dos años: Problemas en el ritmo del sueño ³⁶y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.
- De dos a tres años: Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.

De cuatro a seis años:

- Según la valoración de los profesores del niño con DAH este se muestra inquieto, impulsivo, con falta de atención, agresivo y desobediente.
- Los padres lo describen como impulsivo, desobediente y agresivo.
- Con frecuencia está distraído. No parece escuchar cuando se le habla, no sabe jugar sólo y las relaciones con sus compañeros se caracterizan por peleas y discusiones.

³⁶ Aunque estos trastornos son, generalmente, "benignos" no deben ser subestimados, pues pueden ser inicio de trastornos de DAH. Hay variaciones importantes en cuanto al nº de horas de sueño que un bebé necesita: suele ser alrededor de 17 horas, y al final del año de unas 15 horas. Durante los 3 primeros meses, las interrupciones nocturnas suelen ser frecuentes hasta que poco a poco vayan estabilizándose sus ritmos de sueño. Para poder incidir sobre este trastorno, habrá que revisar qué hace el bebé durante el día pues, generalmente, en la mayoría de estos casos se dan condiciones poco favorables para que se establezca un adecuado período de descanso.

-
-
- Por un lado, no saben jugar solos y además tienden a apartarse con los juguetes que son más novedosos para ellos. Los manipulan hasta que se cansan y los dejan destrozados.
 - Cuando juegan con alguien no admiten perder, no son capaces de seguir las reglas del juego. Esto hace que sean rechazados por sus compañeros.

De siete a doce años:

- A esta edad el niño con DAH le hace que no sepa mantener la disciplina en clase y además tiene más dificultades de aprendizaje que sus compañeros.
- Para los profesores es un "mal educado" y un "holgazán". Piensan que los padres tienen la culpa de su comportamiento, por lo que encarece y dificulta la relación entre el colegio y la familia. Esto a su vez, incrementa la conducta hiperactiva en el niño.
- En algunas ocasiones, los profesores, pensando que es un problema de inmadurez le aconsejan a los padres que el niño repita curso. Esto no soluciona nada, ya que la hiperactividad no es sólo una cuestión de curso.
- A esta edad se manifiestan las dificultades de aprendizaje en el niño.
- La relación con sus compañeros no es buena, lo rechazan, por las diferentes actitudes que manifiestan ante el grupo (agresividad, impulsividad...)
- En otras ocasiones, se invierten los papeles y pasan a desempeñar el papel líder de la clase ya que sus actitudes son vistas como hazañas y como algo que divierte.

-
-
- A esta edad, debido a su impulsividad, también se caracterizan por cometer infracciones.
 - Todo esto genera en el niño sentimientos, estados y sensaciones de inseguridad, fracaso e insatisfacción.
 - No es fácil percibir en el niño una autoestima y autoconcepto bajo debido a que frecuentemente mienten para ganarse la aprobación de todos los que le rodean (profesores, padres, compañeros...)
 - A partir de los siete años, si no se le ayuda puede tener síntomas de depresión, consecuencia de su fracaso para adaptarse a las demandas de su entorno.
 - La conducta del niño con DAH se agrava a partir de los siete años, sus intereses cambian y todo se hace más complejo.

Adolescencia:

La adolescencia es una etapa difícil³⁷, más lo es para un niño con DAH.

La relación con los padres empeora. El niño con DAH se vuelve más desafiante, rebelde

³⁷ La adolescencia es un proceso por el cual el individuo se desprende de las características de niño para alcanzar el rol de adulto. En esta etapa finaliza la infancia para adentrarse en una búsqueda de la identidad y maduración de la personalidad. Es precisamente en este periodo de búsqueda de la propia identidad como adulto donde se encuentra la mayor cantidad de conflictos que surgen en relación con padres, con amigos e incluso consigo mismo. Se habla de una etapa evolutiva de y en muchas ocasiones de vacío por no hallar el horizonte debido y no poseer expectativas claras. Esta situación de malestar interno se manifiesta en gran parte de las ocasiones en disputas con todo y todos los que le rodean, aún cuando la vivencia de la adolescencia sea diferente en cada individuo.

El rendimiento académico disminuye notablemente y las relaciones con sus profesores empeoran. Todo esto contribuye a que la autoestima se haga cada vez más negativa.

Los padres de los niños con DAH, a esta edad, se enfrentan a problemas más graves que las madres de otros niños. Todo se debe a que los niños con DAH son más susceptibles a ciertos riesgos como: el alcohol, o adición a otra droga, las experiencias sexuales (no tienen la madurez suficiente como para integrar en su vida el acto sexual, llegando a realizar el acto indebidamente) y los accidentes de tráfico (son más propensos a tener accidentes de tráfico, debido a su imprudencia y a que no anticipa las consecuencias de sus acciones).³⁸

E haber descrito las conductas por etapas de desarrollo, permite entender como se manifiesta y el impacto de los niños con DAH en la familia. A continuación se revisará esta intersección.

2.2 Manifestaciones en la familia

Los padres suelen definir a un hijo hiperactivo como inmaduro, maleducado y peleonero. Sus comportamientos generan conflictos en la familia, desaprobación y rechazo. Son irritantes y frustrantes en cuanto al éxito educativo de los padres, y algunos niños tienden al aislamiento social.

Generalmente, el DAH no es detectado por los padres. Estos aunque perciben que al niño le sucede algo no lo asocian con un trastorno de conducta, sino lo atribuyen a un carácter empeinado o a una falla en la educación.

Se empeora o se confirma la percepción de los padres cuando el niño, aún sin diagnosticar, comienza la educación formal. Donde el niño no aprende como los demás, en esta etapa la

familia o los padres sienten ya una presión externa o social más fuerte. Pues en este momento no sólo ellos y su familia cercana tienen problemas con el niño, sino ahora sus nuevos compañeros y sus profesores. Esta época contribuye a reforzar el sentimiento de frustración de expectativas sobre el niño o a aumentar la preocupación.

Sí los padres acuden a buscar ayuda y la reciben, inicia aquí un peregrinar largo de opiniones encontradas o de alternativas que muchas veces causan en los padres conflictos de pareja o roturas familiares. Sí se supera esta crisis, entonces inicia una búsqueda larga del mejor profesional o profesionales para ayudar al niño. Esta acción tiene una consecuencia directa no solo en el estado de ánimo de la familia, sino también, tiene una repercusión económica que puede alterar los planes futuros de la familia. Ahora el desconcierto es mayor.

Sí se tiene un diagnóstico certero, el problema es ahora ¿Cómo ayudar de forma práctica al niño? ¿Qué hacer en casa? Esto se agrava cuando el diagnóstico es tardío.

Este trastorno ya se detecta antes de los 7 años y unos tienen síntomas más graves que otros. Una cosa que hay que tener en cuenta, es que si los padres riñen exageradamente al niño hiperactivo, pueden estar fomentando un déficit de autoestima por su parte (sobre todo si lo critican por todo lo que hace) y realimentan el trastorno, ya que el pequeño acabará por no esforzarse por portarse bien, pues verá que siempre acaban riñéndole haga lo que haga.

Las pautas que un niño con DAH necesita en la familia:³⁹

- Tener normas claras y bien definidas.
- Dar órdenes cortas y de una en una.
- Propiciar un ambiente ordenado y muy organizado, sereno y sin gritos.

³⁸ Perfil de los Niños Hiperactivos según la edad <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=190>

³⁹ AVILA y. POLAINO – Lorente, Como vivir con un niño hiperactivo, Narcea, Argentina, 2000, 40 p.

-
-
- Reconocer el esfuerzo realizado por el niño. Aumentar su autoestima.
 - Evitar ser superprotectora y no dejarse manipular por sus caprichos.
 - Cumplir siempre los castigos y las recompensas ante sus acciones.
 - Darle pequeñas responsabilidades.
 - Aceptarle tal y como es.
 - Saber que el trabajo es mucho y que se necesita mucha constancia.
 - Fomentar sus puntos fuertes, sus facultades.

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 los unos con los otros.

Es especialmente difícil ser el padre de un niño que está lleno de actividades descontroladas, deja desordenes, 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, le 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.

En el asesoramiento psicológico individual, el terapeuta ayuda a los niños o adultos con DAH a sentirse mejor respecto a sí mismos. Aprenden a reconocer que el tener una incapacidad no refleja quiénes son como personas. El terapeuta también puede ayudar a personas con DAH 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 están solas en su frustración y que otros quieren ayudar. A veces sólo el individuo con DAA 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.

La psicoterapia ayuda a personas con DAA 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 DAA por lo general, quieren conseguir controlar sus comportamientos sintomáticos más directamente. De ser así, se necesitan intervenciones más directas.⁴⁰

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 Enrique 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

⁴⁰ <http://www.psicologosclinicos.com/Hiperactivo.htm>

Consulta: Octubre, 2004

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.

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.

Los grupos de apoyo conectan personas con inquietudes en común. Muchos adultos con DAH 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. 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.

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 al niño del resto del grupo 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 busca que el niño esté quieto y solo por un rato para que se calme. 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 tomarlo 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 tienen 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 con todos los niños, a pesar de que niños con DAH pueden necesitar premios más frecuentes.

2.3 Repercusiones sociales

Las repercusiones sociales se refieren a la conducta anormal dentro de la sociedad. Por tanto el infante que no actúa de acuerdo a las formas de conducta repetidas en una sociedad se le llamara anormal o desviado. El DAH entra dentro de las enfermedades que tienen gran impacto social, ya que éste no permite que el niño se relacione normalmente con sus iguales, su familia o su entorno en general.

Esta falta de relación normal propicia la inestabilidad mental y emocional adicional al trastorno mismo:

1. El exceso de trabajo pues el niño se esfuerza por agradar y la fatiga mental pues al no lograrlo no entiende porqué.
2. La frecuente tensión nerviosa.
3. El excesivo conflicto que causa en la familia y en su convivencia en general.

La vida puede ser difícil para niños con DAH. 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, saca los juguetes y pierde 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.

Por ejemplo, la medicación ayuda a controlar parte de los problemas de comportamiento que pueden haber llevado al tumulto social. Pero más a menudo, hay otros aspectos del problema que la medicación no puede tocar. A pesar de que el DAH 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 DAH puede hacer que las personas teman que son raros, anormales o estúpidos.

2.4 Repercusión emocional en los padres

El convivir con un niño con déficit de atención suscita una mezcla de sentimientos. Por una parte la familia reconoce sus valores personales y lo quiere sinceramente. Pero de otra, también la familia reconoce que no es fácil y que con frecuencia aparecen situaciones y actitudes que dificultan la vida en familiar. Lo anterior, es particularmente cierto en aquellos casos en que el déficit de atención cursa con hiperactividad.

Esto se explica por los psicólogos y los pediatras quienes llaman vínculo padres-hijo a las normales relaciones psicológicas entre los padres y su hijo. Esta relación psicológica normalmente es muy intensa, y está influida por varios factores:

- Por las experiencias de los padres cuando fueron criados por sus propios padres.
- Por sus actitudes culturales y sociales hacia la crianza de los niños.
- Por el desarrollo de su personalidad.
- Por su deseo de tener un hijo.
- Por la planificación psicológica de la llegada del recién nacido, que progresa a lo largo del embarazo.

El vínculo padres-hijo asegura el apoyo necesario de los padres al niño durante sus años de desarrollo y mantiene el desarrollo de la personalidad del niño.

Cuando el niño resulta, a través del tiempo, con DAH, la situación y la relación se vuelve difícil, ya que es frecuente la aparición de una reacción inicial de rechazo o de confusión, generalmente a nivel inconsciente, que suele seguirse de una postura de sobreprotección, que no es igual que el vínculo normal. Las atenciones de apoyo a los padres ayudan a minimizar su ansiedad y promueven el proceso de vínculo.

Los niños con afecciones crónicas, afectan las actividades diarias durante años, o son causa de períodos repetidos de regaños, situaciones de tensión, confusión, frustración, negatividad, y estas reacciones familiares se traducen en el niño en:

- Sufrir dolor y malestar,
- Ver frenado su desarrollo e inserción social normal,
- Ser sometidos a frecuentes revisiones, asesorías, castigos y visitas ambulatorias,
- Soportar tratamientos médicos,
- No poder participar en las actividades de sus compañeros,
- Necesitar múltiples cuidados diarios,
- Seguir un curso en principio impredecible.

Para la familia, el DAH de un niño representa:

- Perder el "hijo ideal",
- No ocuparse de los otros hermanos,
- Mayores gastos en dinero y tiempo,
- Verse envueltos en las complicaciones de los sistemas asistenciales (por ejemplo, seguridad social),
- Perder oportunidades (por ejemplo, una madre que no puede reanudar su actividad laboral)
- Aislamiento social

Una familia puede acabarse sí vive un estrés de este tipo, sobre todo si ya existen otros problemas conyugales o familiares de base. Es probable que incluso los padres más capaces necesiten ayuda.

Esta ayuda suele proceder del médico de asistencia primaria, el personal de enfermería y las asociaciones de afectados y de sus familiares, que hacen que el niño y sus padres no se

sientan solos, ni extraños entre gente que no conoce o no comprende su problema o su estado psicológico. Las asociaciones de estos tipos ofrecen ayuda psicológica en forma de terapia, en algunos casos.

Determinadas circunstancias pueden favorecer la obtención de otros tipos de ayudas, de carácter social, para ayudar en el manejo del niño en casa, o educativo para favorecer su inserción en el mundo escolar normal, o cuando esto no es posible para que puedan acceder a centros específicamente diseñados para ayudarles.

Los resultados en gran medida dependerán del grado de madurez de la familia, y de la comprensión y la aceptación por parte de toda la familia del estado del niño, de forma que puedan establecerse cuanto antes relaciones normales y el niño, aunque sea diferente de los otros, se encuentre en un entorno similar al de los demás.

Por ello, es normal que muchos padres demuestren sentimientos hostiles hacia sus hijos, debido a que no comprenden por qué el niño se comporta de ese modo y tampoco saben cómo abordar la situación. Como consecuencia, las madres de los niños hiperactivos son las más propensas a tener problemas de ansiedad. Y esto por los problemas de conducta que presenta su hijo y en ocasiones por su falta de recursos para hacerles frente.

Las siguientes son algunas principios generales que han seguido algunas familias que teniendo un niño con esta dificultades han logrado mantener la vida de familia en unos límites de convivencia razonable.

1. Aceptar las limitaciones de su niño

Los padres no deben pretender eliminar totalmente la hiperactividad en sus hijos, se trata solamente mantenerla dentro de un límite razonable. La hiperactividad no es algo

intencional. Un desmedido esfuerzo por transformar su niño de lo que es a un niño modelo puede causar mas peligro que bien.

Aceptar el hecho de que el niño es intrínsecamente activo y enérgico, muy posiblemente así será siempre. Es probable además que esta característica le conllevara grandes ventajas en su vida.

Nada es más útil para un niño hiperactivo que el tener un padre tolerante y paciente que lo sepa comprender y que sepa contener o encauzar ese torrente de energía que tienen los niños con DAH.

2. Proveer salidas razonables al exceso de energía de su niño

La energía no puede ser represada, ni guardada. Estos niños deben mantener actividades que les permitan canalizar el exceso de energía, por ejemplo correr, practicar algún deporte o hacer caminatas. Cuando el mal tiempo se impone y no es posible tener actividades al aire libre el niño necesita un sitio dentro de la casa donde pueda divertirse y estar a gusto sin necesidad que critiquemos su actividad.

Lo anterior, no quiere decir que, se deba estimular demostraciones inapropiadas de actividad, simplemente se busca canalizar la energía del niño. Los adultos deben cuidar de no generar excesivos roces con estos niños por exceso de órdenes o por querer imponer patrones rígidos de comportamiento. Los hermanos deberán tener prohibido el estimular conductas inadecuadas. No deben tolerarse porque el niño hiperactivo no sabe cual es el limite hasta donde puede llegar y en donde detenerse siendo esta una fuente de disgustos y peleas. El dar alguna gratificación a la conducta brusca de un niño lo llevara ha adoptar como un patrón de interacción con la otra gente, lo cual puede ser francamente inadecuado.

3.- Mantener su vida de familia dentro de un modelo organizado

Las rutinas en la casa ayudan a los niños hiperactivos a aceptar el orden. Mantenga horarios para las comidas, las tareas deben ser cumplidos en determinado esquema, debe haber horas de irse a la cama. Todo lo anterior del modo más consistente posible. Cuando los padres tienen respuestas previsibles frente a los diferentes eventos diarios, están ayudando al niño a que también el actúe de un modo mas previsible.

4. Tratar de evitar la fatiga en estos niños

Cuando el niño con DAH esta muy fatigado posiblemente pierda su capacidad de auto control y entonces las conductas de hiperactividad se vuelven extremas.

5. Evitar los lugares o situaciones demasiado rígidas o formales

Aquellos ambientes en los cuales la hiperactividad es demasiado inapropiada o embarazosa deben ser evitados por completo. Ejemplos típicos podrían ser el comportamiento en determinados restaurantes o las visitas a algunos miembros de la familia o, en algunos casos, la asistencia a ceremonias religiosas.

El quitar importancia al comportamiento del niño durante los viajes en carro o en los supermercados ayuda a reducir fricciones innecesarias entre el niño y sus padres.

Después del que el niño desarrolle adecuadas conductas de auto control en la casa las actividades anteriores pueden ser gradualmente introducidas.

6. Mantener una disciplina firme.

Los niños hiperactivos son, sin lugar a dudas, unos niños difíciles de manejar.

Necesitan, mucho más que cualquier niño promedio, una disciplina precisa y firme, cuidadosamente planeada y consistentemente llevada a cabo.

Las reglas deben ser promulgadas principalmente para prevenir peligros al niño o a otras personas.

Conductas agresivas o manipuladoras no deben ser aceptadas de ningún modo en el niño hiperactivo como tampoco en el niño normal. Aunque las conductas agresivas puedan ser expresión de hiperactividad deben ser totalmente eliminadas. También, debe haber reglas claras que prevengan la destrucción de cosas que sean importantes para la familia o para alguno de sus miembros.

Reglas innecesarias, sin embargo, deben ser evitadas. Estos niños son menos tolerantes. La familia necesita unas cuantas normas claras para funcionar, esas deben ser cumplidas. Otras, pueden ser añadidas en la medida en que el ritmo del niño lo permita. Los padres no deben estar detrás de su hijo todo el tiempo con correcciones o regaños innecesarios.

7. Imponer disciplina sin necesidad de castigos físicos.

Toda familia con un niño hiperactivo debe tener previsto un rincón de aislamiento) a donde enviar el niño en los casos en los cuales el simple mostrar desaprobación no es suficiente. Es importante aislar al niño momentáneamente (tiempo fuera) del ambiente donde ha mostrado una conducta inapropiada.

En el hogar, este rincón podría estar localizado en la alcoba del niño. Lograr éxito en el manejo de niños hiperactivos sin contar con un sitio en el cual podamos aislarlo, es poco probable.

El castigo físico debe ser evitado a toda costa. Lo anterior es válido para todos los niños pero particularmente en los hiperactivos. El hacerlo es enseñarles que a través de la agresión podemos lograr cosas y que en determinados casos esta puede ser aceptable.

Para poder aprender a ser menos agresivos, estos niños necesitan modelos adultos que les enseñen auto control y tranquilidad.

8. Tratar de aumentar paulatinamente el período de atención del niño.

Para prepararlos al colegio es necesario premiar su conducta no hiperactiva e ir aumentando paulatinamente su período de atención.

Un buen ejemplo es mostrarle láminas o dibujos en un libro. Si permanece atento se podrá premiar con un abrazo o con una frase de alabanza. Luego se le puede leer historias. Más adelante estimularle el colear dibujos y premiarle por ello.

Otro ejemplo es el jugar con bloques y luego progresar eventualmente a jugar dominó, cartas o dados. O el juego de parejas que es un excelente modo de ir construyendo su memoria y su capacidad de concentración. En general, aquellos juegos en los cuales hay un grado de dificultad progresivo son recomendados porque le permite al niño avanzar de cosas sencillas a otras más difíciles. Los juguetes del niño no deben ser excesivos en número porque esto puede aumentar su distracción. Además deben ser seguros y relativamente indestructibles

El conocer las conductas normales que presenta cada etapa de desarrollo, las manifestaciones conductuales en la familia y su impacto social, permite dar la posibilidad a los padres de aprender a estructurar situaciones de manera que permita que sus hijos superen las dificultades que el trastorno de DAH les provoca. Los padres también pueden

aprender a usar métodos para controlar el estrés en la familia, como media de apoyo al niño con DAH. Estas acciones en familia mejoran la relación intrafamiliar estableciendo condiciones que apoyaran al tratamiento multidisciplinario y a las acciones pedagógicas que se le propongan como resultado del un diagnóstico integral.

2.5 Manifestaciones Escolares

Los niños con DAH tienen una probabilidad de baja retención de información, además de dificultades de ajuste social y emocional, a menos que reciban tratamiento adecuado y apropiado. Esto es probablemente porque el DAH hace más vulnerables a los niños al fracaso en la ejecución escolar y relaciones sociales (entre compañeros y con maestros). El niño con DAH es capaz de aprender, pero tiene dificultad en la escuela debido a la pobre organización, impulsividad, hiperactividad, falta de atención, y distracción. Sin embargo, los niños con DAH pueden o no tener dificultades de aprendizaje, y pobre identificación.

Los niños con DAH frecuentemente presentan problemas en las dos dimensiones del aprendizaje, "Conductual Emocional", y "Problemas del Desarrollo". Particularmente: lectura, escritura, ortografía, matemáticas, lenguaje e idiomas, desórdenes de conducta, desorden desafiante, mal humor, y desorden de ansiedad. El DAH afecta también la memoria principalmente la memoria del funcionamiento y organización.

2.5.1 Características en aula

El autocontrol o autorregulación del comportamiento es el resultado del desarrollo y de los procesos educativos recibidos en casa y en el colegio, es decir, de los aprendizajes. Pero,

todo aprendizaje requiere de dos condiciones: una capacidad intelectual para relacionar acontecimientos (inteligencia lógica) y una atención eficaz y sostenida.

Todos los niños tienen que aprender lo mismo: autorregulación de su conducta, pero para los niños con alguna limitación intelectual o DAH esto se hace más complicado y requiere más tiempo, tolerancia, comprensión y otros métodos específicos de educación.

Debe tenerse en cuenta que el DAH conlleva importantes problemas de adaptación a diferentes niveles, que hacen que con frecuencia presenten trastornos emocionales, por los excesivos castigos y recriminaciones que recibe de su entorno. Esto debido a la dificultad para prestar atención y mantenerla. Además en el aula hay más elementos que lo distraen y que influyen en su comportamiento mediante recompensas u otros incentivos, fundamentalmente de tipo social.

El síndrome de DAH, entonces no permite al niño distinguir lo principal de lo secundario y suele responder a lo que más llama su atención, que en sí son los distractores normales de clase: niños hablando, jugando, juguetes, etcétera. Provocando que éstos atraigan la poca atención de aprendizaje del niño y por lo tanto ignore la enseñanza o los elementos estructurados. En general, esto puede señalarse como una de las causas del retraso en el aprendizaje de habilidades cognitivas y de resolución de problemas.

Aunado a esta desconcentración, el niño con DAH al no tener autocontrol, le cuesta estar durante un tiempo prolongado prestando atención a una misma tarea. En este punto cabe recordar que la inteligencia no tiene relación alguna con la hiperactividad, por lo tanto, hay niños hiperactivos con una inteligencia normal, baja y alta.

Sin embargo, aunque la inteligencia no es un elemento determinante, en el síndrome algunos niños pueden tener problemas de aprendizaje además de ser hiperactivos. Otros tienen estos problemas como consecuencia de su hiperactividad, de tal modo, que, al no

prestar atención suficiente, cometen más errores en sus tareas, lo que dificulta su proceso de aprendizaje.

Por ello, los problemas típicos de aprendizaje que el niño con DAH presenta en el aula son: la adquisición de la lectura, la escritura, el cálculo, problemas para memorizar y para generalizar lo aprendido.⁴¹

Además pueden presentar una coordinación vasomotora pobre, por diversas explicaciones posibles: Por una parte, el hábito de moverse de manera continua, desde que abandona la cuna, dificulta la adquisición de otro nuevo hábito incompatible con el anterior, el de realizar movimientos más lentos y controlados. Por otra parte, los movimientos deben ser dirigidos mediante procesos de atención, cuanta menor es la atención que se presta a una tarea motriz, más torpemente se realiza ésta. Finalmente, muchos movimientos bruscos y poco coordinados son el simple resultado de actuar de manera poco o nada reflexiva, por moverse de manera "impulsiva".

En los escolares con DAH, con inteligencia normal o superior, las dificultades aritméticas pueden explicarse por la escasa atención que presta a las tareas; lo cual ocasiona errores en la ejecución de las operaciones de cálculo o bien retrasos en los aprendizajes de mecanismos y procesos. Aun, cuando este tipo de niños no tienen ningún problema de memoria; lo que ocurre es que no prestan atención suficiente para memorizar, por ejemplo las tablas de multiplicar o los nombres de las formas.

Así, en los últimos tiempos se ha escrito mucho sobre los tipos de programas educativos que pudieran ser más benéficos para los alumnos con DAH, o las características del maestro que pudieran ayudar a estos niños a tener un mejor rendimiento académico. Aunque, no hay dos estudiantes con DAH que sean iguales y necesiten precisamente el

⁴¹ ARMSTRONG, T., *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad / estrategias en el aula*, México, Paidós, Colección Redes en Educación, No. 7, 2000, p. 100.

mismo tipo de ambiente de aprendizaje, existen seis principios generales que ayudarían al proceso enseñanza-aprendizaje de los niños con DAH⁴².

1. Mantener orden en el aula
2. Estimular la organización y la fijación de metas
3. Modificar la presentación de las lecciones y las tareas
4. Sentar al estudiante cerca del maestro
5. Planificar las transiciones de antemano
6. Identificar las fortalezas del estudiante

1. Mantener orden en el aula

Los maestros deben esforzarse por mantener el orden y la rutina en su aula. Es conveniente que los maestros le fijen al niño con DAH límites bien definidos en el aula y que los padres le inculquen expectativas similares sobre la conducta escolar cuando está en el hogar.

2. Estimular la organización y la fijación de metas

Al tener las reglas del aula bien definidas, los maestros comunican sus expectativas en relación con la conducta y el desempeño del alumno. Sin embargo, para que surtan efecto, las reglas deben aplicarse de una manera consecuente. La maestra debe elogiar los esfuerzos del estudiante por obedecer las reglas del aula, y sus logros en la escuela deben comunicarse a los padres en la casa para un refuerzo adicional.

Los maestros deben alentar a los estudiantes con DAH a ser organizados aunque les sea difícil lograrlo. Dirigir a los alumnos con problemas organizativos a ordenar diariamente sus pertenencias y su área de trabajo, y verificar si sus escritorios están limpios para estimular la limpieza y el orden pueden ser una gran ayuda para el niño con DAH. Al

⁴² ARMSTRONG, T., *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad / estrategias en el aula*, México, Paidós, Colección Redes en Educación, No. 7, 2000, p. 109.

inculcar la organización, es importante tener una actitud positiva y ajustar las expectativas a un nivel donde el estudiante pueda tener algunos logros.

Dividir los proyectos en tareas más pequeñas y establecer una fecha de terminación para cada una de ellas agobia menos al estudiante y aumentará sus posibilidades de éxito en cada fase.

3. Modificar la presentación de las lecciones y las tareas

Al comprender que los estudiantes con DAH tienen dificultad en prestar atención y pierden rápidamente el interés en las tareas, los maestros deben hacer esfuerzos adicionales por modificar su estilo de enseñanza para adaptarlo a las necesidades de estos niños, esto incluye acortar las tareas y permitirle al niño más tiempo para terminarlas si es necesario, dándole descansos durante un período de trabajo largo, o alentándole a continuar con la tarea.

Los maestros deben diseñar sus aulas y planificar las lecciones pensando en la motivación. Utilice las experiencias personales del niño durante las clases para que la lección se asimile mejor. Averigüe cuáles son los intereses del niño y proceda a partir de ahí. Averigüe cuáles son los intereses del niño y proceda a partir de allí. Los gráficos de colores, el aprendizaje interactivo y la evaluación inmediata y continua obran como imanes para atraer la atención.

4. Sentar al estudiante cerca del maestro

Los estudiantes con DAH deben sentarse cerca de otro alumno que sirva de buen ejemplo o modelo o cerca del maestro para que el mismo pueda mantenerlos controlados. Evite sentar a los estudiantes con DAH cerca uno del otro, de las ventanas, los murales o las áreas del aula donde estén expuestos a mayores estímulos y distracciones.

5. Planificar las transiciones de antemano

Los alumnos y los maestros pasan una buena parte del día en transición, es decir el paso de una actividad a otra. Estos son momentos verdaderamente difíciles para los estudiantes con DAH debido a sus problemas de organización e impulsividad y les cuesta tranquilizarse y reunir sus cosas para pasar a una nueva actividad. Para ayudarlos en las transiciones, el maestro deberá:

- Establecer reglas para las transiciones
- Repasar estas reglas con la clase hasta que se convierta en una rutina
- Supervisar a los estudiantes de cerca durante los momentos de transición.
- Reforzar positivamente el buen cumplimiento de estas reglas en los estudiantes
- Establecer límites de tiempo para las transiciones.
- Identificar las fortalezas del estudiante

Los infantes con DAH muchas veces desarrollan problemas con la autoestima debido al bajo rendimiento escolar. Establecer una relación positiva entre el maestro y el alumno es imprescindible, debe basarse en el afecto, la comprensión, el respeto y la ayuda. Además de reforzar una autoestima débil, el tener el aprecio positivo de un maestro animará al estudiante e esforzarse más en su trabajo, tanto para complacer a su maestro como para su propia satisfacción. Los maestros deben buscar los terrenos en los que el estudiante con DAH puede sobresalir y aportar a los demás.

6. Identificar las fortalezas del estudiante

Puesto que los niños con DAH generalmente muestran un nivel de desobediencia y distracción más alto, es importante que los maestros emitan las órdenes de una manera que favorezca las probabilidades de obediencia por parte del estudiante. Las indicaciones que son específicas, breves y que se le repiten una sola vez al niño, tienen más probabilidades de ser acatadas que las órdenes que son ambiguas, expresadas en forma de preguntas, o repetidas una y otra vez. Quizás una sola orden no sea suficiente para que un estudiante con DAH vuelva su atención hacia una actividad escolar, el maestro puede establecer una especie de código (una palmadita en el hombro, tocarle brevemente la cabeza, un llamado breve de atención) resultan muy eficaces.

Los maestros están en la obligación de informarse acerca del DAH, de sensibilizarse con este problema para poder contribuir al mejoramiento del rendimiento académico de sus alumnos. Mediante la implementación de adaptaciones sencillas los maestros en el ambiente del aula o en el estilo de enseñar, pueden adaptarse a los puntos fuertes y débiles de los alumnos con DAH. Pequeños cambios en la forma en que un maestro se aproxima a un alumno con DAH o en lo que el maestro espera, pueden transformar un año de pérdidas en uno de ganancias para el niño, y lo que es más importante aún contribuir a la felicidad del niño.

2.5.2 Repercusión en la personalidad del niño

Cuando el niño pasa de la primera infancia a la edad escolar, la influencia del grupo de iguales se hace cada vez más importante. Los niños en edad escolar pasan mucho más tiempo en compañía de sus compañeros que de sus padres. Más aún, los niños prestan gran atención a la aprobación de sus iguales, por lo que el grupo de compañeros es un poderoso medio de configuración de la conducta a través de la imitación, los reforzadores positivos o

los castigos. Se suele mantener la segregación en los juegos, es decir, los niños juegan con los niños y las niñas lo hacen con las niñas

Parece que la diferenciación del juego y la tipificación de los juguetes de acuerdo con él tienen efectos mutuos. Es decir, cuanto más juega un niño en un grupo exclusivo de varones, más actúa con camiones y, cuanto más hace esto, más le parece extraño jugar a las casitas; por tanto, evita jugar con las niñas y muestra una preferencia cada vez más fuerte por la compañía masculina, lo que supone jugar más con camiones, lo cual, a su vez, significa jugar más con niños, prolongándose así la pauta en espiral.

Los niños tienen más problemas en la escuela que las niñas, en el sentido de que se les incluye con mayor frecuencia en clases de recuperación y se les envía más a menudo al psicólogo. Una posible explicación se deriva del descubrimiento, muy comprobado, de que la incidencia de la hiperactividad es mucho mayor en los niños que en las niñas. La estimación más corriente es que la proporción de hiperactivos entre niños y niñas es del orden de 6:1, o sea, que, más o menos, el 86% de los hiperactivos son niños y sólo el 14% son niñas⁴³.

Los niños hiperactivos se caracterizan por un nivel de actividad extremadamente alto en situaciones en las que es por completo inadecuado (como en clase). Por regla general, los niños hiperactivos presentan también problemas de atención; o sea, su capacidad para mantenerla suele ser reducida. La mayor incidencia de la hiperactividad en los niños puede ayudar a explicar sus bajos rendimientos escolares. Es probable que los problemas de atención provoquen dificultades de aprendizaje y la correspondiente remisión a clases de recuperación. La misma hiperactividad resulta molesta a los maestros, siendo probable que les induzca a enviarlos al psicólogo.

⁴³ <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/masculinidad/texto2c.htm>, Consulta: Noviembre, 2004

Esta línea de razonamiento suscita otras dos preguntas. Primera: ¿cómo cambiarían las escuelas si hubiera más maestros de primaria que, de niños, hubiesen sido hiperactivos?, ¿serían más simpáticos con ellos, así como más diestros como maestros de niños hiperactivos? Segunda: ¿por qué hay muchos más niños hiperactivos que niñas hiperactivas? En realidad, nadie es capaz de responder a esta segunda pregunta. Se especula que la hiperactividad es el resultado de un retraso evolutivo o de maduración; es decir, los niños van controlando mejor su actividad con la edad y el hiperactivo puede no ser más que un niño que madura más despacio. Si, por regla general, los niños tardan más en madurar que las niñas, quizá su mayor nivel de hiperactividad sea consecuencia de su maduración más lenta.

Sin embargo, los padres que tienen un niño o niña con DAH, siempre se preguntan que tanto pueden influir en el desarrollo de personalidad de su hijo.

Este tipo de desarrollo es influenciado por múltiples factores, en los que se incluye tanto la maduración, como la experiencia presente y pasada, además de los componentes genéticos que serán los que determinen la personalidad del niño.

Además, los factores que contribuyen a crear las diferencias individuales son: la aparición de determinadas pautas biológicas de comportamiento, la familia, la cultura y el ambiente donde se cría al niño. En general parece que la herencia genética predispone, y sobre todo sí tiene un síndrome de DAH diagnosticado con ontología clínica, pero es necesario no perder de vista que el ambiente (familia) determina su expresión.

Por lo tanto, la personalidad del niño es el resultado conjunto de: predisposiciones genéticas, crecimiento físico y acción recíproca con un medio ambiente. Así, el niño no hereda directamente una personalidad. Sus genes contienen ciertas predisposiciones físicas (la estatura, el peso, la dentadura...) y neurológicas.⁴⁴

⁴⁴ Mussen, Conger, *Aspectos Esenciales del Desarrollo de la Personalidad en el niño*, México, Trilla, 2003, p. 180.

Sin embargo, la inteligencia puede ser determinada en gran parte por la expresión del DAH, de la estimulación que reciba el niño y siempre determinada por el hogar en el que vive, el grado en que la familia lo anima para alcanzar un determinado nivel intelectual, la clase de educación recibida, y las propias decisiones tienen un efecto en la forma de manifestarse intelectualmente en el niño.

La personalidad está determinada por muchas cosas. Cada niño desarrolla algunos rasgos permanentes que caracterizan su manera de afrontar sus emociones, los problemas y las frustraciones. La conducta del niño es aprobada o desaprobada por personas significativas en su vida, y él se guía por esos hechos.

Es muy importante que el niño sienta la aprobación de sus padres, que es aceptado y aunque sea difícil manifestárselo a este niño con DAH, que reciba mucho amor.⁴⁵

Estos factores determinan en un futuro, la conducta del niño. Pues, los niños tienden a imitar a las personas que admiran y a las que quieren parecerse. Los padres sirven de modelos. Los hijos observan las cosas que sus padres hacen y los resultados de los actos de éstos. Acostumbran a adoptar las creencias, aptitudes, valores y conductas del modelo a imitar. Este es el proceso de identificación, que es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de la personalidad en la infancia.

La identificación se inicia cuando el niño empieza a comentar las similitudes entre él y sus padres. No solo incorpora los actos y valores de sus padres a su propio carácter, sino que los exagera. Algunos de los resultados de esta identificación con los padres son la adquisición de una conciencia, de un carácter, de una conducta y por eso es importante que los padres se den cuenta de la influencia que tienen sobre sus hijos. El DAH, no impide esta

⁴⁵ PORTAL Ariosa, Guadalupe y Luz Ma. Solloa García. *Validez del diagnóstico del TDA-H, su prevalencia en una muestra escolar a través de cuestionarios para maestros*. Tesis. Universidad Anahuac. México. 1993.

identificación natural con los primeros modelos a imitar. Pero, sí contribuye a afectar la relación normal de esta identificación.

Durante el segundo y tercer año de vida, las relaciones personales y sociales del niño se amplían. Debido a que él es muy movido y podrá actuar en reciprocidad con compañeros de su edad, y con los padres. En estos primeros años es cuando el niño desarrolla poco a poco su personalidad, porque está adquiriendo su carácter, tiene curiosidad por todo, hace muchas preguntas, y es en este tiempo en el que la familia afecta profundamente la idea que tiene de sí mismo.

Con dependencia, en parte, de sus padres y de otras personas de su hogar, se verá a sí mismo como una persona competente, amada, quien madura equilibradamente, o por el contrario según sea su relación con su familia, se verá como un niño rechazado, y que no logra satisfacer las expectativas de sus padres.

Los dos factores determinantes en el desarrollo social y personal del niño son su herencia genética y su medio ambiente familiar. Al llegar el niño a los tres años, empezará a adquirir característica del adulto. Tiene habilidades intelectuales rudimentarias, relaciones sociales y una manera de comportarse con los demás. El niño aumenta sus capacidades motoras y preceptuales y ha adquirido el lenguaje.

Es necesario recalcar que se ejercen tres influencias principales sobre el desarrollo social del niño. Las primeras reacciones recíprocas sociales importantes, tienen lugar en el seno de la familia, pero después de los seis años, otros dos grupos empiezan a ejercer un control cada vez mayor sobre la conducta del niño. A medida que éste madura, se verá influido por los compañeros y los profesores de escuela.

Por lo tanto, es importante que tanto la familia como en la escuela, puedan apoyar al niño con DAH, desde está temprana edad. Ello asegurará un mejor pronóstico de mejora. El papel de la familia ante una conducta problemática de su hijo con discapacidad intelectual

resulta crucial. Por un lado es la que con frecuencia más sufre con sus consecuencias; y por otro, es la que está implicada durante más tiempo, y más oportunidades tienen para intervenir. Tras analizar el impacto de la conducta problemática sobre la familia, se debe revisar la estrategia de intervención que mejor se ajuste a las necesidades de la familia y que mejor le puede ayudar a afrontar la situación. Para ello es preciso que se cree una estrecha relación entre los profesionales y la familia, de modo que la intervención responda de manera realista a las necesidades del individuo. El análisis conjunto de situaciones, teniendo en cuenta el entorno real del niño, compromete a todos en una tarea común y hace que la familia se sienta apoyada cuando más lo necesita. Esta forma de afrontar el problema significa oportunidades para el niño, fomenta su bienestar físico, social y emocional y promueve su estabilidad a través de que le permite predecir y controlar el ambiente y las circunstancias que le rodean.

El describir y analizar las características de un niño y su proceso personal ayuda a establecer los cursos de acción necesarios o pertinentes para apoyar el progreso del niño. Las estrategias pedagógicas deben estar dirigidas a potenciar el desarrollo del niño aún cuando este sufra de DAH.

Capítulo Tres

Estrategia del docente

La doctrina de los métodos pedagógicos constituye la piedra angular de la práctica educativa. No es suficiente el dominio de la materia a enseñar, sino que es necesario, también, dominar la técnica pedagógica que permita transmitir los conocimientos de forma eficaz. El docente debe luchar en todo momento contra la improvisación y contra la rigidez que genera la rutina.

La moderna pedagogía intenta superar la concepción que dedica demasiada importancia al modo en que la información se transmite al estudiante, sin analizar a fondo qué se aprende, quién lo aprende, con qué rapidez y con qué fin. Se intenta superar la concepción del estudiante como elemento pasivo, dependiente e incapaz de participar en el proceso del aprendizaje. El aprendizaje se concibe en la actualidad como un proceso que entraña un cambio constante en la forma de pensar, sentir y actuar del estudiante. Esto implica un cambio de comportamiento: el estudiante no sólo debe tener más conocimientos al final del proceso, sino que también debe haber cambiado su actitud para pensar. Por ello, es pertinente revisar el concepto de estrategia docente.

3.1 Estrategia Didáctica

La estrategia docente para apoyar a un niño DAH debe ser aplicado bajo los siguientes parámetros que asumen que el eje central de este mantiene un carácter integral como elemento pedagógico, por lo tanto, esta propuesta busca, dentro de la investigación se sugiere de manera general y por ende se aplico al caso de Daniel:

- Crear las condiciones necesarias para la enseñanza.
- Orientar a los niños para involucrarse (se conversa previamente con ellos, estimulándolos a seleccionar los materiales y a jugar con otros niños.).
- Dirigir las actividades la vivencia.
- Preparar condiciones para concluir y obtener conclusiones del niño

-
-
- Atender los conflictos que surjan durante el curso
 - Propiciar la imaginación de los niños para realizar las acciones en referencia al aprendizaje que se pretende
 - Propiciar la realización de acciones consecutivas que permitan la continuidad

En nivel de planificación de actividades se asume un enfoque holístico. Por otra parte, la operativización del trabajo con niños – familia parte del hecho de contar con un Sistema de Entrenamiento Conjunto:

- Propuestas planeadas previas ha las que el profesor responsable deberá depurar y perfeccionar y adaptar a su grupo y al niño con DAH en particular.
- Contar con un sistema de diagnóstico de la comunidad, familia y niño que permita contar con un Perfil.
 - Este puede ser una entrevista con cada pareja de padres o por medio de un cuestionario.
- Contar con un Sistema de Seguimiento y Asistencia para dudas o comentarios del comportamiento del niño en casa.
- Contar con un Programa de Capacitación previa para todo el programa, tanto para profesores como para exponerlo ante los padres de familia.
- Contar con un sistema de Evaluación Permanente para todo el programa.

3.1.1 Fundamento Didáctico

Fase previa:

- Crear un nivel de empatía y confianza entre los niños – padres y educador
- Crear las condiciones previas para la realización de la actividad: Limpieza del local, disposición de materiales, estudio previo y aplicación.
- Revisión de la actividad programada para ser realizada en la casa, y en consecuencia la utilización de estímulos positivos, sean cuales fueren los resultados alcanzados.

Fase de Orientación:

- Orientar a la familias sobre las acciones que los niños van a realizar, los niveles y momentos de participación de los padres, la forma y el material, a ser utilizado.
- La integración del grupo de padres.

Fase de Ejecución:

- Utilización de materiales y medios didácticos adecuados.
- Propiciar la alegría de los niños y su deseo de realizar la actividad.
- Orientar a los niños sobre lo que van a hacer.
- Propiciar la participación de los niños – padres en la realización de la actividad.
- Atender las diferencias individuales y de desarrollo en lo que respecta al grado de complejidad de los elementos.
- Lograr establecer una relación afectiva con los niños – padres – educador.
- Alcanzar resultados en función de los objetivos de la actividad planificada.
- Propiciar la iniciativa y acción independiente de los niños, así como también el apoyo de los padres – niños
- Utilizar procedimientos lúdicos para desarrollar las actividades.

Fase de Control:

- Verificar el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Verificar el manejo del grupo.
- Verificar la actividad con los padres: contenidos, recursos empleados, tiempo de ejecución, programación de la próxima actividad, seguimiento a realizarse. (De ser necesario).
- Determinar con las familias las actividades que estas realizarán en casa para apoyar los objetivos planteados.

3.2 Fundamento Teórico

Vygotski subraya que el niño pasa de una regulación externa, a la autorregulación. Sin que haya conocido todas las reflexiones y los desarrollos que se han hecho en este sentido en el campo de la psicología moral, toma posición y otorga un papel muy importante al adulto, en esa posibilidad que tiene el niño del paso de una heteroregulación a la autorregulación.

Para Vygotski el desarrollo de los diferentes procesos psíquicos implica el paso de lo inter a lo intra. Cada proceso aparece primero en el plano de lo interpersonal para luego pasar a un plano intrapersonal. Igualmente Vygotski sostiene que diferentes estudios demuestran que el niño aprende primero a hacer coherente su comportamiento con un conjunto de reglas externas y que solamente en un segundo tiempo se da la autorregulación voluntaria. En estos cambios la mediación del adulto tiene un papel esencial, posibilitando en un proceso progresivo, la autorregulación.

La conclusión de las posturas teóricas anteriormente planteadas y para efectos de la elaboración de la presente propuesta se dice que: No hay un paso directo de la dependencia a la autonomía, en su lugar se puede pensar en un proceso de este tipo: dependencia - ambas - autonomía; proceso que no es lineal. Porque la conciencia autónoma se construye en un proceso largo y complejo y en diálogo, en conflicto, en negociación y contradicción con la conciencia dependiente y con el sentido de deber y obligación que allí se construye, la autonomía como superación de la dependencia.

Sin embargo la dirección del proceso como descentración implica que el sujeto tiene la posibilidad de tomar cierta distancia de los contenidos culturales que definieron su moral inicial, a partir de sus capacidades cognitivas.

Dentro de la interpretación que se esta haciendo el sujeto humano tendría entonces esas dos condiciones. Una fuerte dependiente, pero también una posibilidad de construir espacios de autonomía, que le permiten asumir la norma críticamente y tomar distancia de los criterios que le fueron dados.

Por supuesto que, ese proceso de construcción de autonomía es complejo y difícil, pero abre un espacio y posibilidades importantes para la educación.

Aunque, no se puede olvidar el peso de lo contingente y contextual, como son los sentimientos e intereses, educación y del desarrollo cognitivo que logre, el ser humano tiene la posibilidad de construir pequeños pero fundamentales espacios de autonomía. Autonomía lograda a partir de un proceso de abstracción frente a los elementos culturales concretos que recibe y que le permiten construir criterios universales.

Sería necesario enfatizar aquí respecto a la persona, con su capacidad para construirse un proyecto de vida propio y la necesidad de que las practicas educativas ayuden a crear las condiciones que le permitan la búsqueda de caminos en dirección a su realización personal.

En este sentido, la escuela tiene una función muy particular. La de ser facilitadora de experiencias, de vivencias, de estrategias, que le permitan al niño avanzar en el proceso de construcción de una persona autónoma. Por ello, es muy importante que se le proporcione atención especializada y puntual a un niño con DAH.

Se impone la necesidad de efectuar una selección de criterios de acuerdo con los siguientes principios educativos:

1. En la familia, el niño aprendió, o debería de aprender, aptitudes fundamentales como: hablar, vestirse, asearse, obedecer a los mayores, proteger a los más pequeños, compartir alimentos y otras cosas con quienes le rodean, participar en juegos colectivos, respetar reglas (de acuerdo a su desarrollo cognitivo), distinguir de manera elemental entre lo que está bien y lo que está mal.
2. La educación familiar funciona por vía del ejemplo, apoyada por la recompensa de caricias o por el contrario de castigos. Por eso, lo que se aprende en la familia tiene una gran fuerza persuasiva, que en el mejor de los casos, sienta las bases de principios

estimables pero que, al mismo tiempo, en los casos desfavorables hace arraigar prejuicios que más tarde serán difíciles de modificar.

3. La escuela educará con autoridad, sinónimo de ayudar a crecer a los más jóvenes de acuerdo al principio de realidad.

4. Se considera posible enseñar a los niños con DAH en los primeros años, reflexionando sobre las actitudes de los maestros y en la relación entre alumnos.

3.3 Propuesta en casa y aula

En el presente programa sólo se desglosa la enseñanza de los niños DAH, no se considera la totalidad del programa escolar, porque se trata de centralizar acciones sobre conductas específicas. Este proceder, aunque conservador, puede llevar pausadamente al niño a presentar mejoras conductuales en todo el ámbito del programa escolar.

Dirigido a: Niño con DAH

No. Semanas efectivas de sesiones: 34, 20 en aula y 14 en casa

A continuación se muestra en forma práctica las intenciones educativas, metodología y actividades sugeridas para reforzar la enseñanza en el niño con DAH.

Se considera que las tareas deberán orientarse hacia la comprensión, interpretación y análisis evaluativo de los distintos aspectos y contenidos que se presentan en la vida cotidiana del niño. Así las actividades deberán orientarse con criterios tales como:

- Que es un proceso contextualizado e integral: Dado que los hechos y manifestaciones humanas sólo adquieren significado y sentido dentro de un contexto cultural determinado y en situaciones particulares, el profesor y la profesora deberán reconocer el medio, las situaciones y condiciones específicas en el que los alumnos se han venido desarrollando y en el que la escuela se ha ido configurando. Así las prácticas,

comportamientos, juicios o acciones de los niños deberán analizarse a la luz de este marco de referencia.

Se hace entonces necesario aprovechar las distintas situaciones y momentos de la vida escolar para analizar con los niños y las niñas los problemas y conflictos que se presentan, precisando con ellos las razones, las responsabilidades propias y las de los otros, las alternativas de solución, etcétera.

De esta forma, se tendrá en cuenta la singularidad de los sujetos implicados.

3.4 Integración familiar

Bajo los siguientes supuestos la integración familiar se vuelve el apoyo esencial para el avance del niño con DAH:

- Es un proceso permanente: Si el interés se centra más en los procesos que en los resultados, el trabajo deberá ser parte de la labor cotidiana de los maestros. Las manifestaciones diarias del alumno es parte de ese análisis que ellos deberán hacer para ir comprendiendo las formas como los estudiantes van avanzando
- Estas expresiones deberán hacer parte del análisis individual y colectivo. El apoyo o integración familiar deberá ser comprendida de esta manera no tiene ni momentos ni espacios específicos, es parte constitutiva del proceso de enseñanza-aprendizaje y por lo tanto no puede ser considerada como un anexo o elemento independiente.
- No es una actividad que se hace a último momento para presentar los informes de logros de los estudiantes, ni mucho menos para sancionar, es ante todo un proceso reflexivo y autorreflexivo que en si mismo educa y proporciona criterios para continuar evaluando las acciones, los contenidos, el avance del niño.

Concebida así, la integración familiar de un niño con DAH se constituye en un eje central del proceso educativo que regulará de una u otra forma su desarrollo. Requerirá por lo tanto

de mucha atención, pues de la manera como se haga, dependerán en gran parte los logros del niño, de los padres, ambos como familia y del maestro.

No supone esta postura el que no puedan existir momentos en el que de manera deliberada se haga un corte, se evalúen de manera global los procesos y se tomen decisiones al respecto. Ya que:

- Es un proceso participativo: La evaluación deberá ser un proceso de participación individual y colectiva. En este proceso de análisis colectivo esencialmente formativo, se irán construyendo nuevos criterios, sentidos y miradas sobre el mismo proceso evaluativo y educativo.
- Supone el uso de diferentes instrumentos: La dificultad de objetivar los procesos implicados en la educación de un niño con DAH debido a su carácter complejo, conlleva la necesidad de buscar diferentes fuentes, procedimientos e instrumentos para lograr hacer evaluaciones lo más certeras e imparcialmente posibles. El trabajo consistirá entonces en un esfuerzo por recoger, integrar y cruzar información, de tal manera que se posibilite una comprensión más rica de las diferentes situaciones de la vida escolar.

De esta forma cabrán aquí toda la gama de posibilidades: entrevistas, cuestionarios, charlas informarles, debates colectivos, relatos, narraciones, juegos, observación del pequeño, que de alguna manera podrían dar cuenta del avance de los procesos.

- Tiene un carácter prospectivo: La información obtenida y el análisis que de ella hagan los docentes en su práctica, no sólo serán un valioso diagnóstico de la situación, sino que se constituirán en referentes insustituibles para la toma de decisiones, la búsqueda de nuevos caminos y la reformulación de los planteamientos curriculares y de las prácticas escolares. La evaluación como mirada de futuro permitirá al niño y al adulto encontrarle alternativas y soluciones a sus dificultades, vislumbrar nuevos rumbos y planear acciones individuales y de grupo.

Tener un diagnóstico y un tratamiento no significa meter a los hijos en un molde a presión. La verdadera labor de los padres es mucho más creativa., deberán buscar para los hijos ideales de equilibrio, no de destacar en todo, porque eso acaba por crear absurdos estados de decepción y angustia. Lo que importa es proponerle acciones concretas que le ayuden a ser él mismo, pero cada día un poco mejor, y que además le hagan conocer la satisfacción de fijarse unas metas y cumplirlas.

Capítulo Cuatro

Estudio de Caso

Dentro de la presente investigación se eligió ejemplificar los argumentos teóricos anteriores con la presentación de un estudio de caso, dispositivo de particular relevancia que permite integrar la teoría, la práctica y llegar a conclusiones. Este método se ha desarrollado tradicionalmente en los ámbitos de formación del derecho y la medicina. Allí, los casos son historias reales que involucran problemas cuya resolución sirve para ilustrar principios generales y buenas prácticas. Otros contextos donde este método se ha adoptado de manera bastante amplia, incorporándolo como parte de las experiencias curriculares, son los de pedagogía y psicología. Por ello, la siguiente descripción es tomada de la Historia Clínica del Niño. Esta comprende una serie de información suficiente como para realizar una aplicación de la teoría con fundamento a los exámenes hechos y el diagnóstico hecho. Es necesario aclarar que se eligió el estudio de caso pues se muestra prácticamente los problemas y las decisiones que de ellos se derivan. El estudio de caso permite ejemplificar porque es necesaria una intervención integral:

Este estudio de caso analiza un caso real que se pretende someter a consideración práctica con la finalidad de implementarlo de forma integral, tomando en cuenta la comprensión de los mecanismos y procesos involucrados, el contexto social, entre otros. Parte importante del análisis consiste en la percepción individual que se le pretende dar al estudio por parte del investigador ante la integración de los valores humanos, la seguridad de las personas involucradas y el beneficio social para el niño.

4.1 Descripción

1. FICHA EPIDEMIOLÓGICA:

El niño se llama Daniel⁴⁶, vive en la ciudad de México, tiene 9 años cumplidos, tiene 3 hermanos y él es el más pequeño. Actualmente cursa el 3er. Año de primaria. El hermano mayor cursa el 2do. Año de secundaria y el segundo hermano cursa 6º. De primaria. Los padres se encuentran casados, pero separados desde hace un año. Ambos son profesionistas y trabajan de tiempo completo. Fecha de la consulta: Agosto, 2005.

2. MOTIVO DE LA CONSULTA:

La consulta es recomendada por la escuela, y canalizada por la psicóloga del colegio. El niño presenta falta de atención en clases, mala conducta constante, sociabilidad negativa.

El padre no refiere motivo, y la madre refiere mala conducta en casa, desobediente y flojo para hacer la tarea. Refiere que presenta mala conducta desde hace un año y cree que es porque no se lleva bien con su hermano.

El entrevistado refiere que lo castigan mucho en la escuela y que esta es aburrida.

El niño realiza el dibujo libre, pero no con mucho entusiasmo, sólo traza algunas líneas y colorea de forma desordenada y muy fuerte.

3. ANTECEDENTES PERSONALES:

Las condiciones del embarazo no fueron las óptimas ya que por esa época se agravaron los problemas de pareja y hubo una separación. La madre inició una nueva etapa laboral. Aunque no tuvo problemas en el primer trimestre, refiere que en el segundo trimestre no comía regularmente por carga de trabajo.

El parto fue quirúrgico ya que hubo baja de líquido amniótico y se presentó a mediados del mes ocho. El peso 3 Kg, talla 48. No hubo más complicaciones.

El niño tuvo un desarrollo psicomotor aparentemente normal. Aunque lloraba excesivamente y sin causa aparente. ¹ El nombre verdadero del niño se cambió a petición de confidencialidad, por parte de la familia.

⁴⁶ El nombre verdadero del niño se cambió a petición de confidencialidad, por parte de la familia.

La calidad de succión fue normal, lo mismo que cabeza erguida y seguimiento ocular.

Inicio la etapa de gateo a los 16 meses y 19 meses bipedestación sin apoyo. La marcha estable la tuvo a los 22 meses. No presentó torpeza motora.

Al niño sólo se le alimento con leche materna por 3 meses, hubo problema con la introducción a la leche artificial, no lograba conciliar rápidamente el sueño y despertaba constantemente en la noche.

4. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO:

El lenguaje inició a los 25 meses con monosílabos y gritos. No seguía instrucciones y su interacción con hermanos era muy brusca. El período de monosilabos y gritos fue extenso hasta casi los tres años. No presentó problemas de índole pediátrico.

El control de esfínteres diurno lo logro a los 30 meses de edad aunque el nocturno se tardo hasta los 36 meses.

No entabla conversación con extraños, él continua su juego sin seguir instrucciones o mostrar apego hacia su padre (principalmente), con la madre la mira pero tarda en seguir sus instrucciones.

En cuanto a la sociabilidad con otros niños no es muy bien aceptado pues tiende a jugar sólo, sí algo le gusta tiende a quitarlo y muestra dificultad en seguir instrucciones. Desde el inicio de la etapa escolar (incluye preescolar) muestra estas conductas, aunque en el último año se ha acentuado.

4.1.1 Entorno Familiar

El niño es el más pequeño de la familia, el matrimonio tiene 15 años de casados, con crisis familiares largas. Actualmente están separados y no desean volver a reunirse. El padre no convive mucho con el niño pues refiere “que es incontrolable”, sólo se lleva de paseo a los dos hijos mayores. La madre muestra que tiene autoridad y apego con el niño, aunque se encuentra mucho tiempo fuera del hogar. Cuando se queda sola con el niño procura

enseñarle manualidades o deportes. Aunque el niño es torpe en las manualidades se muestra cooperativo.

La desarmonía inicia con el carácter explosivo y violento del padre, admite presentar conductas explosivas y violentas. Se percibe completa desavenencia en la pareja.

Aunque no se percibe maltrato físico en el niño, si se muestra un claro rechazo del padre por el niño.

La madre alega que la causa del problema es el desinterés de padre por su hijo.

El padre no acepta y el alega que es un niño consentido y malcriado.

La familia es económicamente y laboralmente estable.

En cuanto a antecedentes familiares, no existe referencia de hiperactividad pero sí de violencia intrafamiliar en la familia del padre. El padre presenta un tic nervioso facial. No hay antecedentes de enfermedades neurológicas, ni epilepsia. No hay antecedentes de enfermedades endocrinas y metabólicas.

Se le realizó el WISC-R donde se valora la Escala del Desarrollo del niño y no específicamente el CI, lo importante es recabar información suficiente y más específica sobre lenguaje y psicomotricidad. Se aplicó también la Prueba de Desorden, Déficit de Atención / Hiperactividad ADHD. Se aplicó también la Escala Evaluativo Abreviada de Conners para Maestros (ATRS) y Cuestionario para maestros del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Anexo (2)

Dentro de la entrevista pedagógica se realizaron las siguientes valoraciones:

- VALORACIÓN ATENCIONAL: donde se pretende establecer la atención sostenida y la impulsividad del niño. Así como el tiempo de latencia de respuesta.
- VALORACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD: De esta observación inicial que, normalmente, es poco informativa, se decidió otras entrevistas planificadas y sobre puntos específicos como: valoración por ambos padres por separado y profesores.

-
-
- **VALORACIÓN PSICOPEDAGÓGICA:** Se recoge a través de un cuestionario elaborado para tal fin y pretende recoger una información suficiente como para complementarla si fuera necesario se busca establecer el nivel de lectura, escritura.

4.1.2 Características conductuales y de personalidad del Niño

Daniel presenta una escasa atención, por la cual no consigue permanecer concentrado en una actividad. Realiza movimientos que no son necesarios, manipula objetos de forma excesiva. Deja sus trabajos inconclusos, no muestra avances, no termina su trabajo igual a lo demás, no logra corregir errores por sí mismo, no es capaz de mantener la atención por períodos largos.

Generalmente comprende las cosas en la segunda explicación, no pide que se le explique si o entiende, muy pocas veces su conducta es buena, pocas veces busca la compañía de otros niños, y los niños no lo buscan. Generalmente cumple con tareas. Sus calificaciones son bajas, no copia en los exámenes, pero pocas veces le interesa aprender. A veces muestra interés por mejorar. El contenido de su lenguaje es adecuado para su edad. Parece escuchar normalmente. Parece ser un niño saludable, domina la escritura y lectura con fallas normales. Pierde la atención en la materia de matemáticas, su rendimiento en general fluctúa y se ve muy influenciado por su indisciplina en clase. Muestra interés en educación física.

La mayor parte del tiempo es un niño temeroso y denota tristeza.

4.2 Contexto Escolar

El ámbito educativo es el sitio en donde comúnmente se detectan los problemas de atención deficiente y de hiperactividad de los niños que acuden al mismo. Como es natural, tal situación ha generado un gran problema para los maestros ya que el manejo de estos

pequeños se torna difícil e ingrato por momentos. A continuación se presentan, algunas técnicas que se han realizado dentro del salón de clases, en un intento por ayudar a Daniel y contribuir con ello a que supere sus problemas y continúe con un desarrollo normal.

El primer paso que se dio fue la evaluación de la hiperactividad en el salón de clases.

El primer problema fue identificar convenientemente la conducta hiperactiva, para lo cuál, se hizo necesario hacer una evaluación apropiada de los comportamientos del alumnos en el salón de clases. Y dado que, es el profesor quien identifica y rotula al pequeño como hiperactivo, resultó de gran importancia valorarlo por todos los profesores que tenían contacto con el niño.

Inicialmente se realizó una evaluación descriptiva del comportamiento del niño, planteando tres perspectivas acerca de las variables que influían: la atención del maestro, la atención de sus compañeros o la atención del niño.

Para ello se hizo una evaluación multimodal que contemplo: entrevistas con los padres del niño y con todos sus maestros, la resolución de cuestionarios, observaciones directas del comportamiento del niño e información sobre su ejecución académica. El objetivo básico de este modelo fue el de establecer un buen diagnóstico del alumno e implementar, en función de ello, un plan de tratamiento. Estas sugerencias fueron apoyadas por los planteamientos hechos por la psicóloga del colegio.

Se evaluó también las habilidades de lectura y el registro del maestro en los problemas de conducta. Para el registro de la conducta objetivo por parte de los maestros se utilizó la Escala de registro Connors para maestros. En los resultados se encontró una correlación significativa entre las dos primeras pruebas y los resultados del factor de inatención medido por la escala Connors. Con este instrumento, se registraron las conductas objetivo: hiperactividad, inatención y conducta desafiante. Los resultados muestran un alto grado de acuerdo entre la conducta observada y la registrada. Particularmente, la conducta de desafío hacia el maestro aumentó la probabilidad de que la conducta de hiperactividad y de

inatención aumentara de manera significativa. Estos resultados apoyan la validez de las escalas de conducta como instrumento para la detección de conducta hiperactiva o de inatención.

De las observaciones, se concluyo la importancia de que la evaluación del comportamiento hiperactivo debe contemplar entre otros aspectos:

1ª) Un análisis integral del ambiente que rodea al niño, que identifique qué estímulos estuvieron asociados a la respuesta de hiperactividad.

2ª) Una evaluación que revele que estímulos asociados a la conducta perturbadora ocurrieron con mayor frecuencia en los sitios de observación.

Las observaciones fueron hechas en el salón de clases. Los resultados mostraron que los maestros fueron capaces de discriminar con un alto grado de precisión, las conductas relacionadas con el síndrome de inatención con hiperactividad.

Lo anterior demuestra que aún se tiene una gran dificultad en la clasificación y/o definición de las conductas de hiperactividad y de deficiencia en la atención. Los registros de los maestros fueron utilizados para establecer la relación entre la hiperactividad y el autocontrol en el niño y sus dificultades de aprendizaje y su competencia social. Los resultados apoyan la idea de que el niño con problemas de aprendizaje tienen mayor riesgo para no desarrollar habilidades sociales, estos factores de riesgo pueden estar más relacionados con la ejecución académica baja que aquellos que no han sido clasificados con problemas de aprendizaje. (Merrell, 1990)

Así los registros de los maestros, pueden servir como una medida predictiva de la conducta de agresión en niños con deficiencia en la atención e hiperactivos, pero estos no son definitivos.

Además, se emplearon otros métodos como la observación directa en el salón de clases, en un intento por determinar la percepción de este niño. Los resultados mostraron que los profesores consideran que existen cuatro barreras que impiden una atención más personalizada con este y otros alumnos hiperactivos: a) el tiempo para administrar atención especializada, b) una falta de capacitación para atenderlos, c) el tamaño del grupo (número de alumnos) y d) la severidad de los problemas.

Con esto se concluyó que es definitivo que el conocimiento y las actitudes de los educadores resultan de vital importancia para el tratamiento y atención óptima de los niños con esta clase de problemas. Por ello, se llegó al consenso de remitirlo a un tratamiento integral.

4.2.2 Acciones de apoyo al Niño

Se realizó una exploración neurológica estándar en la búsqueda de signos neurológicos focales. Esta fue realizada por el neurólogo. El niño no mostró signos neurológicos significativos por lo que no hubo necesidad de aplicar la Resonancia.

El niño no presentó déficit psicomotor importante aunque se le valoró la lateralidad auditiva con una Escucha Dicótica (Se le hace escuchar al niño dos estímulos verbales diferentes y simultáneos en cada oído, aunque parecidos fonéticamente y bisílabos. El niño repite en voz alta lo que escucha. Se miden aciertos y errores en cada oído. Suele ser también una buena prueba atencional). Aunque la audición del niño es normal, si presenta déficit atencional.

También se le realizó una exploración neurofisiológica donde se le aplicó un EEG, para detectar posibles retrasos significativos del desarrollo. Daniel no presentó retrasos significativos. Por último se le aplicó el examen funcional de tiroideas para verificar si existen síntomas ansiosos evidentes o depresivos. Hormonalmente está estable aunque esta en límites normales inferiores.

Una vez realizada la primera valoración y descartada patología pediátrica, se realizará el diagnóstico psiquiátrico, concretando el subtipo de hiperactividad, así como el nivel de interferencia del problema en el ámbito familiar y /o escolar. Sobre la base de esta valoración, el caso podrá ser tratado de forma integral.

Se decidirá lo siguiente:

- Un primer informe para el pediatra, en donde se explicarán los resultados y la decisión Terapéutica.
- Plan de tratamiento cerrado: psicoterapia individual y/o familiar, Escuela de Padres, farmacológico, y psicopedagógico.
- Establecimiento de un Plan de Coordinación, tanto con Escuela, Médicos, Psicólogo en base a los resultados exploratorios.
- Establecimiento de un diagnóstico definitivo.
- Establecimiento de instrumentos de evaluación. En el supuesto de prescribir medicación, se realizará el seguimiento protocolizado al efecto.

A través del examen físico y de las pruebas complementarias aplicadas al niño con DAH, se obtiene información que permite al grupo interdisciplinario capacitarse en el caso concreto que los llevará a tomar decisiones.

Conclusiones

El diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH) en un niño provoca en los padres intensas preocupaciones. De ello, surgen varias interrogantes que la familia trata de responder ¿Podrá tratarse? ¿Tendrá que tomar medicamentos? ¿Habrá secuelas en el futuro? ¿Sufrirá el rendimiento escolar? ¿Por qué lo tiene? Aparte de ocasionar problemas en el entorno familiar a causa de su hiperactividad, puede ser que la escuela les hace saber a los padres que el niño "no le presta atención a la maestra" o que "se porta mal en la clase". Frecuentemente, los maestros, los padres y los amigos saben que el niño "se está portando mal" o que "es diferente", pero no saben exactamente qué es lo que le pasa.

Efectivamente el niño con DAH difícilmente llega a ser un estudiante aceptado o modelo. ¿Qué es lo que le dificulta este tipo de logro? Dos son las principales explicaciones posibles. La primera es la de que habría alteraciones neurológicas provocando el síndrome. En la mayor parte de los casos este supuesto no los confirma todos. La segunda es de que se trata simplemente de un síndrome de orden conductual, es decir, derivado de factores no orgánicos que influyen en el proceso cognitivo del niño. A la combinación de estas dos causas se refiere la presente investigación.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH) es “el término que se utiliza en la actualidad para describir una situación, temporal aunque habitualmente crónica, de inadaptación o desajuste al medio social, a causa de la interacción de una característica congénita, denominada Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad, con los sistemas de valores, actitudes y hábitos de comportamiento de los restantes miembros de la familia, escuela o sociedad en general”.

Este problema, lo presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Esta complicación implica, primordialmente, una dificultad, generalizada en el espacio y el tiempo, es decir, ocurre en cualquier lugar y todos

los días, para mantener y regular la atención y una actividad motora excesiva. .
Secundariamente, actúa con impulsividad o con escasa reflexión.

En general, la persona: niño, joven o adulto, se muestra ante los demás como un individuo con escaso auto-control, dejándose llevar con frecuencia por sus emociones: ira, tristeza, alegría, ansiedad, por sus deseos o sus necesidades. En la presente tesis se enfocó el estudio en los niños, omitiendo la sintomatología y tratamiento de personas jóvenes y adultas. Además, se concluye que la identificación de un niño o adolescente con DAH requiere la puesta en marcha de un proceso integral de evaluación, a lo largo del cual, se recoge la información que se considere relevante, pertinente y suficiente. La identificación de niños con DAH se debe abordar desde dos perspectivas diferentes, una médica y otra psicológica. En ambos casos la información que se recoge incluye datos sobre el comportamiento, de los niños de quienes se pretende identificar o descartar la presencia de un DAH. Siguiendo en la mayoría de los casos criterios diagnósticos propuestos por las clasificaciones DSM-III/IV, deben incluir datos bioquímicos o bioeléctricos, cuando la identificación se lleva a cabo desde la perspectiva médica y datos sobre hábitos de conducta y habilidades, cuando se realiza desde la psicológica. Se debe complementar ambas perspectivas con la intervención de un pedagogo, el cual enriquecerá el diagnóstico con las observaciones respectivas del rendimiento escolar.

Por lo tanto, el tipo de datos que se recojan así como, la amplitud de los mismos será, necesariamente, guiada por el modelo conceptual adoptado por los evaluadores. El modelo conceptual establece la necesidad de analizar las diversas manifestaciones conductuales del DAH, no sólo como un síndrome conductual, sino como un conjunto de problemas relacionados funcionalmente entre sí, el modelo de diagnóstico debe recoger datos sobre el comportamiento, de los niños de quienes se pretende identificar o descartar la presencia de un DAH. En la presente investigación se basó el estudio de caso en el Modelo Conceptual de Diagnóstico DAH, ALBOR-COHS que interpreta la hiperactividad y el déficit de atención frecuente, como recursos conductuales, espontáneos y naturales del organismo, para compensar el déficit constitucional biológico.

Según este modelo, el DAH lo considera como el resultado de una deficiencia biológica, consistente en una alteración funcional de las estructuras cerebrales responsables de la regulación de la atención, los cuales, por una razón que todavía se desconoce, no consiguen proporcionar un nivel de activación suficiente para el procesamiento de la información. Por lo cual, el organismo procede con dos recursos naturales: la hiperactividad y el cambio de atención frecuente.

Aunque el núcleo del trastorno es el mismo, el desarrollo de cada niño con DAH es diferente, dependiendo de otras características personales, entre las cuales destaca su capacidad intelectual, las actitudes y hábitos educativos de sus padres y maestros. El factor de inteligencia, merece ser considerado con más detalle, pues este es un elemento importante, pero no determinante en el rendimiento.

En la investigación se afirmó la premisa de que el rendimiento escolar bajo es el resultado de la escasa dedicación a tareas de aprendizaje desde la primera infancia, lo que suele conllevar diversos retrasos en habilidades básicas. Si, además, se combina con un nivel intelectual bajo o límite, la probabilidad de que se establezca una situación de fracaso escolar generalizado es muy alta. Nuevamente, se reitera que la capacidad intelectual o inteligencia es un factor importante en el tratamiento psicopedagógico del DAH. Por esta razón, se desarrolla la relación existente entre esta característica y el DAH.

Consecuentemente, la ineficacia en el comportamiento de los niños hiperactivos no se debe asociar en un principio a déficit de inteligencia, sino al déficit de atención. Así, profesores y padres deben estar conscientes que un diagnóstico integral de un niño con DAH, debe incluir la evaluación intelectual, para crear expectativas reales de su progreso. Porque, es la falta de atención, motivada por su condición biológica, la principal responsable de su falta de eficacia, su torpeza académica y social ya que retrasa la adquisición de habilidades de reflexión: análisis de situaciones y toma de decisiones.

Como se reviso en el caso expuesto, la importancia de un diagnóstico claro, preciso, profesional garantiza el encontrar alternativas de mejora para el niño. Los profesionales que participen en dicho esfuerzo deben contar con la experiencia necesaria para una conclusión certera. Por otro lado, el equipo profesional que reciba el diagnóstico para su tratamiento debe sugerir, seguimiento en el tiempo adecuado para revisar avances y mejorar tanto estrategias como medicación, si es el caso. A continuación, se refieren las pautas que se siguieron durante el caso expuesto en la investigación y que formaron el diagnóstico integral e individual.

- Nivel de trastorno
- Causas, incidencia y factores de riesgo
- Síntomas
- Signos y exámenes realizados
- Tratamiento sugerido: médico, psiquiátrico, psicológico, psicopedagógico, otros.
- Expectativas (pronóstico)
- Complicaciones posibles
- Seguimiento sugerido
- Prevención o tratamiento futuro

La evaluación abarco:

- Cuestionarios para los padres y profesores, en este punto se recomienda cuestionarios estructurados para el efecto.
- Evaluación psicológica del niño y de la familia, incluyendo un examen de coeficiente intelectual y una prueba psicológica.
- Evaluación motriz, nutricional, física, psicosocial y del desarrollo completa.
- Tratamiento

Se hizo necesario que el profesor de clase conociera los elementos que pudieran estar perturbando una adecuada atención en su alumno, así como también tener un sentido de autocrítica en cuanto a la metodología de enseñanza y las estrategias que estaba empleando, las cuales contribuirán a la eficacia en el tratamiento del déficit de atención.

Es por lo tanto pertinente enfatizar que los niños con DAH no deben ser sacados del sistema educativo normal, porque esto tiene un efecto contraproducente, no se les debe de tratar como si fueran niños especiales. Por lo tanto, deben seguir estudiando en un colegio habitual, o en casos particulares recibir una educación más personalizada, pero el profesor de clase deberá considerar que en caso de estar a cargo de un niño con DAH, este deberá ocupar los primeros asientos para evitar distracciones y así prestar mejor atención a la clase, necesitará además una mayor cantidad de tiempo en resolver sus tareas escolares que el que recibe sus compañeros o caso contrario no deberá recibir demasiados trabajos que no podrá culminar. El docente deberá saber combinar las tareas de alto interés con las que tienen menor atractivo para evitar el cansancio del niño.

La estrategia docente para apoyar a un niño DAH debe ser aplicada bajo los siguientes parámetros que asumen que el eje central de este mantiene un carácter integral como elemento pedagógico, por lo tanto, esta propuesta busca, dentro de la investigación se sugiere de manera general y por ende se aplico al caso de Daniel:

- Crear las condiciones necesarias para la enseñanza.
- Orientar a los niños para involucrarse (se conversa previamente con ellos, estimulándolos a seleccionar los materiales y a jugar con otros niños.).
- Preparar condiciones para concluir y obtener conclusiones del niño
- Atender los conflictos que surjan durante el curso
- Propiciar la imaginación de los niños para realizar las acciones en referencia al aprendizaje que se pretende
- Propiciar la realización de acciones consecutivas que permitan la continuidad

En nivel de planificación de actividades se asume un enfoque holístico. Por otra parte, la operativización del trabajo con niños – familia parte del hecho de contar con un Sistema de Entrenamiento Conjunto

Bajo los siguientes supuestos la integración familiar se vuelve el apoyo esencial para el avance del niño con DAH:

-
-
- Es un proceso permanente: Si el interés se centra más en los procesos que en los resultados, el trabajo deberá ser parte de la labor cotidiana de los maestros. Las manifestaciones diarias del alumno es parte de ese análisis que ellos deberán hacer para ir comprendiendo las formas como los estudiantes van avanzando
 - Estas expresiones deberán hacer parte del análisis individual y colectivo. El apoyo o integración familiar deberá ser comprendida de esta manera no tiene ni momentos ni espacios específicos, es parte constitutiva del proceso de enseñanza-aprendizaje y por lo tanto no puede ser considerada como un anexo o elemento independiente.
 - No es una actividad que se hace a último momento para presentar los informes de logros de los estudiantes, ni mucho menos para sancionar, es ante todo un proceso reflexivo y auto reflexivo que en si mismo educa y proporciona criterios para continuar evaluando las acciones, los contenidos, el avance del niño.

Concebida así, la integración familiar de un niño con DAH se constituye en un eje central del proceso educativo que regulará de una u otra forma su desarrollo. Requerirá por lo tanto de mucha atención, pues de la manera como se haga, dependerán en gran parte los logros del niño, de los padres, ambos como familia y del maestro.

La experiencia demuestra que la solución pedagógica consiste, en primer lugar, en visualizar al niño como una persona exitosa, conjuntamente con el desarrollo de técnicas de estudio y estrategias pedagógicas para mejorar la capacidad de recepción y asimilación. Además de la adquisición de técnicas de escucha, seguimiento de instrucciones, lectura analítica, organizar tiempo-espacio, pensamiento reflexivo, autoevaluación, terapias complementarias, talleres artísticos, ejercicios físicos aeróbicos-tonificadores, etc., lo cual se puede lograr mediante la orientación psicopedagógica individual, apoyo de la institución escolar y acompañamiento familiar.

Es necesario que el niño o adolescente se conozca a sí mismo y que tanto él como sus padres y docentes, estén conscientes de sus limitaciones y fortalezas, las cuales, proporcionan el potencial necesario para salir adelante y ser exitoso.

Bibliografía

1. ARMSTRONG, T., *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad / estrategias en el aula*, México, Paidós, Colección Redes en Educación, No. 7, 2000.
2. AVILA y. POLAINO – Lorente, *Como vivir con un niño hiperactivo*, Narcea, Argentina, 2000.
3. BENAVIDES, Greta, *Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad*, México, Trillas, 2003.
4. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003 Microsoft Corporation.
5. GEHRET, J. *Learning Disabilities and the Don't Give Up Kid*. (Problemas de aprendizaje y Técnicas de ayuda: para niños con dificultades de aprendizaje y de atención, edades de 7-12), Fairport, New York: Verbal Images Press, 1990.
6. GOODWIN, Klausmeier. *Psicología Educativa Habilidades Humanas y aprendizaje*. Harla, México, 1977.
7. HOUSE, Alvin E. *DSM-IV: El Diagnostico En La Edad Escolar*, México, Alianza, 2003.
8. Mussen, Conger, *Aspectos Esenciales del Desarrollo de la Personalidad en el niño*, México, Trilla, 2003.
9. PIAGET, J.: *Etapas de desarrollo en el niño*. Editorial Fontanella, Barcelona, 1977.

Hemerografía

1. HAIT, Elizabeth, M.D., *Rainbow Babies and Children's Hospital, Case Western Reserve University Cleveland, OH*. Department of Pediatrics, Traducción por: Dr. Tango, Cleveland, OH. A.D.A.M., 2002.
2. PORTAL Ariosa, Guadalupe y Luz Ma. Solloa García. *Validez del diagnóstico del TDA-H, su prevalencia en una muestra escolar a través de cuestionarios para maestros*. Tesis. Universidad Anahuac. México. 1993.
3. WENDER, Paul H. *The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult: Attention Deficit Disorder Through the Lifespan (El niño, Adolescente y Adulto Hiperactivo: El Trastorno de Déficit de Atención a través del Transcurso de la Vida)*, México, Oxford University Press, 1997.

Páginas electrónicas consultadas

1. <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/masculinidad/texto2c.htm>, Consulta: Noviembre, 2004.
2. <http://www.psicologosclnicos.com/Hiperactivo.htm> Consulta: Octubre, 2004.
3. Perfil de los Niños Hiperactivos según la edad, <http://www.psicopedagogia.com/articulos/index.php?articulo=189> Consulta 13 de Octubre 2004.
4. GARCÍA PÉREZ, E. Manuel. EVHACOSPI (Evaluación General y Específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA-H), España, DAH.
5. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>. “La atención, esa desconocida. Cómo evaluarla” y “Errores conceptuales y metodológicos de la evaluación de la inteligencia con las Escalas de Wechsler” Loc.
6. SOUTULLO Esperón, César. Diagnóstico en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH). Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, España, Clínica Universitaria de Navarra <http://www.viatusalud.com>. Consultada: Junio, 2005.
7. Citados por: Modelo Conceptual de Diagnóstico DAH. ALBOR-COHS <http://www.tda-h.com>.

ANEXO 1

Pasos del Estudio de Caso

A continuación se hace una descripción de los pasos que se siguieron para la redacción de estudio de caso.

1. FICHA EPIDEMIOLÓGICA: Consta de los datos de filiación: Nombre y Apellidos, teléfono, dirección completa, fecha de nacimiento, número y orden de nacimiento de los hermanos, trabajo o curso académico del paciente y cada uno/a de los hermanos, situación marital de los padres y profesión. Fecha de consulta.

2. MOTIVO DE CONSULTA: El motivo de consulta se recoge de forma semiestructurada. Es decir, a pesar que las respuestas son abiertas se recogen siempre los datos siguientes:

- Quien deriva el caso y motivo alegado.
- Descripción de los padres del motivo de consulta, precisando inicio, evolución y razones que argumentan sobre lo que le sucede a su hijo.
- Entrevista a solas con el niño.
- Durante la entrevista con los padres, al niño se le proporciona lápiz y papel para que realice un dibujo libre.
- Precisamos estado actual del desarrollo psicomotor, lenguaje, control esfinteriano, conducta alimentaria, sueño, apego a las figuras parentales y afectividad, así como relaciones sociales (conducta social).
- Escolarización: rendimiento y adaptación.

3. ANTECEDENTES PERSONALES: De la misma forma que en el apartado anterior, los antecedentes personales se recogen de forma semiestructurada y debe constar información, al menos, de los siguientes aspectos:

- Embarazo:

· Condiciones del embarazo (deseado o no). Problemas durante el primer trimestre (infecciones, metrorragias, tratamientos farmacológicos). Resto de embarazo, especialmente condiciones que puedan afectar al bienestar fetal (hipertensión–preeclampsia-, infecciones, tratamientos farmacológicos, anemias y cualquier otra circunstancia que pudieran haber comprometido la alimentación fetal, así como condiciones mecánicas.

· Parto:

· Si fue, o no a término, presentación, espontáneo, instrumental o quirúrgico. Existencia o no de complicaciones, presencia o no de anorexia. Recoger de la forma más fiable posible el Índice de Apgar y cualquier otro indicio de posible sufrimiento fetal. Peso y talla. Presentación o no de ictericia (lo ideal sería disponer de cifras de bilirrubinemia).

· Desarrollo psicomotor:

· Calidad de la succión, tiempo de cabeza erguida, seguimiento ocular, gateo, bipedestación con apoyo, sin apoyo y primeros pasos, así como la edad de la marcha estable. Calidad de la prensión manual. Investigar, especialmente, cualquier indicador de torpeza motora. Preguntar sobre cualquier circunstancia médica que haya podido influir sobre el mismo.

· Se le dio el pecho, o no, aceptación, cuanto tiempo. Comportamiento en la introducción de la alimentación artificial (rechazos, caprichos, intolerancias). Como ha evolucionado hasta el momento de la consulta. Indagar sobre cualquier problema pediátrico relacionado con la alimentación.

· Sueño: · Calidad del sueño durante el primer año. Indagar sobre, miedos, pesadillas, sonambulismo, somnolientos, despertares, jactatio capitis, así como la conducta de los padres ante las posibles dificultades.

4. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO:

· Desarrollo del lenguaje, primeras palabras con contenido semántico y calidad de la pronunciación, primeras frases. Calidad de la comprensión. Interacción. Es importante indagar sobre la evolución experimentada en la interacción, así como en las posibles paradas del desarrollo del lenguaje. Indagar sobre cualquier causa pediátrica que haya podido influir sobre el mismo (convulsiones febriles, sobretodo atípicas)

-
-
- Control de esfínteres: · Control de esfínter vesical, nocturno y diurno. Control del esfínter anal, nocturno y diurno. Indagar, igualmente, si han existido episodios aislados de pérdida ocasional, una vez conseguido el control de esfínteres.
 - Desarrollo afectivo: · Calidad de la interacción con las figuras parentales, hermanos, así como con las personas extrañas. Preguntar sobre situaciones de ansiedad ante la presencia de personas desconocidas y como se resolvieron. Precisar el tipo de apego que se ha establecido. Preferencias del niño /a.
 - Sociabilidad: · Tipo de relación con otros niños. Amigos y actividades, tanto en el contexto escolar como fuera del colegio. Precisar si hay dificultades y describirlas. · Escolaridad: · Si asistió o no a la guardería, calidad de la adaptación, episodios de ansiedad de separación, precisar las dificultades, comentarios de la profesora / cuidadora. Inicio de preescolar y dificultades, tanto adaptativas como de rendimiento.



ANEXO 2

PRUEBAS APLICADAS



10-4

WISC-R-ESPAÑOL

Escala de Inteligencia Revisada
para el Nivel Escolar

Protocolo



NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

DIRECCION _____

NOMBRE DEL PADRE
O TUTOR _____

ESCUELA _____

GRADO _____

LUGAR DE APLICACION _____

APLICO _____

REFERIDO POR _____

PERFIL WISC-R

ESCALA VERBAL

ESCALA DE EJECUCION

Puntuación normalizada	ESCALA VERBAL					Puntuación normalizada	ESCALA DE EJECUCION						Puntuación normalizada
	Información	Semejanzas	Aritmética	Vocabulario	Comprensión		Retención de dígitos	Figuras incompletas	Ordenación de dibujos	Diseños con cubos	Composición de objetos	Claves	
19	*	*	*	*	*	19	*	*	*	*	*	*	19
18	*	*	*	*	*	18	*	*	*	*	*	*	18
17	*	*	*	*	*	17	*	*	*	*	*	*	17
16	*	*	*	*	*	16	*	*	*	*	*	*	16
15	*	*	*	*	*	15	*	*	*	*	*	*	15
14	*	*	*	*	*	14	*	*	*	*	*	*	14
13	*	*	*	*	*	13	*	*	*	*	*	*	13
12	*	*	*	*	*	12	*	*	*	*	*	*	12
11	*	*	*	*	*	11	*	*	*	*	*	*	11
10	*	*	*	*	*	10	*	*	*	*	*	*	10
9	*	*	*	*	*	9	*	*	*	*	*	*	9
8	*	*	*	*	*	8	*	*	*	*	*	*	8
7	*	*	*	*	*	7	*	*	*	*	*	*	7
6	*	*	*	*	*	6	*	*	*	*	*	*	6
5	*	*	*	*	*	5	*	*	*	*	*	*	5
4	*	*	*	*	*	4	*	*	*	*	*	*	4
3	*	*	*	*	*	3	*	*	*	*	*	*	3
2	*	*	*	*	*	2	*	*	*	*	*	*	2
1	*	*	*	*	*	1	*	*	*	*	*	*	1

OBSERVACIONES

	Año	Mes	Día
Fecha de aplic.	_____	_____	_____
Fecha de nacim.	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____

	Puntuación natural	Puntuación normal
ESCALA VERBAL		
Información	_____	_____
Semejanzas	_____	_____
Aritmética	_____	_____
Vocabulario	_____	_____
Comprensión	_____	_____
(Retención de Dígitos)	(_____) (_____) _____	_____
S u m a	_____	_____
ESCALA DE EJECUCION		
Figs. Incompletas	_____	_____
Ordenación de Dib.	_____	_____
Diseños con Cubos	_____	_____
Compos. de Objetos	_____	_____
Claves	_____	_____
(Laberintos)	(_____) (_____) _____	_____
S u m a	_____	_____

	Puntuación normal	CI
Escala Verbal	_____	_____
Escala de Ejecución	_____	_____
Escala Total	_____	_____
* Prorrateo si es necesario.		

ADHDT

Prueba de Desorden
Déficit de Atención/ Hiperactividad

Un método para identificar individuos con ADHD

FORMA DE RESPUESTA

Sección I. Ficha de Identificación

Nombre _____

Domicilio _____

Nombre de quién evalúa _____

Relación con el paciente _____

Examinador _____

Fecha de aplicación _____

Fecha de nacimiento _____

Edad _____

año mes
año mes
año mes

Sección II. Puntaje Total

Subpruebas	Puntaje Crudo	\bar{x}	%	SEM
Hiperactividad	_____	_____	_____	1
Impulsividad	_____	_____	_____	1
Inatención	_____	_____	_____	1
Suma de puntajes estándar	_____	_____	_____	_____
Coefficiente ADHD	_____	_____	_____	3

Sección IV. Perfil de Puntajes

Puntaje estándar de las subpruebas	ADHDT Subpruebas			ADHDT Compuesto		Otras medidas de inteligencia aprovechamiento conducta				
	Hiperactividad	Impulsividad	Inatención	Coefficiente Compuesto	Coefficiente ADHD	Prueba	Prueba	Prueba	Prueba	Prueba
20				180						
19				155						
18				150						
17				145						
16				140						
15				135						
14				130						
13				125						
12				120						
11				115						
10				110						
9				105						
8				100						
7				95						
6				90						
5				85						
4				80						
3				75						
2				70						
1				65						
				60						
				55						

Sección III. Guía de Interpretación

Puntaje estándar de la subprueba	Coefficiente ADHD	Grado de severidad	Probabilidad de ADHD
17-19	131+	↑ Alto	Muy alta
15-16	121-130		Alta
13-14	111-120		Arriba del promedio
3-12	90-110	↓ Bajo	Promedio
6-7	80-89		Abajo del promedio
4-5	70-79		Baja
4-3	69		Muy baja

Escala Evaluativa Abreviada de Conners para Maestros (ATRS)

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

LLENADO EL: _____ MAESTRO(A): _____

Instrucciones: Sírvase considerar sólo el _____ (la último(a) 1 (día, semana, mes) al llenar la lista de verificación. Marque el espacio que corresponda a la cantidad de actividad: Ninguna, Sólo un poco, Bastante o Mucha, que más se ajuste a su valoración del niño.

Observación	Cantidad de actividad			
	Ninguna	Sólo un poco	Bastante	Mucha
1. Inquieto o demasiado activo				
2. Excitable, impulsivo				
3. Molesta a los demás niños				
4. No termina lo que empieza – capacidad de atención corta				
5. Se mueve constantemente				
6. Distráido, su atención se desvía fácilmente				
7. Desea satisfacción inmediata de sus demandas – se frustra con facilidad				
8. Lloro con frecuencia y ante cualquier situación				
9. Su estado de ánimo varía rápidamente y de manera drástica				
10. Arranques de mal genio, conducta explosiva y caprichosa				

Comentarios: _____

Puntuación Total: _____

Por el doctor C. Keith Conners.

**PROGRAMA DE LA TARJETA DE METAS (I)ntermedia
Del primero al octavo grado**

Nombre del niño(a): _____ Maestro(a): _____

Grado: _____ Escuela: _____ Aula: _____

Semana del: _____

Tarjeta de Metas

	LUN	MAR	MIERC	JUEV	VIER
1. Prestó atención en la clase					
2. Terminó el trabajo en la clase					
3. Terminó la tarea en la casa					
4. Se portó bien					
5. Su escritorio y libretas están limpios					
Totales					
Iniciales del maestro					

Escalas Evaluativas
 N/A = No es aplicable
 O = Pérdida, Olvido o
 Destrucción de la Tarjeta
**MARQUE LA ESCALA
 QUE UTILIZARA**

1 = Pésimo 1 = Pobre
 2 = Pobre 2 = Mejor
 3 = Regular 3 = Bien
 4 = Bien
 5 = Excelente

Metas por _____ puntos

**PROGRAMA DE LA TARJETA DE METAS (I)ntermedia
Del primero al octavo grado**

Nombre del niño(a): _____ Maestro(a): _____

Grado: _____ Escuela: _____ Aula: _____

Semana del: _____

Tarjeta de Metas

	LUN	MAR	MIERC	JUEV	VIER
1. Prestó atención en la clase					
2. Terminó el trabajo en la clase					
3. Terminó la tarea en la casa					
4. Se portó bien					
5. Su escritorio y libretas están limpios					
Totales					
Iniciales del maestro					

Escalas Evaluativas
 N/A = No es aplicable
 O = Pérdida, Olvido o
 Destrucción de la Tarjeta
**MARQUE LA ESCALA
 QUE UTILIZARA**

1 = Pésimo 1 = Pobre
 2 = Pobre 2 = Mejor
 3 = Regular 3 = Bien
 4 = Bien
 5 = Excelente

Metas por _____ puntos



HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
CUESTIONARIO PARA MAESTROS



NOMBRE DEL ALUMNO _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

DOMICILIO _____

FECHA _____ AÑO ESCOLAR _____

NUMERO DE ALUMNOS DEL GRUPO _____ GRADO _____

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE MAS ADECUADA PARA CADA PREGUNTA

CONDUCTA.

	Nunca	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
DISTRAIDO: Dificultad para concentrarse, se distrae con cualquier cosa.				
DESIDIOSO: No termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, etc.				
DESCUIDADO: Mal arreglo personal, no cuida su ropa, sus útiles, juguetes, etc.				
DESMEMORIADO: Olvida fácilmente lo aprendido.				
IMPULSIVO: No mide las consecuencias de sus actitudes.				
DESAFIANTE: No obedece las instrucciones del maestro o las autoridades escolares y los reta.				
MENTIROSO.				
GRITON.				
DESORGANIZA AL GRUPO.				
INTRANQUILO: Constantemente se levanta de su asiento.				
EGOCENTRICO: Busca llamar la atención de los demás niños y maestros				
Toma objetos que no le pertenecen de sus maestros o compañeros.				
BAJA AUTOESTIMA: Se expresa mal de el mismo.				
Es necesario sacarlo del salón de clases.				
Ha sido necesario suspenderlo temporalmente.				
TENDENCIA A LA FANTASIA: Inventar historias.				
SOMNOLIENTO: Se duerme en clases o bosteza.				
AGRESIVO: Molesta a otros niños y busca pleito.				
DESTRUCTIVO: Rompe los útiles o materiales escolares.				
CRUEL: Con sus compañeros o con los animales.				
IMPUDICO: Hace señas obscenas, vocabulario soez, practica conductas de desinhibición sexual.				
REBELDE: No obedece las normas escolares, es terco, testarudo, etc.				
TORPE: Para sus trabajos manuales, los ensucia, rompe materiales.				
Dificultades para desarrollar algún tipo de ejercicio o juego.				
Se cae con frecuencia.				
Tropeza con muebles o con sus compañeros.				
No espera su turno en los juegos.				
Es tramposo.				
No sabe perder en los juegos				
INFANTIL: Se comporta como un niño más pequeño.				
ANTIPATICO: Es rechazado por los demás niños.				
Nada lo satisface.				
EGOISTA.				

ESTADO DE ANIMO

TRISTEZA:				
ALEGRIA:				
ENOJO:				
OTROS: Especifique:				
Tiene dificultad para expresar lo que siente o piensa.				

En su criterio en que lugar colocaría usted a este niño:

- () El niño que mas dificultades le causa en la clase.
- () El segundo.
- () En otro Lugar.

¿ Cuantos niños como éste o semejantes tiene Usted en el salón..... ()

APRENDIZAJE

Mal Regular Bien

	Mal	Regular	Bien
DICTADO			
COPIA			
LECTURA			
PRONUNCIACION			
MATEMATICAS			
ESPAÑOL			
CIENCIAS NATURALES			
CIENCIAS SOCIALES			
IDIOMA Especifique:			
EDUCACION FISICA.			
EDUCACION ARTISTICA.			
OTRAS MATERIAS Especifique:			
COMO VE EL NIÑO			
COMO ESCUCHA			

USTED CONSIDERA QUE EL NIÑO TIENE UNA INTELIGENCIA:

Por abajo del promedio ()

Promedio ()

Arriba del promedio ()

COOPERACION DE LA FAMILIA

Nunca Ocasional Frecuente

	Nunca	Ocasional	Frecuente
Los padres se comunican con Usted.			
Hace mal las tareas por falta de supervisión.			
Falta a clases.			
Llega con retardos.			
Los padres acuden a las citas que la escuela determina.			
Los padre solicitan juntas extraordinarias con Usted.			

OTRAS OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL MAESTRO (A)