



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ARAGÓN**

**PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA MAESTROS DE
PRIMER AÑO DE PRIMARIA CON ALUMNOS QUE
PRESENTAN TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN
PEDAGOGÍA
PRESENTAN:
SILVA CHÁVEZ ARELY
SUÁREZ VIGUERAS SUSANA**

ASESOR: SUSANA BENITES GILES

ESTADO DE MÉXICO, 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.

ARELY

*GRACIAS A DIOS POR PERMITIRME VIVIR
UNO DE LOS MOMENTOS MÁS
IMPORTANTES PARA MÍ.*

*AGRADEZCO A MIS PADRES POR SU
AMOR Y APOYO INCONDICIONAL EN
CADA MOMENTO DE MI VIDA, LOS
CUALES ME ALENTARON PARA LLEGAR
A ESTA META DE MI VIDA.*

LOS AMO.

*CARLOS, GRACIAS POR TU AMOR Y APOYO
PARA CONCLUIR MI CARRERA
PROFESIONAL.*

TE AMO CAR,

*A SUSANA, POR LA CONFIANZA PARA
REALIZAR Y COMPARTIR UNO DE
NUESTROS MÁS GRANDES SUEÑOS,
NUESTRA TESIS.*

*A NUESTRA ASESORA, LA MAESTRA
SUSANA BENÍTES GILES, POR
COMPARTIRNOS SUS CONOCIMIENTOS,
GUIARNOS Y APOYARNOS EN EL
DESARROLLO DE ESTA INVESTIGACIÓN.*

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO POR DARMÉ LA
DICHA DE HABER ESTUDIADO Y
CONCLUIDO MI CARRERA PROFESIONAL
DE PEDAGOGÍA DENTRO DE ESTA
INSTITUCIÓN.*

SUSANA

A TI, DIOS, QUE SIEMPRE HAS ESTADO CONMIGO EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES Y QUE CON TU FUERZA Y AMOR HE PODIDO SALIR ADELANTE.

A EL GRAN AMOR DE MI VIDA... CÉSAR,
POR TU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL
Y LA FUERZA QUE SIEMPRE ME HAS
DADO PARA ALCANZAR ESTA META.
TE AMO.

A MI ANGÉLITO... MI HIJO CÉSAR
ALFREDO, GRACIAS POR VENIR A ESTE
MUNDO Y SER PARTE DE MI VIDA Y UN
MOTIVO MÁS PARA SUPERARME.
TE ADORO

A LAS PERSONAS QUE ME DIERON LA
VIDA... MIS PADRES, QUE SIEMPRE
ESTUVIERON APOYÁNDOME Y ME
DIERON LA MAYOR RIQUEZA QUE
PUEDE EXISTIR PARA PODER VALERME
POR MI MISMA, MI EDUCACIÓN,
GRACIAS.
LOS AMO.

A MIS GRANDES AMIGOS, MIS
HERMANOS... ADI, JUANCHO, CHAVE Y
CAYA, QUE CON SU APOYO, PACIENCIA,
COMPRENSIÓN Y EJEMPLO, HAN
LOGRADO QUE CUMPLA UNO DE MIS
MÁS GRANDES SUEÑOS, GRACIAS.
LOS QUIERO MUCHO.

A MIS SOBRINOS... COKE, ANGY Y DANY,
QUE ME ENSEÑARON QUE LO MEJOR DE
LA VIDA ES EL SER NIÑO SIEMPRE.
LOS QUIERO MUCHO.

A MIS ABUELITOS, TIOS, TIAS, PRIMOS Y
PRIMAS, QUE CON SUS CONSEJOS Y
APOYO HE PODIDO SUPERAR MUCHOS
PROBLEMAS. GRACIAS.

*A MI COMPAÑERA DE TESIS... ARELY,
POR SU APOYO Y PACIENCIA EN LA
REALIZACIÓN DE ESTA TESIS QUE HOY
CONCLUIMOS JUNTAS.*

*A MI ASESORA, MAESTRA SUSANA
BENITES GILES, POR SU APOYO,
PACIENCIA Y SABIDURÍA EN LA
ELABORACIÓN DE ESTA TESIS. GRACIAS*

*A MIS AMIGOS Y AMIGAS, QUE SIEMPRE
HAN ESTADO PARA APOYARME Y ME
HAN ENSEÑADO QUE HAY QUE LUCHAR
PARA CUMPLIR NUESTROS SUEÑO.
GRACIAS A TODOS Y CADA UNO DE
USTEDES.*

*A LA UNIVERSIDAD Y LA FES ARAGÓN,
POR LAS ENSEÑANZAS EDUCATIVAS Y
PERSONALES DURANTE MI ESTANCIA EN
ESTA INSTITUCIÓN Y DESEANDO QUE NO
SEA LA ÚLTIMA.*

CARTA A UN NIÑO CON TDA.

- † El TDA, no es una enfermedad, es la forma como trabaja tu cerebro.
- † Cuando el control del centro de atención de tu cerebro es débil o inmaduro, se dice que tienes TDA.
- † Atención significa: "tener la habilidad de escuchar y concentrarte".
- † Déficit significa: "que no es suficiente".
- † Trastorno significa: "que no trabaja adecuadamente".
- † El que te cueste trabajo mantenerte sentado, significa: "que tienes hiperactividad".
- † Hiper quiere decir: "demasiado".
- † Tu naciste con TDA, y muy probablemente lo vayas a tener para toda tu vida, así como, las personas que necesitan lentes, son para siempre.
- † Puedes aprender a manejar tu inatención, tu impulsividad y tu hiperactividad, "existen estrategias".
- † Tener TDA, no significa que seas tonto o estúpido. No tiene nada que ver con tu inteligencia, ¡Tu eres muy inteligente!.
- † Tampoco significa que seas malo, ni enojón, algunas veces te cuesta trabajo entender lo que te pasa y por eso parece que estas de mal humor.
- † Algunos niños toman medicina para que los ayude a centrar su atención, es como, los niños que necesitan lentes para ver mejor.
- † A pesar de tener TDA eres muy bueno para hacer muchas cosas, ¿Qué te parece si las descubrimos juntos?.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO CON T. D. A.

¡AYÚDAME A CONCENTRARME!

Por favor, ayúdame a través del sentido del tacto, necesito contacto y movimiento corporal.

¡NECESITO SABER QUE VIENE DESPUÉS!

Por favor, dame un ambiente estructurado donde haya una rutina confiable, avísame con anticipación si va haber algún cambio.

¡ESPERA, TODAVÍA ESTOY PENSANDO!

Por favor, déjame ir a mi propio ritmo, si me apuras me confundes.

¡ESTOY ATASCADO, NO PUEDO HACERLO!

Por favor, ofréceme opciones para la solución e los problemas

¿ESTA BIEN?, ¡NECESITO SABERLO AHORA!

Por favor, dame información concreta e inmediata de cómo lo estoy haciendo.

¡NO LO OLVIDÉ, PARA EMPEZAR, NO LO OÍ!

Por favor, dame las instrucciones una a la vez y pídemelo que te repita lo que dijiste.

¿YA CASI TERMINO?

Por favor, asígname trabajos cortos con metas a corto plazo.

¿QUÉ?

Por favor, no me digas: "ya te lo he dicho", dímelo otra vez en otras palabras, dame una señal, una clave. ¡dibújalo!

YA SE, TODO ESTA MAL ¿NO ES CIERTO?

Por favor, felicítame por mis éxitos parciales, prémame por el automejoramiento y no solo por la perfección.

PERO, ¿POR QUÉ ME GRITAS?

Por favor, cáchame haciendo las cosas bien, felicítame y acuérdate de mis cualidades cuando tenga un mal día.

CAPITULADO

TITULO: Propuesta Pedagógica para Maestros de primer año de primaria con alumnos que presenten Trastorno de Déficit de Atención

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. Trastorno de Déficit de Atención	1
1.1. Antecedentes.....	2
1.2 Definición	9
1.3 Síntomas y Causas	16
1.4 Tipos de TDA	23
1.5 Problemas que presenta en los ámbitos: emocional, social, familiar y educativo.....	28
CAPITULO II. Algunas Conductas y Padecimientos asociados con el TDA	48
2.1 Trastorno conductual.....	50
2.2 Trastornos específicos del aprendizaje.....	60
2.3 Trastorno del sueño.....	69
2.4 Trastorno en la socialización.....	77
2.5 Trastorno en la coordinación motora.....	82
CAPITULO III. Detección, diagnóstico y tratamiento	89
3.1 Características para la detección de un niño con TDA.....	92
3.2 Diagnóstico.....	95
3.3 Tratamiento Interdisciplinario.....	103
CAPITULO IV. Propuesta Pedagógica para Maestros de primer año de primaria con alumnos que presenten Trastorno de Déficit de Atención	113
4.1 Contexto escolar.....	115
4.2 Propuesta Pedagógica para Maestros de primer año de primaria con alumnos que presenten Trastorno de Déficit de Atención.....	128
CONCLUSIONES	151
BIBLIOGRAFÍA	156
ANEXO	161

INTRODUCCIÓN

Cuando hay un alumno con trastorno por déficit de atención en el salón de clases se le etiqueta como “el malo”, “el travieso” o “el inquieto”, y es el que posee la antipatía del grupo y del maestro; que después de intentar mil formas de corregirlo no logra ayudarlo. Esto a su vez incrementa el problema, pues el niño se ve rechazado. Los métodos que comúnmente se utilizan para corregirlos son los castigos o las bajas calificaciones en disciplina que le ocasionarán problemas con sus padres y estos nuevamente los castigarán o llegaran incluso a golpearlos.

El alumno con TDA¹, es el que tiene movimientos excesivos, es el que no permanece en su lugar, que salta de un sitio a otro y no pone atención a las instrucciones del maestro o simplemente está distraído, como si estuviera soñando. Estas características le ocasionaran problemas de aprendizaje, debido a su falta de atención, el niño carecerá de retención, memoria y asimilación de los conocimientos.

Nosotras como pedagogas observamos este problema de cerca, pues durante un ciclo escolar, laborando como profesoras de educación preescolar, presenciemos algunos casos. Por ello vimos la problemática con sus características y su falta de solución. Era una escuela particular que carecía de personal especializado para atender este tipo de problemas. Los compañeros profesores se quejaban constantemente de la conducta de uno o varios de sus alumnos, que originaban problemas grupales; estos al ignorar el problema utilizaban métodos correctivos como el castigar en forma verbal (regaños), o no dejar salir al recreo, bajaban calificación en conducta, ponían más tarea o se apoyaban en sus padres para que ellos los reprendieran. En algunas ocasiones intervenía la directora hablando con los padres para que corrigieran a su hijo; aún así nada de esto daba resultado. El niño seguía moviéndose de un lado a otro y no

¹ Siglas con las que abreviaremos el Trastorno por Déficit de Atención.

ponía atención a la maestra. Esta situación llamó nuestra atención a investigar que sucedía con estos niños, a que se debía su conducta y como podíamos ayudarlos.

Consideramos que uno de los quehaceres del pedagogo es, inicialmente realizar una investigación de la problemática que entorpece el proceso enseñanza-aprendizaje, de manera que se pueda elaborar una propuesta que contenga un programa o alternativas educativas que permitan la integración de niños dentro del ámbito escolar y social.

Es por esto que la propuesta de la presente tesis tiene esta intención, integrar a estos niños a un sistema escolarizado normal, por medio de estrategias que ayuden a modificar su conducta, logrando que obtenga una mejor atención y el agrado de sus compañeros y maestros. Para lograrlo, es importante y esencial que los maestros estén informados y conozcan la naturaleza de esta enfermedad, (nos referimos a este trastorno como enfermedad porque altera la salud del individuo que la padece), por lo tanto se iniciara con una investigación teórica acerca de que es el TDA, como se origina, cuales son sus síntomas y que consecuencias tiene, con el objetivo de apoyar a los profesores de primaria a comprender el problema, ya que saberlo puede favorecer a conservar la paciencia, el sentido del humor y la capacidad para tratar con conductas fastidiosas de un modo positivo.

Para realizar esta investigación nos hemos apoyado en las teorías de la psicología evolutiva y la psicología pedagógica; con la primera porque estudia al niño en el plano del desarrollo evolutivo, y con la segunda porque se encara con los estudiantes y educandos en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por lo tanto podemos decir que los problemas de enseñanza y del desarrollo pertenecen por igual a la psicología evolutiva y a la pedagogía.

Por otra parte el método de investigación que se utilizó es el descriptivo, ya que este “busca especificar las propiedades, características y los perfiles

importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro grupo que se someta a un análisis,”² en este caso que serán los niños con TDA; al igual que “mide, evalúa o recolecta datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar”³, es decir la incidencia que presenta y los problemas que causa dentro de los diferentes aspectos de que vida, como son el emocional, social, familiar y educativo.

Para lograr un sustento teórico, en un primer y segundo momento, utilizamos fuentes bibliográficas y de tipo documental que nos ayudaron a obtener aquellos elementos e información que se relacionan esencialmente con el problema a desarrollar dentro de la investigación.

En un tercer momento se realizó un estudio de tipo explicativo, ya que consiste en... “va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; está dirigido a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en que condiciones se da este, o por qué se relacionan dos o más variables”,⁴ es decir, conocer las conductas que presentan los niños con TDA y las consecuencias que esta enfermedad ocasiona dentro de los diferentes ámbitos, resaltándose en ámbito educativo.

A partir de la revisión documental y el estudio explicativo del TDA se realizó una interpretación pedagógica presentando un panorama general acerca de lo que es el TDA, como afecta a un niño en su relación con su familia, amigos y principalmente en el ámbito escolar, ya que uno de los principales trabajos del pedagogo es brindar una oportunidad de mejor educación y relación social a niños que presentan dificultades en el aprendizaje. Es por esto, que la investigación

² Roberto Hernández Sampieri, *Metodología de la investigación*, 3ª ed., México, Mc Graw Hill, 2003, p. 117.

³ *Idem*.

⁴ *Ibidem*, p. 126.

buscó incorporar a niños que padezcan TDA a un sistema escolarizado acorde a su edad y sobre todo produciendo sujetos integrales.

En base a la metodología, la tesis esta estructurada de la siguiente forma: en el capítulo I “Trastorno de Déficit de Atención” tratamos antecedentes, definición, síntomas y causas, tipos y problemas en los ámbitos emocional, social, familiar y educativo, para dar a conocer los aspectos que consideramos más relevantes, es decir, que es, a que se debe, como se origina y como afecta el TDA al niño en su desarrollo.

En el capítulo II “Algunas conductas y padecimientos asociados con el TDA” se aborda distintos trastornos que acompañan al TDA, como es el Trastorno conductual, Trastornos específicos del aprendizaje, Trastornos del sueño, Trastorno en la socialización y Trastorno en la coordinación motora, con la finalidad de informar que, en algunas ocasiones, el TDA se puede presentar acompañado de otros trastornos y así poder diferenciarlos.

En el capítulo III “Detección, diagnóstico y tratamiento” presentamos las características para la detección de un niño con TDA, las personas que intervienen en un diagnóstico y el tratamiento interdisciplinario que se puede llevar a cabo con estos niños, como apoyo a los maestros para que puedan detectar a tiempo los síntomas y así poder canalizarlos y recibir un tratamiento que los ayude a poder integrarse mejor con sus compañeros .

Por último, en el capítulo IV “Propuesta Pedagógica para Maestros de primer año de primaria con alumnos que presenten Trastorno de Déficit de Atención” se presenta previamente un contexto escolar que nos ayuda a entender la problemática que tienen los maestros ante estos niños; sirviéndonos como base para nuestra propuesta pedagógica que consiste en brindar estrategias educativas y alternativas bibliográficas como apoyo a maestros ante esta situación para lograr la integración de estos niños al salón de clases.

CAPITULO I

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

CAPITULO I. Trastorno de Déficit de Atención

1.1. Antecedentes.

El Trastorno de Déficit de Atención es un conjunto de manifestaciones clínicas que afectan al aprendizaje y la conducta del niño. “El estudio de este trastorno se remonta aproximadamente hacia el año 300 a. de C. y se mantiene vigente hasta nuestros días debido al interés del ser humano por entender en que consiste el pensamiento.”¹

El hombre se ha preguntado desde sus orígenes dónde habita la mente; así desde el año 385 a. de C. Platón opinaba que el cuerpo y la mente están separados y que la mente existe en dos mundos: uno físico y otro espiritual. Por su parte Hipócrates refiere que la mente controla el aprendizaje en tanto que lo organiza.

Luego de una era en la que se prestó poca importancia al pensamiento, surge una nueva etapa de cuestionamiento científico. A finales del siglo XIX se inicia el estudio sobre los problemas de aquellos individuos que tenían un bajo desarrollo de la estructura de su pensamiento; a lo cual se le dio el nombre de retraso mental.

El siglo XX tenía preparadas sorpresas para el aprendizaje. En sus inicios un médico inglés: G. F. Still estudió a un grupo con gran inquietud que presentaban estos síntomas sin lesión cerebral aparente. “Still fue quien primero describió la presencia de trastornos de conducta en un grupo de 20 niños muchos de los cuales tenían una historia de convulsiones y daño cerebral.”² Ante ello, postuló que los síntomas de hiperactividad, retraso mental o parálisis cerebral provenían de un mismo daño cerebral. “Él describía a estos niños como agresivos, desafiantes la mayoría con problemas de atención o hiperactividad. Still creía que

¹ Dr. Eduardo Barragán, *El niño y el adolescente con Trastorno por Déficit de Atención: su mundo y sus soluciones*, Edición especial para Laboratorios Novartis, México, 2001, p. 18

² Estrella Joselevich, *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en niños, adolescentes y adultos*”, Paidós, 2000, p. 21

los niños tenían un defecto en el control moral de su conducta y consideró que el problema se debía a una predisposición biológica o hereditaria.”³ Los síntomas dependían del individuo afectado y del tamaño del daño, a pesar de no haber evidencia al respecto, por desgracia, el nivel de inteligencia en aquellos años era medido de una manera subjetiva, dando lugar a que las investigaciones estuvieran basadas muy débilmente. En base a esto, “en 1908 Binnet y Simon, dos médicos franceses desarrollaron un método que permitía evaluar la inteligencia de un individuo, a la cual llamaron coeficiente intelectual (CI).”⁴

“Esto permitía seguir en el tiempo al sujeto de estudio y registrar los avances con las diferentes estrategias de tratamiento existente, además de separar a los individuos con una inteligencia normal de aquellos que no tenían la capacidad de acrecentar el aprendizaje: quienes continuaban llamando retrasados mentales.”⁵

“En Estados Unidos Ebaugh observó un cuadro similar al propuesto por Still, como consecuencia de la epidemia de encefalitis letárgica. Después de la epidemia de encefalitis entre 1917 y 1918 los científicos notaron en los niños que sobrevivieron que presentaban secuencias serias tanto en su conducta como en su capacidad cognoscitiva, las cuales incluían muchas de las características que hoy se consideran parte del Trastorno de Déficit de Atención.”⁶

A lo largo de las décadas, los científicos dejaron de centrarse en la definición del trastorno y se concentraron más en sus posibles causas. Especificando que el trastorno parecía tener su causa en el cerebro.

“En 1922, L. B. Omán describió un síndrome de hiperactividad aunado a un comportamiento impulsivo y a agresividad, y que se asociaba con problemas de aprendizaje y con fallas en la coordinación motora en los niños que habían

³ *Idem*

⁴ Dr. Eduardo Barragán, *op. cit.* p. 19

⁵ *Idem*

⁶ Greta Benavides Tijerina de Adame, , *El niño con Déficit de Atención e Hiperactividad: Guía para padres*, México, Trillas, 2003, p. 21

padecido encefalitis. Los síntomas de hiperactividad en estos niños contrastaban con el parkinsonismo que observaba en los adultos que habrían padecido encefalitis letárgica”⁷

“En 1934 Jahn y Cohen emplearon por primera ocasión Síndrome Orgánico Cerebral para referirse a los trastornos del comportamiento observables en niños con este tipo de lesiones. Por aquellos años existían dificultades para distinguir a los trastornos de atención de otras afecciones del desarrollo infantil, por ello, cuando se identificaron y resaltaron los síntomas típicos de esta condición, se asociaron con problemas de aprendizaje, trastornos específicos del desarrollo- como los problemas de coordinación motora fina o de lenguaje- e incluso con la epilepsia y otras enfermedades neurológicas. Tales asociaciones impedían abarcar y comprender el desorden atención de manera específica.”⁸

Entre 1940 y 1942, varios investigadores asociaron una serie de manifestaciones clínicas secundarias (hiperactividad, sueño intranquilo, distractibilidad, pobre concentración) a un daño cerebral. Cuando los sujetos no tenían una lesión cerebral demostrable eran diagnosticados como un daño cerebral mínimo.

Veinte años más tarde un grupo de médicos “encabezados por Clements y Peters, al no encontrar evidencia de esta lesión cerebral inespecífica, pensaron que las características clínicas eran secundarias a una inmadurez cerebral originada por un defecto genético y prefirieron denominarlo disfunción cerebral mínima.”⁹ Pero no fue hasta 1960 cuando se propuso el término alteraciones específicas del aprendizaje, para los padecimientos de niños que presentaban uno o más procesos psicológicos básicos: por ejemplo aprender el uso del lenguaje (hablado o escrito) o cálculo mental.

⁷ Yolanda Elías Cuadros, *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*, México, Trillas, 2005, p. p. 17 - 18

⁸ Oscar Benassini, *Trastornos de la Atención: origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo*, México, Trillas, 2002, p. 12

⁹ Dr. Eduardo Barragán, , *op. cit.*, p. p.19 - 20

“En 1947 Strauss y Lehtinen proponen que este tipo de trastornos pueden deberse a daño cerebral. Leo Kaner (1952), en la primera edición de su texto de psiquiatría infantil en los años cincuenta, utiliza el término lesión cerebral mínima y resalta por primera vez la tríada que desde entonces habrá de caracterizar a estos niños: hiperquinesia, impulsividad y atención lábil con distracción. Además, cita a Strauss y a la clasificación que este había propuesto para los trastornos neurológicos que pueden provocar síntomas psiquiátricos en la infancia, así como a su observación de que los menores a los que se suponía afectados por lesión cerebral mínima no encajaban en ninguno de estos trastornos. Kaner propone, entonces, que se trate de una condición peculiar.”¹⁰

En este punto es importante señalar que el abordaje conceptual de la época tenía una clara tendencia, “nosológica”¹¹, es decir, identificaba, describía y daba nombre a enfermedades específicas, a diferencia de la tendencia sindromática de las clasificaciones modernas; de ahí el intento de asociar el problema con alguna enfermedad de las hasta entonces descritas. En su texto, “Kaner agrega, además de la tríada original, otros síntomas en estos niños; por ejemplo, pobre coordinación de movimientos, labilidad emocional y deficientes conceptos de sí mismos.”¹² El último de ellos, el problema de la autoestima resulta sin duda una observación aguda que aun es válida en la actualidad, aunque este rasgo no es parte del concepto sindromático básico.

“En 1955, Ounsted acuña el término Síndrome Hiperquinético, que posteriormente es adoptado y defendido por Michael Rutter (1970). Vale la pena señalar que el término previo, lesión o daño estuvo siempre como principal inconveniente la imposibilidad para encontrar, mediante los recursos diagnósticos disponibles

¹⁰ Oscar Benassini, , *op. cit.*, p. 12

¹¹ Se entiende como el estudio y clasificación de las enfermedades. Enciclopedia de Selecciones Reader's Digest. Volumen 5, Pág. 492

¹² Oscar Benassini, , *op. cit.*, p. 13

entonces, alguna evidencia de dicha lesión y la mayor parte de los casos; por ésta razón había evolucionado al concepto de Disfunción Cerebral Mínima.”¹³

Sin embargo, durante los años 50 prosiguieron las investigaciones sobre los mecanismos neurológicos responsables de la hiperactividad, sobresaliendo “Laufer y Denhoff quienes consideraban que un pobre filtro de los estímulos a nivel talámico era la causa del trastorno.”¹⁴ Es así como en los años 60’s el concepto de daño cerebral mínimo fue lentamente abandonado ya que era incorrecto sugerir la presencia de daño cerebral en niño que solo presentaban problemas de conducta.

“Estudios posteriores demostraron que la mayoría de niños con daño cerebral no desarrolla hiperactividad y menos del 5% de los hiperactivos tienen signos evidentes de daño cerebral.”¹⁵

Este concepto fue lentamente abandonado ya que no presentaba evidencia neurológica, en forma paralela fue creciendo el concepto de síndrome hiperquinético como un síndrome conductual separado del concepto de daño cerebral, fue Chess quien estableció el nivel de actividad como característica definitoria del síndrome. Esto se vio reflejado en la segunda edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales (DSM II) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana

Los americanos consideraban a la hiperactividad como un desorden relativamente frecuente de la conducta infantil, no asociado a daño cerebral, y que se debía a un grado extremo de la variabilidad normal del temperamento, por lo tanto de influencia genética. Como la hiperactividad era considerada el síntoma principal y esta normalmente disminuye con la edad del niño se entendía que el cuadro era exclusivo de la infancia

¹³ *Ibidem*, p. p. 13 - 14

¹⁴ Estrella Joselevich, *op. cit.*, p. 21

¹⁵ *Ibidem*, p. p. 21 - 22

“En 1980 apareció por primera vez la definición de lo que se denomina Trastorno de Déficit de Atención en el Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III) ideada por un consenso de especialistas encargados de establecer las reglas para la clasificación y diagnóstico de trastornos, unificando criterios hasta entonces aislados.”¹⁶

Las innovaciones que trajo este documento son: el énfasis en las dificultades de los niños para fijar su atención como rasgo distintivo del problema, seguido por la presencia de inquietud o hiperactividad; además de la introducción del concepto de trastorno mental, aplicado a estos y a otros problemas mentales. Así mismo, esta edición del manual postula que el hablar de patología mental, pueden proponerse constructos clínicos, con síntomas distintivos en cuya presencia se basa el diagnóstico, sin aludir a las causas de estos problemas ni a su dimensión “nosográfica”¹⁷. Como resultado de ello, la lesión cerebral mínima adquirió desde entonces la denominación de trastorno de Déficit de Atención, del que se reconocen dos variantes: a) aquellos niños que presentan otros síntomas además de hiperactividad, y b) aquellos en los que está no es un síntoma predominante.

Esta descripción no se transformó de manera importante en las siguientes ediciones del DSM, las cuales emplean la misma nomenclatura y los mismos conceptos para clasificarla. La propuesta sindromática de trastorno mental se fortaleció y la tendencia fue identificar y asociar numerosas posibles causas con la enfermedad, considerándolas factores de riesgo.

“Por lo que se refiere a la Organización Mundial de la Salud, su novena clasificación internacional de enfermedades (CIE 9 – 1975) emplea las categorías: perturbación simple de la actividad y la atención, hipercinésia con retraso en el desarrollo, y trastorno hipercinético de la conducta, mientras que la décima clasificación internacional (CIE 10 – 1992) modifica escasamente el término a

¹⁶ Dr. Eduardo Barragán, *op. cit.*, p. 20

¹⁷ Considerada parte de la nosología que trata de la clasificación y descripción de las enfermedades. Enciclopedia de Selecciones Reader's Digest. Volumen 5, Pág. 492

trastornos hipercinéticos y adopto la propuesta sindromática de los últimos manuales de la Asociación Psiquiátrica Americana.”¹⁸

Entre 10% y 20% de todos los niños de edad escolar padecen incapacidad para aprender, de ellos alrededor del 20% también tienen TDA. Estos problemas ocurren juntos con frecuencia y por esto es útil considerarlos relacionados entre sí. Sin embargo, la afección no sólo se da en niños sino también en adultos, en hombre y mujeres, en adolescentes, y en todos los grupos étnicos y estratos socioeconómicos, con independencia del nivel educativo y del nivel de inteligencia de los individuos.

Como ya se mencionó, hace un tiempo se creía que era un síndrome que únicamente se manifestaba durante la infancia y que se superaba en la adolescencia. Hoy se sabe que solo un tercio de la población que lo padece lo supera; dos terceras partes de las personas lo tienen durante la edad adulta. El TDA no es una incapacidad para aprender, ni un problema de lenguaje o dislexia, ni tampoco está asociado con un nivel de inteligencia bajo. De hecho, muchas personas que sufren el TDA son muy listas. La cuestión es que esa agudeza se queda embarullada en su interior afectando su autoestima. Es por ello que a los pedagogos nos llama la atención abordar dichas problemáticas, con la intención de rescatar al sujeto para que tengan un desarrollo óptimo en su personalidad y no se vea rechazado de las instituciones por padecer dicha enfermedad. Es posible que para deshacer esta confusión y facilitar el desarrollo, sea necesario tener conocimiento de cuál es su origen, los síntomas que presenta y los efectos que provoca dicha enfermedad y con esto crear más paciencia y perseverancia de la que se puede soportar en esa situación.

¹⁸ Oscar Benassini, , *op. cit.*, p. 15

1.2. Definición.

Los padres describen a sus hijos como muy inquietos o activos. En algunos casos el término está referido a un movimiento constante de acomodación al asiento; en otros, la imposibilidad de mantenerse sentado. En casos severos, a una conducta errática, descontrolada e impredecible que hace imposible la adaptación del niño al medio escolar y dificulta enormemente la vida familiar.

El Trastorno de Déficit de Atención (TDA) es una condición que hace difícil que una persona pueda sentarse tranquila, controlar su conducta, y poner atención.

El intenso interés por desmitificar el TDA ha impulsado una investigación voluminosa. Ahora se ve el TDA como una enfermedad que provoca un trastorno del desarrollo de la habilidad para regular el propio comportamiento y para prever el futuro. Se cree que el trastorno procede de la hipoactividad de un área del cerebro que, según va madurando, nos proporciona mayores recursos para la inhibición de la conducta, la autoorganización, la autorregulación y la previsión. Relativamente oculto a la visión que se tiene de la conducta del niño momento a momento, los problemas de comportamiento que causa este trastorno son nocivos, insidiosos y desastrosos por el impacto que tiene en la habilidad de la persona para controlar las cosas del día a día a través de las cuales nos preparamos para el futuro, tanto el próximo como el lejano.

Este hecho, cuyo impacto cotidiano es sutil pero cuyas consecuencias sobre el funcionamiento adaptativo del niño son graves, ha provocado muchos cambios en las etiquetas y conceptos aplicados al trastorno en este último siglo. Esto explica por qué la ciencia clínica, en sus tentativas para concretar la naturaleza del problema, ha cambiado desde una noción vaga e imprecisa de un defecto en el control moral, de hace cien años, a conceptos más específicos, ha supuesto un gran salto adelante en la comprensión de las disfunciones de los niños con TDA, pero ha hecho que perdamos nuestra visión acerca de cómo estas conductas afectan a la adaptación social de estos niños a lo largo del tiempo.

Es por esto que el TDA “se considera un problema neurológico que se caracteriza por falta de habilidad de la persona para concentrarse (mantener la atención), controlar sus impulsos (pensar antes de hablar o actuar) y, con frecuencia, para controlar una actividad motora excesiva (hiperactividad) a la esperada en función de su edad y entorno; se presenta generalmente antes de los 7 años de edad; estas características son normales en todos los niños, pero es la frecuencia y la severidad lo que deteriora la capacidad del niño para funcionar de manera eficiente en su medio académico, familiar y social.”¹⁹ Estos problemas se reflejan en el deterioro de la voluntad del niño o de su capacidad para controlar su conducta a lo largo del tiempo, y para mantener en su mente las metas y consecuencias futuras. No es un estado temporal que se curará con el tiempo, ni un fracaso de los padres por controlar o enseñar a su hijo a ser disciplinado, ni es un signo de malicia inherente en el niño, el TDA es real; un auténtico trastorno, un verdadero problema para la sociedad, y a menudo, es un obstáculo que puede ser angustiante y crispante los nervios, ya que si no se conocen las características de los niños con TDA puede provocar, en ocasiones una inadecuada conducta hacia estos niños, como puede ser el maltrato psicológico y físico, por parte de familiares y de todas las personas que los rodean.

“En el área de la psiquiatría se han establecido dos sistemas de clasificación diagnóstica que sirven para identificar los diferentes tipos de enfermedades o entidades clínicas que alteran la personalidad; en ellos se asignan nombres a los problemas que pueden aparecer en el comportamiento o en la salud en general: uno es conocido por sus siglas en inglés como el DSM, Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos mentales, desarrollado por la “APA”²⁰, cuya última revisión fue en 1994; el otro es el CIE 10, establecido en 1992 por la OMS²¹, que es un manual de los trastornos mentales y del comportamiento. Estos manuales son una guía para nombrar internacionalmente a cada trastorno, con el fin de que en todo el mundo se distinga una misma enfermedad con el mismo nombre y los

¹⁹ Greta Benavides Tijerina de Adame, *op. cit.*, p. 24

²⁰ Siglas con las que se define la Asociación Psiquiátrica Americana.

²¹ Organización Mundial de la Salud

profesionales de diferentes países las reconozcan, identifiquen, traten e intercambien experiencias en el tratamiento de las mismas.”²²

“En el DSM IV existe un apartado específico para trastornos presentados en la infancia, niñez o adolescencia, dentro de los cuales se encuentra Trastorno por Déficit de Atención y Conducta Disruptiva, cuyas siglas en inglés son ADD (Attention Déficit Disorder) y ADHD (Attention Déficit Hiperactivity Disorder) para el caso de Déficit de Atención con Hiperactividad. Por su parte, en el CIE 10 se encuentra clasificado dentro de los trastornos del comportamiento y las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (hipercinéticos, disociales, de las emociones, del comportamiento social, etc.).”²³

El TDA es una enfermedad que provoca un trastorno principalmente en su conducta, el cual se caracteriza por la falta de atención, la impulsividad y en algunos casos la hiperactividad, y el hecho de que estos niños sean físicamente normales nos dificulta su detección, en especial en los menores que no presentan hiperactividad. Tal vez sería más apropiado hablar de una inconsistencia de la atención y no de un déficit, pues el pequeño puede realizar el trabajo, sabe como hacerlo; lo que le dificulta es el patrón de consistencia y perseverancia en su productividad, que resulta descuidada y errática. Su problema no radica en comprender o filtrar la información, sino en poder sostener de manera continua el esfuerzo que requiere hacerlo. No es que el niño se distraiga por irresponsable o inmaduro, simplemente se aburre y pierde el interés con más rapidez, pues se siente más atraído a lo que resulta más divertido, satisfactorio e interesante en el momento.

Consideramos importante considerar la incidencia de este trastorno ya que las investigaciones realizadas en distintos países, por distintos investigadores, a lo largo de los pasados años, han puesto de manifiesto una gran diversidad de cifras,

²² Maria Teresa Mendoza Estrada, *¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención? Una guía para padres y maestros*, 1ª ed., México, Trillas, 2003, p. 18

²³ *Idem*

lo cual se explica por los diferentes métodos empleados y los instrumentos y criterios empleados en cada estudio.

“En España, durante el año 2003, se ha llevado a cabo el primer estudio multicéntrico, en 7 Comunidades Autónomas, incluyendo 19 Centros Educativos, con un total aproximado de 2000 escolares de ambos sexos. Empleando como instrumento de detección las Escalas de Áreas de Conductas Problema (EACP) y como criterio de identificación las Escalas Magallanes del TDAH (EMTDAH), es decir, empleando los criterios de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en los que están basadas estas Escalas, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Del total de la población estudiada (incluidos niños y niñas)... el 3% cumplían de manera indiscutible los criterios para ser considerados niños con Déficit de Atención con Hiperactividad.

Del total de niños (excluidas las niñas)... el 5% cumplían de manera indiscutible los criterios para ser considerados niños con Déficit de Atención.

Del total de niñas (excluidos los niños)... el 1% cumplían de manera indiscutible los criterios para ser considerados niños con Déficit de Atención.”²⁴

Estos datos confirman una prevalencia de esta condición biológica mayor en niños que en niñas.

Por su parte, el Director General del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos, en su comparecencia el mes de noviembre de 2002, ante la Cámara de Representantes del Congreso de los EE.UU. ofreció unos resultados muy similares de los estudios realizados por su institución, “afirmando que este problema afecta a un porcentaje de la población que varía entre un 3 y un 5% del

²⁴ <http://www.anshda.org/>

total.”²⁵ El TDA en que se manifiesta la combinación de los síntomas es el más común en varones de edad escolar mientras que el trastorno en el cual predomina el déficit de atención es más común entre chicas adolescentes.

“Las estadísticas de USA muestran que alrededor del 8% de la población sufre de TDA sin tratamiento:

El 50% de estos alumnos están atrasados en sus estudios. El 46% son suspendidos periódicamente de las escuelas. El 11% es expulsado de las escuelas. El 10% abandonó la escolaridad. Más del 50% ha repetido algún grado o un año por lo menos una vez. El 35% nunca completó la escuela secundaria y sólo el 5% completó la universidad.”²⁶

“El TDA, es el trastorno de comportamiento que más se diagnostica en la infancia y se calcula que afecta de un 3% a un 5% de los niños en edad escolar, es decir que alrededor de 1.5 millones de niños en México sufren este padecimiento.”²⁷

“El doctor Jesús M. Del Bosque Garza, director del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", consideró la importancia de que los padres de familia vigilen el comportamiento de sus hijos, y si es necesario llevarlo con un especialista para que este padecimiento pueda ser detectado oportunamente.

Se estima que en México, entre el 5 y 10 por ciento de los niños en edad escolar presentan trastornos por déficit de atención o hiperactividad, padecimiento que de no ser tratado oportunamente puede derivar en fracaso escolar, problemas de conducta, acciones delictivas y abuso de drogas al llegar a la adolescencia y juventud.

“El Dr. del Bosque Garza indicó que un considerable porcentaje de los menores con déficit de atención, presentan problemas de aprendizaje (de lectura, escritura

²⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001551.htm#top>

²⁶ <http://www.anshda.org/>

²⁷ <http://www.imovo.com/articulo>

y cálculo aritmético) y de tipo motriz, lo que provoca una mayor dificultad en su desarrollo.”²⁸

“Adriana Legaspi, presidenta de la AMDA, explicó que “los alumnos con déficit de atención, con o sin hiperactividad, por lo regular son maltratados, castigados, etiquetados, discriminados y muchas veces expulsados de las escuelas por su bajo rendimiento escolar o por las conductas propias de este trastorno que nada tiene que ver con actos intencionados”.²⁹

“En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud, el 7 por ciento de la población, es decir, alrededor de millón y medio, padecen de este trastorno. “En cada aula hay, por lo menos, un niño con déficit de atención y con déficit de atención con hiperactividad, pequeños que sufren porque no pueden comunicarse con sus compañeros y que todo el día están ansiosos”. Pero lo alarmante, como lo refiere Legaspi, es que la falta de atención adecuada ha propiciado que niños y jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 6 a 14 años de edad, tomen la decisión de suicidarse.”³⁰

“Según el DSM-IV, la prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y el 7% en niños en edad escolar. Los datos sobre la adolescencia y la edad adulta son imprecisos. Los índices varían según el autor o trabajo consultado. Estas diferencias vendrían dadas principalmente por la aplicación de los criterios diagnósticos. La prevalencia del trastorno según los criterios para Trastorno Hiperquinético de la CIE-10 estaría situada alrededor de un 1%.”³¹ En lo referente a la distribución por sexos, hasta el momento los diferentes estudios señalaban una mayor incidencia del TDA en varones, con una relación de entre 4/1 (4 varones por cada niña) en población general y 9/1 en población clínica.

²⁸ Comunicado de prensa 523, 2 de Diciembre del 2000, Pág. En Internet: www.linca.org/hiperactividad.html

²⁹ Periódico Milenio. Pág. 12, 04 de Enero del 2005

³⁰ *Idem*

³¹ <http://www.f-adana.org/>

No obstante, cabe señalar que hay pocos estudios sobre niñas hiperactivas, actualmente la mayoría de autores (Barkley, Biederman, 1997) consideran que el TDAH está infradiagnosticado en las niñas, puesto que presentan menos comportamientos perturbadores, que son los que interfieren la vida escolar y familiar y más preocupan a maestros y padres, y en cambio presentan más síntomas de humor/ansiedad que los chicos.

“Es un problema de mayor incidencia en hombres que en mujeres (se considera que, de cada 10 personas que lo padecen, 9 son hombres y 1 es mujer) y se calcula que 4% de la población escolar se ve afectada por este trastorno. Algunos autores consideran incluso una incidencia de 7%.”³²

El grupo de niños que presentan TDA es muy heterogéneo. Hay variedades y grupos; dentro de cada uno encontramos chicos que manifiestan los síntomas en diferentes combinaciones y grados de severidad. A esto debemos agregar que el TDA se presenta acompañado de una condición semejante esto es paralelo a un amplio espectro de desordenes, como lo sería los desordenes de sueño, coordinación, impulsividad, de lenguaje, aprendizaje, sensoriales, emocionales, médicos y/o visomotores.

“Hasta 45% de niños con TDA presentan otros trastornos y deficiencias, principalmente problemas de aprendizaje, además síntomas de ansiedad, depresión y baja autoestima”³³

Es importante tener en cuenta esta incidencia ya que cada vez crece más el número de niños y niñas con TDA, al igual que crecen las demandas sociales; es por esto que es importante que los maestros brinden a estos niños la educación adecuada a sus necesidades con la finalidad de integrarlos a las exigencias de la sociedad y poder obtener una mejora en su autoestima y en su rendimiento académico general, así como incidir en su formación integral del niño con TDA.

³² Maria Teresa Mendoza Estrada, *op. cit.*, p. p. 19 - 20

³³ Greta Benavides Tijerina de Adame, *op. cit.*, p. 28

1.3. Causas y Síntomas.

Causas.

En primer lugar, se debe entender que el TDA no se debe a problemas de crianza ni tampoco el hecho que se padezca de TDA significa falta de inteligencia o disciplina.

En la actualidad se desconocen las causas directas e inmediatas del trastorno por déficit de atención.

Existen diferentes teorías que intentan explicar el origen del trastorno. En un consenso mayoritario en aceptar que es una enfermedad de origen neurobiológico y muy probablemente de transmisión genética.

“Thomas Pelan menciona tres teorías sobre la posible causa del TDA:

1. *Desequilibrio químico cerebral; es decir, deficiencia de ciertos neurotransmisores en el cerebro.*³⁴

Existen investigaciones donde se menciona que algunas personas con TDA no tienen suficientes cantidades de ciertas sustancias químicas (llamados neurotransmisores) en su cerebro. Estas sustancias químicas ayudan al cerebro a controlar la conducta.

Parece que existe una disfunción del lóbulo frontal y por otra parte desde el punto de vista neuroquímico existe una deficiencia en la producción de importantes neurotransmisores cerebrales. Los neurotransmisores son sustancias químicas que producen las neuronas, es decir las células nerviosas. Para que se produzca una buena comunicación entre las neuronas y todo funcione normalmente debe existir la cantidad adecuada de determinados neurotransmisores que en este caso son la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, que son las sustancias que

³⁴ *Ibidem*, p. 39

inhiben o detienen la transmisión de los impulsos nerviosos. En el niño con TDA existe una producción irregular en estos tres neurotransmisores y, por ello, la medicación que se les da y de la que hablaremos más adelante, está orientada a regularizar la producción de esas sustancias.

“2. Metabolismo de glucosa bastante más lento que el normal y que afecta a dos áreas clave del cerebro relacionadas con la habilidad para concentrarse y controlar la actividad motora.”³⁵

Joseph Biederman apoyando esta teoría señala que en las más recientes investigaciones neurofisiológicas se ha observado que las personas con TDA tienen un menor flujo sanguíneo hacia la corteza frontal que las personas que no lo padecen, y que el consumo de glucosa en esta área es también menor durante la ejecución de funciones intelectuales superiores.³⁶

“3. Que es hereditario y por tanto, de origen biológico y congénito.”³⁷

Sabemos también que es un padecimiento de características hereditarias, pues hay una alta posibilidad de que los hijos de personas que lo padecen lo sufran también y se están haciendo investigaciones para encontrar los genes específicos asociados al TDA.

El TDA tiende a aparecer en determinadas familias. Un niño con TDA a menudo tiene un progenitor, un hermano, un abuelo y otro pariente con historia y conductas escolares similares.

Otros problemas, tales como privación del sueño, discapacidades específicas en el aprendizaje y problemas de comportamiento, se pueden confundir con o aparecer junto con el trastorno de déficit de atención. Cada niño sospechoso de

³⁵ *Idem*

³⁶ Joseph Biederman, “Seminario sobre el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad”, Hospital Ángeles, México, 2001.

³⁷ Greta Benavides Tijerina de Adame, *op. cit.*, p. 39

padecer este trastorno merece una evaluación cuidadosa para clasificar exactamente lo que está contribuyendo a sus comportamientos preocupantes.

“En un estudio realizado en México, por los doctores Barragán, Garza, Galindo y Ricardo se encontró que 86% de los pacientes eran primogénitos; 56% tuvo un peso menor de 3 Kg. al nacimiento; 32% había nacido antes de las 36 semanas de gestación; 35% de las madres mencionaron un gran movimiento fetal en el último trimestre del embarazo; y en el 88% uno de los dos padres presentaban los mismos síntomas que el niño³⁸.”

“Por otra parte desde el punto de vista genético, todos los estudios inciden en que la existencia del mismo trastorno en hermanos es de un 17 a un 41%. En cuanto a gemelos el porcentaje de trastorno común es hasta del 80%.³⁹”

A continuación numeramos una serie de factores que se han mencionado como causa del TDA en algún momento de la historia, pero que se ha comprobado que no lo son:

- Vitaminas (falta o exceso de).
- Disfunción de la tiroides.
- Problemas en el sistema vestibular del cerebro.
- Crianza paterna deficiente o negligente.
- Reducción de ciertos químicos cerebrales.
- Fumar durante el embarazo.
- Dieta alimentaría inadecuada.
- Alergias.
- Luz blanca fluorescente.
- Rayos X.
- Levadura
- Vida familiar problemática.
- Exposición al plomo.
- Autosugestión.
- Problemas hormonales.
- Ingestión de azúcar.
- Complicaciones en el parto.

³⁸ Dr. Eduardo Barragán, p. 33

³⁹ <http://www.diariomedico.com>

Los estudios sobre factores socio-ambientales indican que éstos pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas, en el peor pronóstico del TDA y en el aumento del riesgo de presentar trastornos asociados (trastornos emocionales, conductas inadecuadas, dificultades de aprendizaje, etc.) pero raramente podemos considerarlos como la causa que genera el trastorno.

Este trastorno varía de intensidad de acuerdo a las características del sujeto, sexo, edad, historia familiar, medio socio económico cultural, ya que como lo hemos mencionado anteriormente, la sociedad nos establece normas que nos llevan a respetar una cultura; y una persona con una conducta que provoca la trasgresión de esta cultura, la sociedad tiende a rechazarlo, es decir, tanto en su familia, su escuela y su grupo de amigos lo aíslan provocando un deterioro en su desarrollo personal.

Si bien las primeras teorías señalaban que el TDA podría ser causado por un pequeño trauma encefálico o daño cerebral debido a alguna infección o complicación durante el parto, se ha comprobado en estudios que esta hipótesis no tiene pruebas suficientes que la apoyen. Los padres y maestros no causan TDA. Todavía hay muchas cosas que tanto los padres como los maestros pueden hacer para ayudar a un niño con TDA.

Síntomas.

Los síntomas del TDA varían según la edad. Generalmente, la conducta hiperactiva en los niños es menos evidente ya que, en la etapa preescolar, es menos probable que se les pida que se sienten y permanezcan quietos, que presten atención durante un largo tiempo, etc. Sin embargo, a medida que los niños maduran, los síntomas se vuelven más evidentes. En los niños pequeños en edad escolar, los síntomas se presentan de manera diferente e incluyen una actividad motora más notoria (treparse, correr, inquietud, imposibilidad de sentarse y permanecer quieto, dificultad para permanecer sentado, dar golpecitos con el pie o la mano, etc.). Frecuentemente, estos síntomas afectan el trabajo en el aula.

Durante la última etapa de la niñez y los primeros años de la adolescencia, estos tipos de síntomas son menos comunes y se comienza a evidenciar una mayor intranquilidad. Con frecuencia, durante la adolescencia, se incrementan las conductas impulsivas, las transgresiones a las reglas y los problemas para relacionarse.

Los síntomas más notables del TDA son:

- a. "Inatención: Es la incapacidad de regular la atención o concentración durante el desarrollo de una tarea."⁴⁰

Es una marcada desorganización en el pequeño, tanto en su acción como en su lenguaje. Los niños con TDA cambian de una actividad a otra sin concluir la anterior, no demuestran orden en sus trabajos o juegos y sus útiles o pertenencias siempre están fuera de lugar o desorganizados. Sus ejecuciones son descuidadas al igual que su arreglo personal; se demuestran desalineados, rompen y manchan la ropa, la usan al revés sin importarles su apariencia personal. Sus trabajos son sucios y desordenados, olvidan y pierden sus útiles de trabajos.

Sus periodos de atención son muy pocos y son incapaces de seguir instrucciones, pues las escuchan pero no las registran. Constantemente están desorientados pues no saben qué deben hacer o cómo se les explicó que lo hicieran; esta dificultad en el seguimiento de instrucciones se incrementa si reciben dos o más ordenes a la vez. Muestran desagrado y resistencia por cualquier actividad que les implique una atención sostenida. Mientras sus compañeros pueden tardar 15 minutos en un ejercicio de matemáticas o en copiar una pagina de un cuaderno, ellos se demoran una hora o más y su trabajo quedará incompleto, por lo general en la escuela, pues el maestro no puede detenerse más tiempo en esperarlos, ya que el resto del grupo trabaja a un ritmo más rápido.

⁴⁰ <http://www.anshda.org/>

b. "Hiperactividad: Es la incapacidad de quedarse quieto, necesita estar en constante movimiento."⁴¹

Este término se refiere a un exceso de actividad motora. Es una inquietud marcada los niños no pueden permanecer en su lugar, se mueven constantemente, saltan y se retuercen; se les califica como niños latosos y ruidosos, tiran los objetos que manipulan o se encuentran a su paso, se caen constantemente y pueden manifestar una baja coordinación motora, aunque algunos pueden ser buenos deportistas. No pueden estar quietos pero tampoco callados; su lenguaje es excesivamente abundante, son demandantes y generalmente quieren hablar con otros. Si por ejemplo el maestro esta dando una explicación en clase, el niño se levanta y le jala el brazo tantas veces como sea necesario para que lo atienda.

c. "Impulsividad: Es la incapacidad de esperar y planificar respuestas o acciones."⁴²

Su conducta es impaciente, no pueden esperar turnos o respetar las reglas de un juego, son bruscos y directos en sus interacciones y excesivamente demandantes; no pueden esperar a ser atendidos. Interrumpen con frecuencia las actividades y conversaciones de otros. No miden el peligro, no pueden meditar en las consecuencias de sus acciones, enfrentan accidentes con frecuencia

Es muy difícil comprender a éstos niños que aparecen como desafiantes, opositoristas y creadores de desorden. En general la actitud de quienes los rodean es de enojo, castigo o penitencia porque éstos niños no cumplen con el perfil esperado y los desvíos producen gran conmoción en la tarea.

Es así como los niños con TDA en la edad preescolar se ven excluidos con frecuencia de los juegos por su agresividad. Su bajo nivel de tolerancia a la

⁴¹ *Idem*

⁴² *Idem*

frustración los lleva a lastimar a otros niños a los que los golpean, muerden, tiran de los cabellos etc. Ya en la edad escolar se los describe generalmente como egoístas, inmaduros, dominantes siendo para los docentes factor de turbación en el orden del aula, además de las consecuencias serias que sobre su capacidad de aprendizaje se genera. Suelen tener más éxito con niños menores, que están más dispuestos a tolerarlos. Ya como adolescentes el rechazo de su grupo etario a la conducta descontrolada y temeraria que producen es manifiesto, y los arrastra a la búsqueda de compensar la desvalorización que sienten con actitudes contestatarias y querellantes que los aislará aún más marcadamente.

Los niños con TDA con predominio en falta de atención se presentan como distraídos y enfrentaran problemas sociales diferentes a los anteriores en los que la hiperactividad e impulsividad acompañaban el cuadro. Son niños por naturaleza pasivos, tranquilos y menos competitivos que los demás. Obedecen lentamente, demoran en completar sus tareas, y pueden entregarse a la fantasía. Aunque no generen el rechazo que producen los que tienen la tríada completa (falta de atención-hiperactividad-impulsividad), permanecen en la periferia de la vida social afectándolos evolutivamente en todos los órdenes que el futuro les depare.

Síntomas secundarios

Los síntomas secundarios son las dificultades emocionales que se desarrollan alrededor del cuadro principal, por lo que no siempre se reconocen y son sin lugar a dudas los más difíciles de tratar y tienen relación directa en la formación del niño y en su práctica cotidiana en el salón de clases, la cual se ha descuidado llegando al grado de etiquetar y descalificar al niño, de tal manera que por ser diferente, se le llega a excluir.

Algunos de estos síntomas son; baja autoestima, depresión, baja motivación hacia la escuela, aburrimiento y frustración ante tareas académicas, miedo para aprender cosas nuevas, miedo anticipada al fracaso, malas relaciones sociales

con sus pares, robos y conducta o respuestas violentas debidas a la gran cantidad de frustración acumulada.

Cuando más tardíamente se efectúa el diagnóstico, más profundos se vuelven los síntomas secundarios y es más difícil tratarlos. Tal vez esta sea la causa de que algunos adultos que conocemos no puedan establecer relaciones íntimas estables, debido a los problemas en su autoestima que comenzaron a surgir en su infancia durante los años escolares.

1.4. Tipos de TDA.

Durante las décadas de los 70, 80 y 90, los principales investigadores del campo clínico, lejos de buscar un modelo conceptual congruente con las manifestaciones del TDA, procedieron a la observación sistemática en ambientes naturales y clínicos de estas personas, lo cual les llevó a una clasificación de las mismas en varios tipos. Desde 1980, se ha clasificado a estas personas, dependiendo de la combinación de indicadores conductuales que presentan.

“Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada en 1992 (CIE-10) solamente establece diferencias entre niños con Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad sin problemas importantes de conducta y aquellos que llevan asociados importantes problemas de comportamiento. Este acuerdo no ha sido compartido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).”⁴³

“De acuerdo con el consenso llevado a cabo por el Comité de Expertos de la APA, se ha procedido del modo siguiente (DSM-IV):

⁴³ <http://www.tda-h.com>

Tipo predominante inatento: Cuando los síntomas listados en el cuadro 1.1 están presentes y han persistido en los últimos 6 meses.”⁴⁴ Uno de los errores más habituales respecto al TDA es que sólo puede presentarse con hiperactividad.

Cuadro 1.1. Criterios de inatención

1. No pone atención a los detalles y comete errores evidentes al momento de realizar tareas escolares, trabajos o actividades diarias.
2. Tiene dificultades para mantener la atención en juegos o tareas asignadas en el hogar.
3. No parece escuchar lo que se le dice.
4. No sigue correctamente las instrucciones, ni termina las tareas escolares, ni asume las obligaciones en casa a pesar de comprender las órdenes.
5. Tiene dificultades para organizar actividades o tareas.
6. Evita actividades o cosas que requieran un esfuerzo mental sostenible (como realización de tareas o jugar a completar un rompecabezas).
7. Pierde los objetos escolares o las cosas necesarias para las propias actividades (juguetes, libros).
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.
9. Se olvida de cosas importantes en actividades diarias.

Dra. Matilde Ruíz García, , *Trastorno por Déficit de Atención: diagnóstico y tratamiento*, México, Editores de textos mexicanos, 2003, p. 10

Los padres creen que si un niño no se golpea contra la pared no tiene TDA. Se supone que si no tiene problemas de comportamiento o de disciplina, o por lo menos no se trata de un niño inquieto, entonces no tiene TDA. Para muchas personas el diagnóstico parece depender de que existan síntomas de hiperactividad motriz.

Si bien esto no es cierto, se trata de un error comprensible. El TDA fue descrito por primera vez entre la población de niños hiperactivos. El conocimiento del trastorno se basa en estudios efectuados a niños hiperactivos. Hasta hace poco tiempo no se ha llegado a la conclusión de que el TDA se puede presentar sin hiperactividad o que se puede manifestar en personas adultos.

⁴⁴ Dra. Matilde Ruíz García, , *Trastorno por Déficit de Atención: diagnóstico y tratamiento*, México, Editores de textos mexicanos, 2003, p. 10

Pero en la actualidad existen pruebas que demuestran que hay gran cantidad de niños y de adultos que tienen otros síntomas de TDA y que sin embargo no son hiperactivos, ni siquiera algo más activos que la mayoría. Antes al contrario, si algo los caracteriza es una motricidad lenta, incluso lánguida.

Se trata de las personas soñadoras. Son niños – pero más frecuentemente niñas – que se sientan en un extremo del aula y juegan con su cabello, al tiempo que miran por la ventana mientras están sumidos en largos pensamientos. Son los adultos que se apartan de la conversación que mantienen o que empiezan a divagar mientras están leyendo. Son las personas, a menudo muy imaginativas, que en medio de una charla empiezan a soñar, o que construyen mentalmente verdaderas escenificaciones sin haber terminado el trabajo del día o que asienten con la cabeza, de forma agradable y educada, sin haber oído nada de lo que se les decía. Se escabullen en silencio, sin la notoriedad que suele caracterizar a quienes tienen el síndrome con hiperactividad.

Parece que el TDA sin hiperactividad es más habitual entre las mujeres. En estos casos, el síntoma más significativo suele ser la facilidad con que estas personas suelen distraerse. Se trata de una manifestación silenciosa. Cuando se desconecta, se hace de manera poco ostentosa, pero tan perceptible como podría ser un corte en medio de una escena cinematográfica.

En un momento determinado la persona está ahí, y un instante después se encuentra en otro lugar. El momento casi pasa inadvertido, pero es posible darse cuenta de lo que ha sucedido, de la misma forma que se aprecia el corte en una película.

Pero desde otro punto de vista es todo menos divertido. Resulta sumamente perturbador no poder confiar en la mente para recordar cosas, pero hacer posible llegar a tiempo a los sitios, para implicarse en una conversación que se desea

mantener, para centrarse en una página que realmente se quiere leer, o para concentrarse en un proyecto que se necesita terminar.

“Tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: Si los síntomas descritos en el cuadro 1.2 se encuentran presentes y constantes por 6 meses o más.”⁴⁵ El niño actúa de forma inmediata sin pensar en las consecuencias de su acción. Cuando emprende una nueva actividad, empieza con entusiasmo, la realiza de forma desorganizada y desestructurada y pocas veces la termina. Cualquier pensamiento que pase por su cabeza es inmediatamente ejecutada.

Cuadro 1.2. Criterios de hiperactividad-impulsividad.

1. Esta inquieto con las manos o los pies mientras se encuentra sentado.
2. Se levanta de su lugar en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que se mantenga sentado.
3. Corre o trepa en situaciones inapropiadas.
4. Tiene dificultades al jugar o compartir sus juegos.
5. Actúa como si estuviera controlado por un motor con batería continua.
6. Habla demasiado.
7. Contesta o actúa antes de que el interlocutor termine de formular las preguntas.
8. Tiene dificultades para esperar su turno.
9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.

Dra. Matilde Ruíz García, , *Trastorno por Déficit de Atención: diagnóstico y tratamiento*, México, Editores de textos mexicanos, 2003, p. 10

En el colegio, sus cuadernos están sucios y descuidados. Las actividades escolares se realizan de forma irreflexiva y desorganizada. En casa, el niño no tiene paciencia para seguir las reglas del juego y, en consecuencia, no sabe jugar solo, no se entretiene con ningún juguete y continuamente pasa de una actividad a otra.

Va de un lado a otro de la habitación, salta o corre por la calle, nunca quiere ir cogido de la mano de sus padres, anda delante o detrás. Cuando permanece sentado en una silla tiene siempre las piernas en movimiento, se columpia, se

⁴⁵ *Idem*

levanta con o sin excusa y sus idas y venidas no persiguen ningún objetivo. Es totalmente imprevisible, inmaduro e inapropiado para su edad. Los niños con este predominio no son malos, pero sí traviesos. Su impulsividad les lleva a convertir en acto cualquier deseo y a causa de esto continuamente se mete en líos. De ahí que ante cualquier fechoría sean siempre ellos los primeros que aparecen como sospechosos.

En ocasiones, se muestran agresivos y violentos con sus compañeros e incluso con los adultos. Esta agresividad no sólo es verbal, sino también física: destrozan los juguetes de los otros niños y los suyos propios, se enzarzan en peleas con sus compañeros o agreden a sus padres o a cualquier otro adulto que trate de oponerse a sus planes. Asimismo, el niño hiperactivo miente con frecuencia y comete pequeños hurtos. Por este motivo, los padres consideran que su hijo no tiene conciencia de lo que hace, ya que su conducta no se adecua a ningún criterio ético o incluso legal.

Tipo combinado: cuando los síntomas de los cuadros 1.1 y 1.2 están presentes y son constantes en los últimos 6 meses.”⁴⁶

Este es una combinación de actitudes de los dos anteriores.

Hay considerablemente menos investigación respecto al TDA, de tipo predominantemente con Falta de Atención, a lo que se suele llamar Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad. Lo que las investigaciones sugieren es que existen algunas diferencias cualitativas entre los problemas atencionales que experimentan estos sujetos y los de aquellos con otros tipos de TDA en los que la hiperactividad o el comportamiento impulsivo está presente.

Los investigadores en USA informan que hay más TDA en varones que en niñas. Sin embargo lo que hay es menos mujeres con TDA con hiperactividad.

⁴⁶ *Idem*

Suponemos que las mujeres por razones culturales y educativas no presentan con frecuencia rasgos de hiperactividad, lo que hace mucho más difícil su detección.

Es muy importante entender que el problema de éstos chicos no es el desconocimiento de saber como actuar, sino de poder hacerlo operativamente, poder controlar el impulso y poder comportarse de acuerdo a las normas. Las personas con hiperactividad viven dificultosamente tratando de regular su conducta para poder cumplir las expectativas que le demandan las distintas situaciones y que no pueden cumplir debido a su impulsividad e hiperactividad. Este conflicto suele convertirse en problemas disciplinarios. Los niños que no tienen hiperactividad tienen dificultades en focalizar su atención ya que los estímulos internos y externos los distraen fácilmente. A veces, se tarda en reconocerlos, porque no presentan problemas de disciplina y no perturban al grupo.

El TDA con cualquiera de los tres tipos, trae fracasos en lo académico y en lo cotidiano. Estas personas tienen su autoestima devaluada y sufren porque se dan cuenta de lo que les pasa y no saben como controlarlo, llevándolos a no tener metas a futuro ya que se consideran seres incapaces de cumplirlas, provocando un sentimiento de frustración y enojo consigo mismo. Es por esto que es importante que las personas que están a su alrededor conozcan este trastorno para así poder ayudarlos a establecer y cumplir metas en su vida y así lograr una superación personal.

1.5. Problemas que presenta en los ámbitos: Emocional, Social, Familiar y Educativo.

Emocional

Los chicos y los adultos con TDA con frecuencia tienen dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales a los acontecimientos de su vida, tan bien como lo hacen otros a su edad. No se trata de que las

emociones que ellos experimentan sean inadecuadas, sino que las manifiesten públicamente con más intensidad y duración de lo que lo hacen los demás. Parecen menos capaces de inhibir la manifestación de sus sentimientos: dejarlos para ellos mismos, e incluso de regularlos como otros pueden hacerlo.

Emocionalmente los niños con TDA muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, les cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, se muestran tercos y malhumorados con frecuencia y parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada. Como consecuencia es más fácil que parezcan menos “maduros”, infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos.

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

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

Por estas razones, los niños con TDA se ven sometidos a mayor número de situaciones frustrantes a lo largo de su desarrollo. Estas frustraciones aumentan

de forma considerable con la exigencia escolar, provocando que con frecuencia, el niño con TDA muestra indicadores de ansiedad y estrés.

Normalmente, estos indicadores son el resultado de las exigencias que percibe sobre él, provenientes de diversos ámbitos y áreas: casa, calle, colegio, estudios, conducta social, relaciones con padres, hermanos, profesores, compañeros, etc.

Estas reacciones emocionales contribuyen, en ocasiones, a dificultar un diagnóstico diferencial, ya que los factores de estrés a lo largo de la infancia y la adolescencia son múltiples, variados y muy frecuentes. Las hiperexigencias educativas de padres y profesores, las tensiones familiares, los celos de los hermanos, incluso las dificultades escolares, constituyen factores 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 TDA, cuando la realidad es que solamente comparten con esta clase de niños el hecho de estar sometidos a unas tensiones emocionales crónicas.

Estos problemas se asocian también con las dificultades académicas. Con frecuencia existen también problemas con los amigos y familiares. Los niños con TDA se sienten frustrados experimentan el fracaso y se sienten inadecuados, mal o torpes. Es posible que los maestros y los padres los llamen perezosos o malos alumnos porque no progresan en la escuela. Puede que algunos reaccionen a estos sentimientos siendo agresivos, participando en peleas o repartiendo golpes de forma impulsiva. Puede que otros interioricen sus sentimientos, padeciendo depresión, aislamiento o proyectando una imagen desfavorable de si mismos. Es posible que otros canalicen sus sentimientos en su estado físico con dolores de cabeza o estómago.

“Una de las consecuencias emocionales más frecuentes y negativas en estos niños es el daño en la autoestima debido al sostenido fracaso escolar a lo largo de los años. Son niños inteligentes pero tienen malas notas y finalmente se autodescalifican para las actividades escolares argumentando que no están dotados para ellas.”⁴⁷

“A lo largo de toda su vida como estudiantes fueron criticados por sus padres y maestros como resultados de sus bajos rendimientos intelectuales. Son calificados de tontos o en el mejor de los casos de haraganes o vagos, pudiendo esta calificación transformarse en un modelo con el que terminan identificándose. Todos terminamos siendo en alguna medida lo que otros nos dicen que somos; más aun si quienes lo dicen son figuras tan significativas como los padres.”⁴⁸

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 niño/a con TDA suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo/a muy malo y una autoestima escasa.

Los estudios realizados con adolescentes, jóvenes y adultos con este problema ponen muy claramente de manifiesto esta correlación entre padecimiento del problema y mal ajuste social y personal.

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

⁴⁷ Luis Oscar Gratch, , *Trastorno por Déficit de Atención: clínica, diagnóstico y tratamiento. Infancia, adolescencia y adultez*, p. 75

⁴⁸ *Idem*

Social

“Es fácil entender por qué muchas personas tiene dificultad para ver el TDA como una discapacidad como puede ser la ceguera, la sordera, la parálisis cerebral o cualquier otra discapacidad física. Los niños con TDA parecer normales. No hay ningún signo externo que indique que su comportamiento es debido a un problema del sistema nervioso central o del cerebro. Hay una alteración en el cerebro que causa el movimiento constante y otras conductas que algunas personas consideran intolerables en un niño con TDA.”⁴⁹

Pero ahora puede familiarizarse con otras maneras de reaccionar de los demás frente al comportamiento de un niño con TDA: en un principio muchos adultos intentan pasar por alto las interrupciones del niño, los comentarios impulsivos y la trasgresión de reglas. Sin embargo, a medida que se relacionan más con el niño intentan ejercer un mayor control sobre él. Cuando el niño sigue fracasando en responder, la gran mayoría considera que su conducta disruptiva es deliberada e intencionada. Finalmente todos llegan a una conclusión; los problemas del niño son consecuencia de la educación que está recibiendo. El niño con TDA necesita más disciplina, más organización, más límites. Los padres son ignorantes, permisivos, amorales, antisociales o, en lenguajes actual, disfuncionales.

En verdad que los padres a menudo hacen algo al respecto. Pero cuando ellos explican que a su hijo le han diagnosticado TDA, los extraños reaccionan con escepticismo. Ven la etiqueta como una simple excusa para que los padres eludan la responsabilidad de educar a su hijo y como un intento de hacer del niño otra víctima indefensa, a la que no se piden cuentas de sus actos. Esta respuesta hipócrita, considerando el comportamiento del niño negativo y al mismo tiempo etiquetándole de norma, permite que a las personas ajenas sigan culpando a los padres.

⁴⁹ Russell A. Barkley, *Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales*, Paidós, 1999, p. 33

“Incluso la reacción menos crítica, que considera el comportamiento de los niños con TDA como una etapa que se dejará atrás, no es tan bueno a largo plazo. Muchos adultos, incluso profesionales, aconsejan a los padres que no se preocupen. Les aconsejan: <<Sigán adelante, y cuando el niño llegue a la adolescencia se la pasará>>. Esto es realmente cierto en algunas formas leves del TDA; en más del 70% de los casos leves, sus conductas serán normales. Previsiblemente, en la edad adulta. En cambio, si el niño en edad preescolar tiene síntomas del TDA más graves, un consejo de este tipo no le será de gran ayuda. Que le aconsejen que sigan adelante durante siete o diez años difícilmente es un consuelo, Peor incluso, es a menudo un grave error, un consejo perjudicial. La vida de un niño a quien no se le ha diagnosticado ni tratado el TDA es probable que esté llene de fracasos y de bajo rendimiento académico. Entre el 30 y un 50% de estos niños repiten un curso, por lo menos una vez. Aproximadamente un 35% de los niños no acaban el bachillerato. La mitad de estos niños tiene serios problemas en las relaciones sociales, y más del 60% un comportamiento rebelde que les conduce a malentendidos y resentimientos con los hermanos, a reprimendas y castigos frecuentes y, más tarde, a mayores probabilidades para delinquir y abusar de las drogas. Cuando los adultos no reconocen ni tratan el TDA, esto puede dar lugar a que el niño tenga un sentimiento de fracaso en todos los ámbitos de su vida.”⁵⁰

Ahora, los conocimientos clínicos están retrocediendo desde una visión microscópica de la relación social de los niños con TDA, a una visión telescópica a largo plazo del desarrollo social. Empezamos a entender cómo estos átomos forman las moléculas de la vida diaria, cómo estas moléculas diarias forman los grandes compuestos semanales y mensuales de la vida social, y cómo estos compuestos sociales forman las grandes etapas o estructuras de la vida a lo largo de muchos años. Como resultado, vemos que el TDA no es sólo la hiperactividad o desatención de un momento a la incapacidad de hacer los deberes de cada día, sino un relativo deterioro en cómo se organiza y dirige la conducta hacia el futuro.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 34

Un importante factor que se debe considerar cuando existen dificultades de aprendizaje o un TDA, y que constituye un aspecto a menudo descuidado, son las consecuencias sociales de padecer algunos de estos trastornos. El TDA interfiere en las relaciones interpersonales tan intensamente como lo hace en el rendimiento académico o laboral. Para hacer amigos es preciso prestar atención. Para llevarse bien con un grupo es necesario seguir lo que el grupo dice. A menudo las circunstancias que determinan la aceptación social son sutiles: la forma de fruncir el ceño o de arquear las cejas, una ligera diferencia en el tono de la voz, una leve inclinación de cabeza. Con frecuencia, una persona con TDA no se percata de estos matices, lo que le puede conducir a no ser aceptado por lo que respecta a las relaciones sociales ya que su conducta es diferente a la establecida por el grupo social. Especialmente durante la infancia, donde las transacciones sociales se producen con tanta rapidez y donde al trasgresor de las normas se le trata tan despiadadamente, un lapsus en la conciencia social debido a una distracción o la impulsividad del TDA puede impedir la aceptación por parte del grupo o la negativa de un amigo a ser comprensivo.

Esta visión más amplia del TDA clarifica porqué los niños con este déficit luchan para adaptarse a las demandas de la vida social, aunque a menudo fracasen en alcanzar las metas que se han propuesto o que otros les han fijado. Si tenemos presente que la conducta de los niños con TDA está enfocada en el momento, no juzgaremos sus acciones tan duramente. Nadie entendería no la mitad de lo que nosotros como adultos normales hacemos si esas acciones fueran juzgadas únicamente por sus consecuencias inmediatas. Muchas de las acciones que realizamos han sido planeadas pensando en el futuro. De la misma manera, criticamos rápidamente, la conducta de los niños con TDA, porque esperamos que actúen con previsión aunque ellos siempre estén fijos en el momento presente. Encontramos que es difícil tolerar la forma de comportarse de los niños con TDA, las decisiones que toman y sus quejas sobre las consecuencias negativas que les acontecen, porque nosotros, que no tenemos el trastorno, podemos ver dónde va a parar todo y utilizar esta visión para determinar nuestro comportamiento, pero

ellos no pueden. Sólo ahora está la ciencia clínica empezando a comprender este aspecto importante del TDA.

“Los costos del TDA para la sociedad son sorprendentes, no sólo por la pérdida de productividad y de empleo, sino también por la reeducación. ¿Cuánto se gasta la sociedad en conducta antisocial, crimen y abuso de drogas? Más del 20% de los niños con TDA han prendido fuego en sus comunidades, más del un 30% se han dedicado a robar, más de un 40% se han iniciado muy temprano en el consumo del tabaco y el alcohol, y más de un 25% son expulsados del instituto a causa de su mala conducta. Recientemente se han estudiado los efectos que el TDA tiene sobre la conducción. En sus dos primeros años como conductores, los adolescentes diagnosticados con TDA tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor que los chicos sin TDA de tener accidentes provocados por ellos y de sufrir heridas en estos accidentes. También tienen una probabilidad tres veces mayor que los chicos sin TDA de que los hayan multado por exceso de velocidad.”⁵¹

“Reconocer estas consecuencias ha supuesto un enorme esfuerzo para entender el TDA. Se han dedicado al tema más de 6,000 artículos científicos, más de cincuenta libros de texto y otros tanto para padres y profesores, son contar con las historias que los periódicos han dedicado al desarrollo del TDA a lo largo de los cien últimos años en los que la ciencia clínica ha reconocido el trastorno como un problema serio. Muchas asociaciones de apoyo a padres han crecido con rapidez, y de forma más notable, la de niños y adultos con TDA.”⁵²

Familiar

Cuando existe una unión familiar sólida y un miembro de la familia se siente lastimado, todos los demás sienten el dolor. Cuando el niño con TDA experimenta frustraciones y fracasos, los padres también están frustrados tratando de entender y ayudar a su niño. Es posible que como padres se sientan fracasados. En primer

⁵¹ *Idem*

⁵² *Idem*

lugar puede resultarles difícil aceptar que el niño sufre una incapacidad. Es posible que nieguen la existencia del problema. Pero incluso cuando la hayan aceptado, es posible que aún se enojen porque les ha pasado a ellos o se sienten culpables de haberlo causado. El hecho de aceptar y aprender a vivir con estos sentimientos es un proceso que toma tiempo.

Esta situación también puede afectar a los hermanos y hermanas. Es posible que a ellos no se les haya informado acerca de los problemas de su hermano (a), o de la razón de la preocupación familiar. Sin conocer los hechos, es posible que imaginen situaciones y se preocupen: ¿es culpa mía?, ¿me pasará a mí también?, ¿se morirá?. Algunos se pueden enfadar por no ser tratados equitativamente: ¿por qué yo tengo que hacer mi cama y él no?, ¿por qué a él se le perdona una acción y cuando yo la realizo me castigan?. Otros se pueden sentir culpables. Se les ha dicho que tienen que ser más comprensivos y aceptar la situación, pero aún así se enojan ante la conducta del hermano o por la atención que él o ella reciben.

“Educar a un niño con TDA puede ser un desafío increíble para cualquier padre. Estos niños son distraídos, desinhibidos, muy activos y absorbentes. Sus problemas pueden ser una carga tan grande para el padre que nunca se los planteó o imaginó cuando decidió tener un hijo. Estos problemas podrían hacerle reflexionar sobre lo acertado de dicha decisión. En aquellas áreas de la educación de su hijo en las que unos padres competentes y razonables se involucran, los padres de un niño con TDA están obligados a involucrarse doblemente. Deben buscar escuelas, profesores, profesionales y recursos sociales. Se encontrarán a sí mismos teniendo que supervisar, dirigir, enseñar, planificar, estructurar, recompensar, castigar, guiar, amortiguar, proteger y enseñar a los niños con TDA mucho más de lo que se le pide a cualquier padre. También tendrá que encontrarse con otros adultos implicados en la vida diaria de los chicos, como el equipo escolar, pediatras y profesionales de salud mental. De igual manera tendrán que intervenir con los vecinos, monitores, entrenadores y otras personas

de la comunidad, con los que se relacionen, debido a sus problemas de comportamiento.”⁵³

Para hacer las cosas más difíciles, la elevada necesidad de orientación, protección, defensa, amor y educación de los niños con TDA puede estar escondida detrás de la falsa apariencia de sus demandas desmesuradas y, a veces, de sus problemas de comportamiento.

Los padres de niños con TDA, encuentran que el reto de educarlos, elevan los esfuerzos educativos a un nivel muy alto. Educar a un niño con TDA es una de las cosas más difíciles que posiblemente tengan que hacer. Estos padres se sienten muy solos y tiene ello que ver con el padecer situaciones de aislamiento al no poder integrar a su hijo a los ámbitos normales para los niños de su edad, cumpleaños a los que no pueden asistir por la conducta hiperactiva, clubes en donde son discriminados, escuelas en donde son frecuentemente citados y reconvenidos, paseos y encuentros sociales a los que deben renunciar, etc., no siendo raro que manifiesten sobre todo las madres sentimientos de culpa, tristeza y dudas en relación a su capacidad de educar a sus hijos. Por esto, generalmente los padres adoptan un mal comportamiento hacia sus hijos, comenzando por “ignorar o no prestar atención cuando estos muestran un comportamiento inadecuado. Probablemente creen que alguno de estos comportamientos son intencionados, simplemente para llamar la atención y así, ignorando al niño, disminuirá el problema. Pero el comportamiento de los niño con TDA no esta dirigido simplemente a llamar la atención, así que es poco probable que estas técnicas tengan éxito. Como el comportamiento disruptivo continúa o se intensifica, los padres dan más órdenes y directrices, especialmente aquellas que están dirigidas a controlar los impulsos de los niños. Estas ordenes son, a menudo, restrictivas, pidiendo a los niños que dejen de hacer lo que están

⁵³ *Ibidem*, p. 20

haciendo, y los padres se encuentran repitiendo con frecuencia las mismas ordenes.”⁵⁴

Llegan a un punto de frustración y exasperación tal que terminan por responder con amenazas. Cuando este método falla, para motivar a los niños con TDA a escuchar y obedecer, entonces los padres cambian y utilizan el castigo físico y otras formas de castigo (como la pérdida de privilegios o tiempo fuera) para recuperar el control sobre el comportamiento disciplinado de los niños. Algunos padres pueden abandonar en este punto, cediendo ante el niño, incluso, llegar hacer ellos mismos las tareas de sus hijos, o sencillamente, desentenderse de todo, dejando las tareas sin hacer. Si los niños han empezado a obedecer pero obedecen poco, los padres intervienen y ayudan a los niños en lo que están haciendo.

Con el tiempo los padres tienen que intervenir para controlar a sus hijos con TDA, no empiezan estas secuencias desde el principio. Emplean la última estrategia de control que tuvo algún éxito. Esto puede llevarles a reaccionar de forma negativa e inmediata hacia el niño, o a emplear una disciplina física severa cuando el niño empieza a mostrar un leve comportamiento disruptivo. Algunos padres padecen haber llegado a tal estado de fracaso en el control de sus hijos, que se pueden describir mejor si decimos que se encuentra en un estado de indefensión aprendida. No hacen ningún esfuerzo, o hacen un esfuerzo mínimo para dar o hacer cumplir las órdenes a sus hijos, dejándoles hacer lo que ellos quieren. Empiezan a alejarse de los hijos y acaban abandonando la supervisión. En este punto muchos padres informan de depresión, baja autoestima en su papel como padre y poca participación o satisfacción en sus responsabilidades educativas. En algunos casos los padres pueden cambiar su actitud, en función del humor y la irritabilidad del momento, hacia sus hijos retirando el contacto completamente o reaccionando de forma demasiado severa ante el mal comportamiento. En pocas palabras, vivir con un niño con TDA puede poner a prueba seriamente la salud

⁵⁴ *Ibidem*, p. 120

mental de los padres y sus obligaciones como padres. Si estos padres ya están experimentando estos problemas personales y emocionales, todo puede ir a peor.

Hasta no hace mucho no se tenía acceso a información precisa sobre este padecimiento. Los profesionales de la salud, los equipos docentes, la sociedad en general solían desconocer los elementos que ayudan actualmente a su diagnóstico y eran tratados erróneamente como vagos, "loquitos" emocionalmente desequilibrados, o como producto de mala alimentación o muy frecuentemente como resultado de conductas inadecuadas de sus padres. Últimamente estamos esclareciendo el tema con información y formación de equipos interdisciplinarios que ayudan al diagnóstico correcto y al tratamiento adecuado del TDA.

Así es como los padres albergan esperanzas de que cambiará la vida de sus hijos y de la familia toda tan sensible a la actitud que el niño o el adolescente con TDA generaba en sus relaciones interpersonales.

Educativo

“Una vez que los niños con TDA entran en la escuela recae sobre ellos una carga social que durará al menos durante los siguientes doce años. La escolarización tiene un impacto importante sobre las dificultades de estos niños y puede ser la mayor fuente de estrés para muchos de ellos y para muchos de sus padres. Las habilidades para estar sentado, atender, escuchar, obedecer, inhibir las conductas impulsivas, cooperar, organizar las acciones, seguir las instrucciones, jugar bien y relacionarse amigablemente con otros niños son esenciales para superar con éxito la etapa escolar. No es sorprendente que la inmensa mayoría de los niños con TDA sea identificada como niños con problemas de conducta al llegar al primer curso de enseñanza primaria. Los padres deberán enfrentarse ahora no solo a los problemas en casa, sino a la carga que suponen ayudar a sus hijos a adaptarse a las demandas académicas y sociales de la escuela. Lamentablemente, estos padres tienen que tolerar las quejas de muchos profesores que creen que los

problemas del niño en la escuela son el resultado de los problemas de casa o de las escasas habilidades educativas de los padres.”⁵⁵

Más de un millón y medio de niños en edad escolar tiene un TDA. Esto quiere decir que hay al menos un niño con TDA, incluso dos, en cada clase. También quiere decir que el TDA es uno de los trastornos más comunes en la infancia. Por último significa que todos nosotros conocemos a alguien con este trastorno, aunque no podamos identificarlo por su nombre.

Evidentemente, los aprendizajes que se ven más afectados son los de naturaleza cognitiva, ya que éstos precisan de mayor atención sostenida y relevante.

La entrada a primer grado le impone al niño con TDA una serie de exigencias atencionales y conductuales que encuentra especialmente difíciles de cumplir. En muchos casos se plantea una permanencia en preescolar, con el diagnóstico de inmadures, debido a que no puede mantener la atención necesaria y esperable para un niño de su edad, o que no puede permanecer sentado durante toda la hora de clase, o a que su motricidad fina es pobre. Esta última dificultad no es específica del TDA, sino que es un acompañante de muchos problemas del desarrollo (como los problemas de aprendizaje, conducta y autismo).

Si el niño aún no ha sido diagnosticado, el ingresar a la primaria el Déficit de atención origina crisis, ya que el niño a esta edad ya debe haber desarrollado habilidades sociales, emocionales y pedagógicas para tener éxito en el ambiente escolar (atención, control de impulsos, tolerancia a la espera, destreza motora, discriminación perceptual o habilidad para identificar y reconocer estímulos visuales, como la posición de las letras).

La excesiva actividad motora es especialmente notable en clase, puesto que el contexto es más estructurado que en preescolar y la exigencia, para la edad del niño, incluyen permanecer sentado realizando el trabajo como el resto del grupo.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 120 - 121

Cuando el niño se levanta, deambula, golpea en el asiento o canturrea mirando por la ventana, suele desaprovechar lo que se está explicando, distraer a los otros niños y alterar la actividad académica. La falta de atención se traduce en tareas escolares incompletas, desprolijidad, falta de organización, método y hábitos de estudio.

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.

Sus periodos de atención varían significativamente de otros niños de su misma edad; no pueden llevar a cabo instrucciones que incluyan dos o tres comandos a la vez; no pueden terminar sus trabajos y suelen brincar de una actividad a otra, sus constantes saltos de una a otra idea los llevan a no centrar sus intereses en un solo objetivo, por lo que no pueden atender a los detalles que la escuela exige; no pueden permanecer en su lugar o en silencio mientras se da una explicación; interrumpen al maestro o a sus compañeros; pierden sus útiles y materiales de trabajo o se presentan al salón de clases sin ellos.

Los niños con TDA tienen también más probabilidad que otros niños de presentar trastornos del aprendizaje. Un trastorno del aprendizaje se caracteriza por una discrepancia significativa entre la inteligencia del niño y sus notas o logros académicos. Entre el 20 y el 30 % los niños con TDA tienen un tipo de trastorno del aprendizaje en áreas como matemáticas, lectura o escritura.

Entre las dificultades que enfrentan estos niños en el aprendizaje de la lectura y la escritura, pueden por ejemplo centrar su atención en detalles no importantes en la lectura; no podrán resumir o rescatar información implícita de un texto pues esto requiere atención sostenida, concentración y búsqueda de significantes. La

ortografía es una actividad especialmente compleja para ellos, pues tiende a escribir las palabras como suenan, sus cuadernos no llevan un orden pues para ellos es lo mismo empezar a la mitad de una hoja que al final de la misma. No respetan renglones, no usan regla para subrayar; omiten letras, sílabas y palabras por lo que su escritura suele ser ilegible.

Otros niños pueden manifestar problemas en el área de las matemáticas exclusiva o conjuntamente; suelen olvidar los pasos necesarios para las mecanizaciones, o no pueden ubicar los números adecuadamente en unidades, decenas y centenas, o confunden los conceptos. Al clasificar o seriar, el niño enfrenta problemas ya que únicamente busca salir del paso y terminar la tarea debido a su impulsividad o tal vez solo pueda centrar su atención en una característica sin tomar en cuenta las otras variables; tampoco puede darse tiempo para encontrar las diferentes particularidades de los elementos.

Tampoco pueden seguir las normas establecidas dentro del salón de clases: levantan la mano antes de que se termine de formular una pregunta o gritan la respuesta; se levantan y deambulan por el salón; tiran y desordenan su material escolar; constantemente tratan de salir del salón y tardan mucho en regresar. En su mesa de trabajo se encuentran objetos que no necesitan; interrumpen el trabajo de los demás y les quitan su material; al pasar se tropiezan y tiran el cuaderno del compañero al suelo, les rompen sus útiles o se enojan porque no les hicieron caso y los golpean. Su ritmo de trabajo difiere mucho del de los demás, frecuentemente es más lento, o bien intentan terminar rápidamente y ser los primeros, sin importar la calidad de su trabajo. Requieren que se les repita la instrucción individualmente y en varias ocasiones; no retienen la información completa y pierden el objetivo con facilidad.

Al efectuar trabajo en equipo no escuchan ni respetan las opiniones de sus compañeros. Olvidan traer lo que se les pide, desde la firma de un recado, hasta el material para el trabajo de grupo. Pueden hacer la tarea pero olvidan meterla en la mochila o la dejan sobre el escritorio en casa.

El aprendizaje de las ciencias sociales y naturales es más complejo, ya que además de la lectoescritura se necesita la habilidad de memorización y la capacidad de relacionar datos y fechas que los ubiquen en tiempo y espacio, así como determinar relaciones causa-efecto, secuencias y clasificaciones. Requieren además el manejo de un vocabulario abstracto que facilita la comprensión de conceptos.

Así, en la medida en que las demandas de los grados escolares superiores se incrementan, el niño comienza a mostrar un deterioro cada vez mayor en su rendimiento escolar y en su autoestima.

Por esta razón consideramos que los docentes son quienes tienen más posibilidades de observar el armado de trabajo de los chicos, como prestan atención, si se mueven mucho, si son desorganizados, charlatanes, si están como ausentes, si completan las tareas, si entienden las consignas, etc. Al detectar algún problema, advierten de la necesidad de un diagnóstico y son los que llevan adelante la estrategia del aula.

La luz roja se enciende ante los fracasos escolares, muchas veces acompañados por problemas de disciplina. Sucede que en algunos casos son los que conducen a fracasos escolares.

La forma de trabajo en la institución tiene como base una concepción ideológica, o sea, si la misma no comprende que no somos todos iguales, que no aprendemos de la misma forma, que no nos expresamos de la misma manera, que los tiempos pueden ser distintos para cada persona, pero que todos tenemos derecho a crecer en el aprendizaje, será difícil que pueda trabajar desde ésta forma que acá se propone y que intenta no ser expulsiva.

Por otra parte es importante considerar el comportamiento de los maestros hacia estos niños; ya que como mencionamos anteriormente son los que se dan cuenta de las necesidades de cada niño y son los que les pueden proporcionar una

educación adecuada a sus necesidades. Pero no hay que dejar de lado que por la falta de conocimiento de este trastorno, los maestros pueden llegar a tomar una actitud despectiva o agresora ante estos niños, llegando a lastimar su personalidad ya que para ellos es desesperante ver que el niño no pone la atención necesaria al explicar un tema y frustrante el darse cuenta que a pesar de sus esfuerzos, el niño tiene un bajo rendimiento escolar.

Por supuesto se supone que por las capacidades intelectuales, estos chicos puedan lograr su integración en los cursos, aunque su rendimiento no es el óptimo por las dificultades que le trae el TDA. Parece que hay al menos, dos áreas importantes de problemas relacionadas con el trabajo escolar.

No hacen tanto trabajo como otros niños, como cabría esperar teniendo en cuenta sus capacidades cognitivas y por tanto obtienen peores notas y repiten curso con más frecuencia. Sus habilidades son menores que la de los niños sin el trastorno y pueden declinar algo durante los años de escolarización.

“Por consiguiente, no es sorprendente encontrar que el 40%, o más, de los niños con TDA tengan que asistir, de forma temporal, a clases de educación especial o a programadas para niños con Trastorno del Aprendizaje o del Comportamiento. Tampoco es extraño que casi un 35% repita un curso por lo menos, antes de llegar al bachillerato.”⁵⁶ Para estos niños el ser desatento e impulsivos puede ser devastador en un ambiente en el que el autocontrol y el esfuerzo sostenido son cruciales para el éxito, como en la escuela. De ahí, la gran importancia del diagnóstico, ya que dentro de este se pueden encontrar otros trastornos asociados que pueden influir en el bajo rendimiento académico.

A manera de conclusión, en el primer capítulo hemos abordado los aspectos generales sobre lo que es el TDA, su causa y las alteraciones que provoca en su entorno del niño que lo padece.

⁵⁶ Russell A. Barkley, *op. cit.*, p. 108

El primer paso para ayudar a estos niños es comprender qué es el TDA, ya que esta es una enfermedad difícil de detectar, ya que no presenta manifestaciones físicas, pero si una conducta disruptiva que altera su entorno social, familiar y escolar, provocando un deterioro en su estado emocional ya que estos niños se dan cuenta de lo que pasa y no saben como detenerlo, llevándolos a tener una baja autoestima.

Por estas razones consideramos que quienes lo padecen merecen toda la ayuda y las modificaciones que sean necesarias para que puedan alcanzar su potencial máximo en su entorno escolar, social, familiar y emocional; y lograr que sean niños alegres, agradables, motivantes y positivos.

Es importante que la sociedad tenga conocimientos acerca de lo que es el TDA pero principalmente, como pedagogas, consideramos que la escuela juega un papel importante dentro de la detección de dicha enfermedad, ya que es en ella donde se establecen reglas de comportamiento ante diferentes situaciones y cuando una enfermedad como el TDA no le permite al niño adaptarse a estas reglas, los maestros llegan a catalogarlos como niños problemáticos, rebeldes y en ocasiones flojos.

Por estas razones es esencial que los maestros estén informados y conozcan la naturaleza de esta enfermedad, ya que sus conductas no son para molestar deliberadamente. Saberlo puede ayudar a conservar la paciencia, el sentido de humor y la capacidad para tratar con conductas fastidiosas de un modo positivo; es por esto que pensamos que todo establecimiento escolar debería brindar cursos para informar al personal sobre el TDA, así como material de apoyo para que estos niños tengan un aprovechamiento escolar conforme a su edad.

Con base a esto podemos decir que el pedagogo es parte esencial e importante dentro de la formación educativa de un individuo, debido a que una de las tareas que desempeña es proporcionar una educación integral, esto es, que los ámbitos en los cuales se desenvuelve el niño sean apropiados, partiendo de su desarrollo

personal hasta el área de conocimientos, favoreciéndole a tener una imagen positiva de si mismo y así poder cumplir con las expectativas que la sociedad impone; y cuando hay algo que interrumpe esta formación, el pedagogo tiene la labor de investigar para informar al maestro y así brindar alternativas educativas de cómo integrar dentro del aula al niño con problemas.

El resultado de lo anterior puede ser mejorar el desempeño escolar de estos niños, porque merecen un ambiente abierto y atento a las necesidades de cada uno; al igual que se reconozca y estimule distintos estilos de aprendizaje y de recepción; que se enseñe a estos niños a comprender, aceptar y valorar las diferencias individuales, preparándolos para tener una vida en la que todos los seres humanos tengan la misma oportunidad de convertirse en hombres y mujeres productivos, únicos y felices que están destinados a ser.

Por otra parte, tomando en cuenta el conocimiento cada vez mayor de la complejidad de la presentación del TDA a lo largo de la vida, es necesario hacer una aclaración importante: a pesar de la constante observación e investigación en la identificación de la enfermedad, los portadores del TDA pueden exhibir múltiples manifestaciones, es decir, la “comorbilidad”⁵⁷ que existe con otros trastornos, los cuales afectan las diversas facetas de la vida del individuo, perturban su desempeño en el hogar, en la escuela y en su entorno social, y son estas manifestaciones asociadas las que hacen diferir a los expertos en un diagnóstico en donde muchas veces se le da mayor importancia al trastorno asociado que al TDA, provocando que no se le de un adecuado tratamiento a este.

Asimismo, los profesionales que nosotras, como pedagogas consideramos son los encargados de detectar, diagnosticar y tratar esta enfermedad son el maestro, el psicólogo y el psiquiatra, y dentro del tratamiento interviene el pedagogo, con las

⁵⁷ Se denomina comorbilidad a los trastornos psiquiátricos o de aprendizaje que coexisten con la condición diagnóstica a la que se hace referencia, en este caso el TDA. Joselevich, Estrella, “Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad”, p. 42

diferentes propuestas que puede ofrecer al maestro para integrar al niño dentro del salón de clases.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, consideramos importante que las personas que se relacionan con el niño, conozcan algunos trastornos asociados con el TDA, ya que esto les ayudará a entender y comprender su conducta, que se ve aun más afectada porque no solamente se tiene que lidiar con las manifestaciones del TDA, sino también con las del trastorno asociado.

Por esta razón, en el siguiente capítulo se abordarán algunos de los trastornos asociados con el TDA, como son: Trastornos de conducta, trastornos específicos del aprendizaje, trastorno del sueño, trastorno en la socialización y trastorno en la coordinación motora, señalando las características más sobresalientes que se manifiestan junto con el TDA.

CAPITULO II

ALGUNAS CONDUCTAS Y PADECIMIENTOS ASOCIADOS CON EL TDA.

CAPITULO II. Algunas Conductas y Padecimientos asociados con el TDA.

En años recientes se ha ido acumulando evidencia que muestra que el TDA suele presentarse acompañado de altos niveles de comorbilidad con un número importante de otras patologías. Esta surge de los resultados de distintos estudios de investigación clínica llevados a cabo en diferentes países pertenecientes a diferentes culturas.

La noción de comorbilidad no implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo individuo, las que poseen características clínicas y un curso evolutivo propios de cada una de ellas.

En el año 2000, “aproximadamente en el 65% de los casos, el TDA se encontraba asociado con otras patologías, no solamente con trastornos de conducta, lo que se ha podido establecer ya desde hace muchos años, sino también con cuadros de depresión mayor, severos trastornos de ansiedad, tics crónicos y trastornos específicos del aprendizaje, como la dislexia.”⁵⁸

Actualmente “algunos estudios realizados en niño con TDA respaldan documentalmente la existencia de elevadas tasas de comorbilidad de condiciones psiquiátricas. La incidencia de esa comorbilidad abarca un rango de 50% a 90%. La presencia de un desorden adicional afecta drásticamente el pronóstico, el tratamiento y la toma de decisiones relativas al cuidado de la salud de estos pacientes.”⁵⁹

⁵⁸ *Idem*

⁵⁹ Yolanda Elias Cuadros, *op. cit.*, p.60

Desde el punto de vista clínico, los niños que presentan TDA asociados con otros trastornos revisten mayor gravedad, ya que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida (familiar, social y académico) y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDA sin comorbilidad.

En cuanto al tratamiento, requieren de una mayor complejidad terapéutica y necesariamente un abordaje múltiple que puede incluir la psicoterapia individual y/o familiar, y tratamientos reeducativos de tipo psicopedagógico. A su vez, el manejo farmacológico es más complejo que en el TDA no comorbido, pudiendo requerir en algunos casos la utilización simultánea de más de una medicación para tratar eficazmente al paciente.

Sabemos que el TDA continúa hasta la edad adulta en la mayoría de los sujetos, al igual que los padecimientos asociados, y por los que estos últimos deben ser diagnosticados y tratados oportunamente durante el tiempo necesario.

2.1. Trastorno conductual.

El trastorno conductual es un conjunto de signos y síntomas caracterizados por la falla persistente en el control del comportamiento apropiado, que impide respetar las reglas sociales establecidas.

“Se presenta asociado al TDA hasta el 45% de los casos: probablemente sea secundario a la falta de regulación en el aprendizaje, impulsividad y una mala adaptabilidad a las situaciones del medio social.⁶⁰

Entre los trastornos conductuales se encuentran el trastorno oposicionista/desafiante, el trastorno disocial y el trastorno antisocial de la personalidad.

⁶⁰ Dr. Eduardo Barragán, *op. cit.*, p. 39

Trastorno oposicionista/desafiante o negativista/desafiante.

El cuadro se caracteriza por una tendencia sostenida a presentar una conducta oposicionista/desafiante y hostil con los padres y/o cualquier autoridad. "Para el diagnóstico, el DSM- IV presenta los siguientes criterios:

- a) Un patrón de comportamiento negativista, hostil o desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes 4 o más de los siguientes comportamientos
 - 1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 - 2. A menudo discute con adultos.
 - 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
 - 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 - 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 - 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
 - 7. A menudo es colérico y resentido.
 - 8. A menudo es rencoroso o vengativo.

- b) El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

- c) Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o un trastorno del estado de ánimo.

- d) No se cumplen los criterios de trastorno disocial si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad."⁶¹

⁶¹ Luis Oscar Gratch, *op .cit.*, p. 44 - 45

“El TDA y Trastorno oposicionista desafiante, se estima que esta asociación de trastornos se da como mínimo en un 30-35% de los casos con TDA.”⁶² El historial de los niños con esta comorbilidad muestra que el asentamiento del trastorno oposicionista desafiante se manifiesta tempranamente. Es decir que los rasgos distintivos básicos, la desobediencia y el oposicionismo, comienzan a evidenciarse desde la temprana infancia.

Considerando que antes de los 3 años puede ser muy difícil hacer el diagnóstico, con la estructura promovida por la escuela estas características se irán haciendo cada vez más evidentes. De hecho se puede diagnosticar la comorbilidad sin grandes dificultades a partir de los 6 o 7 años.

La actitud negativista u oposicionista es muy común en los niños en edad preescolar quienes sistemáticamente se rehúsan a obedecer ordenes en un intento de autoafirmación del yo. Por ello este único síntoma es insuficiente para realizar el diagnóstico del desorden oposicionista/desafiante.

Para llegar entonces a este diagnóstico, es necesario observar un patrón de conducta rígido y estereotipado en el que se verifican sistemáticamente las mismas conductas en forma repetida. Estas conductas se deben presentar por lo menos por el término de 6 meses y deben consistir básicamente en una actitud hostil y negativa, conducta desafiante y francamente oposicionista ante las demandas realizadas por los adultos, en especial por los padres y los maestros.

Esta conducta oposicionista suele comenzar a manifestarse en el contexto del hogar. Ya desde la edad preescolar se pone más de relieve con las madres que con los padres, aunque en alguna medida siempre incluye a ambos, pues oponerse a la madre es de algunos forma oponerse a ambos, a menos que tal

⁶² Estrella Joselevich, *op. cit.*, p. 65.

actitud este sostenida por algún progenitor en alianza con el niño para descalificar al cónyuge.

La actitud desafiante y oposicionista, al igual que el TDA se pone más fácilmente de manifiesto con personas familiares por lo tanto se atenúa, es más sutil o desaparece con desconocidos. Cuando son confrontados con sus trasgresiones las suelen justificar a través de racionalizaciones, que explican sus actitudes como respuesta a irracionales demandas de los otros para con ellos. Con el tiempo este trastorno evoluciona y se transforma. La actitud oposicionista, hostil y desafiante para con los padres se empieza a manifestar en relación con los otros en general y se convierte en conductas antisociales hacia la comunidad, pudiendo evolucionar hacia un cuadro de trastorno disocial o antisocial.

Es importante destacar que no es necesario encontrar una conducta de agresión física concreta para arribar al diagnóstico de trastorno negativista u oposicionista. Esta actitud negativista desafiante u oposicionista en caso de existir este trastorno muchas veces se puede observar en los niños desde pequeños. Debemos esperar hasta el inicio de la escolaridad para confirmar este diagnóstico o no; aunque las manifestaciones precoces deben interpretarse como síntomas de temprana aparición que si pueden ser comprendidos y considerados luego retrospectivamente.

A diferencia del TDA el trastorno oposicionista/desafiante se halla más afectado y promovido por el entorno familiar. Su evolución casi siempre se vincula a severos desajustes de las funciones paterna y materna.

Muchas de sus manifestaciones conductuales provienen de identificaciones con modelos caracterológicos de las figuras parentales o del vínculo entre ellos. La falta de una función paterna y de un respeto por la ley suele encontrarse en la base de estas constelaciones familiares y vinculares. Por la importancia que posee la figura paterna como sostén de la ley, y considerando la importancia de las

diferencias en cuanto a la constitución y génesis del súper yo en el niño o en la niña.

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en los varones que en las niñas. Un gran número de estos niños evoluciona hacia una personalidad disocial y el abuso de tabaco, alcohol y drogas.

La mayoría de los niños con TDA no tiene una pauta persistente de rebeldía y enfrentamiento a la autoridad, aunque en muchas ocasiones cuesta motivarlos para que se comporten siguiendo las reglas establecidas. Pero, como se señaló anteriormente, la asociación o comorbilidad es frecuente, en especial en el caso de los niños con TDA que presentan síntomas de agresividad. Al igual que lo señalado en el trastorno de conducta, el mal manejo de las dificultades propias del factor hiperactividad e impulsividad puede abrir las puertas para que el niño desarrolle más síntomas oposicionistas.

Trastorno Disocial

El patrón persistente de conducta consiste en que los derechos básicos de los otros son violados y no se toma en cuenta el daño a la desconsideración por el prójimo en los actos que realiza el sujeto. Se podría decir casi irónicamente que en realidad el otro es siempre tomado en cuenta, aunque como a alguien a perjudicar. El otro siempre está presente, solo que en calidad de víctima.

Este suele ser un trastorno progresivo y termina incluyendo todos los ámbitos en los que se desenvuelve el sujeto, tales como el hogar, la escuela, el trabajo, los amigos, etc. La diferencia fundamental con el trastorno negativista desafiante reside en que el trastorno disocial de la personalidad incluye la agresión física y/o el daño a la destrucción de las propiedades ajenas.

Para los individuos mayores de 18 años el diagnóstico de trastorno disocial solo puede ser hecho si no se cumplen los criterios de la personalidad antisocial.

“Dentro del DSM- IV los criterios para el diagnóstico del trastorno disocial con:

- a) Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio, durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales:

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. A utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la victima (por ejemplo ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, o robo a mano armada).
7. A forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad.

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

Fraudulencia o robo:

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.

11. Ha menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

Violaciones graves de normas:

13. Ha menudo permanece fuera de casa durante la noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos 2 veces, viviendo en la casa de sus padres o en un lugar sustitutivo.

- b) El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social académica o laboral.
- c) Si el individuo tiene 18 años o más, no se cumplen los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.”⁶³

Se debe especificar el tipo en función de la edad de inicio y la gravedad:

Edad de inicio

- Tipo de inicio infantil: Una de las características/criterios del trastorno disocial se inicia por lo menos antes de los 10 años de edad.
- Tipo de inicio adolescente: Ausencia de cualquier característica/criterio del trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

⁶³ *Ibidem*, p. p. 47 – 48.

Gravedad

- Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.
- Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedio entre leves y graves.
- Grave: varios problemas de comportamiento exceden los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

“En el DSM- III se describen 3 grupos posibles de trastorno disocial:

1. Tipo grupal: los trastornos de conducta se manifiestan más frecuentemente como una actividad grupal con pares.
2. Tipo agresivo solitario: los trastornos de conducta se manifiestan sin necesidad de estar acompañado por un grupo de pares.
3. Tipo indiferencia: los trastornos de conducta se manifiestan tanto en actividades grupales con pares como individualmente.”⁶⁴

Las manifestaciones más tempranas como trastornos de conducta consisten habitualmente en: mentiras frecuentes, pequeños robos en el hogar, lenguaje obscenas frecuente, continuas trasgresiones y faltas a las reglas de educación y convivencia, tendencia a iniciar pequeños incendios o roturas de la propiedad, pequeños robos a sus compañeros de clase, pequeños robos en negocios y supermercados. Suelen ser frecuentes las peleas con compañeros de estudio, amigos, actitudes amenazantes con otros niños más pequeños y las conductas vengativas.

⁶⁴ *Ibidem*, p. p. 48 - 49

“Aproximadamente un 20 a un 30 % de niños con TDA comienzan manifestando además desde temprana edad, signos de conductas antisociales o conductas disociales. Cerca del 95% de los niños que padecieron un trastorno negativista evolucionan hacia una trastorno disocial.”⁶⁵

Trastorno Antisocial de la personalidad

Este diagnóstico no se puede realizar en sujetos menores de 18 años de edad y es condición necesaria que el individuo haya presentado síntomas de trastorno disocial de la personalidad antes de los 15 años de edad.

“Según el DSM – IV los criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad son:

- a) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años según lo indican 3 o más de los siguiente criterios:
 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
 2. Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
 3. Impulsividad o incapacidad para planear el futuro.
 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 49

6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
-
- b) El sujeto tiene al menos 18 años.
 - c) Existen pruebas de trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
 - d) El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el trascurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.”⁶⁶

Los trastornos de conducta son diagnosticados en 4-10% de la población infantil. Esta alteración se observa en ciudades con mayor deprivación social. En los niños se manifiesta tres veces más frecuente que en las niñas. La edad de inicio puede ser variable, pero casi siempre sus primeros síntomas se observan entre los tres y seis años de edad.⁶⁷

Se tiende a observar más en los extremos socioeconómicos (alto y bajo), así como en familias numerosas o con hijos únicos. Esto equilibra la balanza del dinero, el problema es el control familiar y no las condiciones de pobreza, educación y hacinamiento que representan a uno u otro extremo.

Aunque es frecuente observar las alteraciones conductuales en grupos de familias, la genética del comportamiento indica que en este tipo de conductas es más importante la experiencia y el ambiente familiar que la herencia. Considerando que 50% del temperamento es heredado y el otros 50% corresponde al entorno social, un ámbito desfavorable hará que se manifiesten con mayor intensidad este tipo de conductas.

⁶⁶ *Ibidem*, p. p. 49 - 50

⁶⁷ Dr. Eduardo Barragán, *op. cit.*, p. 41

Las manifestaciones son múltiples. La agresividad es la más problemática. Desde empujones hasta mordidas, el niño va limitando su espacio, y provoca el rechazo del grupo. Al igual que todas las manifestaciones de los trastornos de conducta, la agresividad va en aumento. Esto provoca dificultades para encontrar un colegio que lo acepte. Un grupo de amigos que lo inviten o unos padres que lo toleren.

2.2. Trastornos específicos del aprendizaje.

La percepción es la forma en que el cerebro reconoce los estímulos del medio exterior. Se tiene la capacidad para ver la forma, el volumen, el color y la posición de los objetos en el espacio.

La función de reconocimiento se lleva a cabo por los ojos (encargados de mandar la señal informativa) y los lóbulos parietal y occipital, que interpretan dicha información. Esta capacidad del cerebro juega un papel fundamental en los procesos de coordinación motora y en el aprendizaje de las habilidades básicas (lectura, escritura y cálculo).

Como cualquier acción que desarrolla el ser humano, las habilidades de lectura, escritura y cálculo tienen que ser entrenadas. En este proceso de entrenamiento se involucran los aspectos de maduración de las zonas responsables de realizar estas acciones (lo que se logra entre los 4 y 6 años de edad, momento en que se inician los procesos escolares de lectoescritura) junto con la estimulación práctica adecuada. Con la repetición, el individuo logra ejercer un control tan fino que la realiza de una forma automática, sin reflexión o pensamiento.

Estos procesos son definidos como operaciones de descodificación-codificación de la información. Se efectúa como una secuencia encadenada de acontecimientos.

Primero el cerebro aprende a decodificar (entender y asociar) los objetos que visualiza. Segundo, estos objetos son analizados con la información previa (memoria) así como para establecer relaciones de memorización; y tercero, se regula la respuesta a ese estímulo (codifica), convirtiendo estas señales en acciones.

Este fino proceso, sin embargo, es susceptible de sufrir múltiples alteraciones. Si falla el estímulo en llegar adecuadamente al lóbulo occipital (encargado de la visión), ello se manifestará en la distorsión de las letras, su cambio por otra letra muy parecida o su omisión. Se refleja también en una lectura incompleta al brincar letras o renglones, no entiende la lectura, o escribe con letra poco legible, distorsiona letra o números, e incluso confunde algunas letras o las cambia.

El trastorno afecta las estructuras del lóbulo parietal (encargado de la ubicación de la forma y su lugar en el espacio), se observará la presencia de fallas en la lectura (sobre todo en voz alta) con tartamudeo, salto de párrafos y lectura discontinuada. En la escritura se manifiesta por cambios de posiciones de letra, escribe *b* por *d* o *p* por *q*, respetando poco el espacio entre las palabras: *estóeslo que yoquería*. Esta alteración también modifica la realización de operaciones matemáticas.

Los padres refieren que sus hijos sí pueden hacer las operaciones de manera mental; pero cuando tratan de resolverlas en un papel, todo se vuelve un caos. La división probablemente sea la operación matemática básica más compleja, debido a que se tiene que dividir lo de “adentro” entre lo de “afuera” y colocar “arriba” el resultado y “abajo” la resta. Es realmente un proceso difícil, que pone de manifiesto problemas viso-espaciales.

El TDA, al afectar el sistema cognoscitivo de la persona, interfiere de manera directa en su capacidad para aprender, por lo que se le asocian frecuentemente problemas de aprendizaje o trastornos pedagógicos.

Para conocer su entorno y desarrollarse el niño debe volver significativas sus sensaciones y percepciones; al nacer el bebé recibe múltiples informaciones de sus sentidos que originalmente no puede interpretar, pero a través de la repetición de situaciones logra desarrollar esquemas mentales que le permiten organizar y dar significado a estas sensaciones y percepciones.

Así, el niño con un desarrollo normal, evoluciona en sus procesos de pensamiento-razonamiento, aprendizaje y habilidad para resolver problemas, basado en las percepciones, sensaciones y ayudado por la atención, la memoria y el aprendizaje. Todos estos procesos están interrelacionados y se entorpecen si alguno de ellos está alterado.

La inatención trastorna la organización del sistema cognoscitivo del niño, produciendo alteraciones en los procesos preceptuales o motores que interfieren en la adquisición de aprendizaje escolar. El niño no puede organizar su entorno y por ende, es incapaz de establecer un orden interno. Los problemas pedagógicos asociados que pueden presentar los niños con déficit de atención son:

- Dislexia, incapacidad para leer
- Disgrafía, incapacidad para escribir
- Discalculía, inhabilidad para manejar números y realizar cálculos

Estos problemas pueden deberse a alteraciones preceptuales, visuales, auditivas y espaciotemporales.

“Se ha encontrado que los niños con TDA cometen seis veces más errores que los niños sin TDA al restar; así mismo refieren que pueden ver las palabras y tal vez

hasta leerlas pero no logran comprenderlas debido a que procesan la información más lentamente que sus compañeros de clase.”⁶⁸

Aunque tendemos a centrar nuestra atención en los aspectos cognoscitivos del TDA, debemos recordar que es igualmente importante poner atención a la forma en que este trastorno afecta las relaciones sociales del individuo. Los niños con TDA fallan en interpretar el lenguaje corporal, los gestos y las sutilezas de la comunicación, no pueden leer los gestos en los rostros y no logran identificar cuando el adulto se enoja o se desespera; no manejan las pistas de la información no verbal que enriquece y complementa la comunicación, pudiendo así aparecer como indiferentes, burlones, tontos, egocéntricos, o quizá hasta hostiles, cuando simplemente se encuentran confundidos sobre los que esta sucediendo.

El comportamiento de los niños con TDA con hiperactividad durante las horas de clase hace que sus maestros suelen quejarse de que pasan la mayor parte del tiempo fuera de sus asientos, se distraen constantemente, sobre todo si están sentados en las últimas filas, interrumpen a los otros, no pueden esperar su turno y fundamentalmente no pueden continuar su tarea por un largo período.

Los niños con TDA sin hiperactividad, en cambio, permanecen sentados, gran parte del tiempo distraídos, mirando por la ventana inmersos en sus ensoñaciones, sin poder cumplir con las tareas escolares que requieren atención.

La dificultad para concentrarse y la fácil distractibilidad son una constante en ambos casos. La gran diferencia estriba a veces en que los primeros, al ser más perturbadores, son más fácil y más tempranamente diagnosticables que los segundos, que resultan ser menos disruptivos y por ello mas tardíamente diagnosticados.

⁶⁸ Brown, Thomas, “Modelo de Funciones Ejecutivas Alteradas en el TDA”, Conferencia Impartida en el Curso sobre Trastorno Por Déficit de Atención, Hospital Ángeles, México D. F., septiembre, 2001.

La incapacidad de concentrarse largo tiempo en una actividad, especialmente en ámbitos con una gran cantidad de estímulos distractivos (como una clase llena de niños) dificulta seriamente el aprendizaje de estos niños. A pesar de que poseen un coeficiente intelectual normal y a veces por encima de lo normal, comienzan a tener bajo rendimiento escolar. Esto se evidencia cuando se enfrentan con estímulos que logran captar su atención ya que en estos casos consiguen retener y captar conceptualmente la información sin inconvenientes.

La primera etapa del aprendizaje consiste inevitablemente en el ingreso de información a través de los distintos canales de la percepción. Si el sujeto no puede sostener la atención en el estímulo el suficiente tiempo, la información va a ingresar parcial y confusamente, ya que la atención es la función encargada de focalizar la percepción en un estímulo determinado durante la fracción de tiempo necesaria para que el estímulo pueda ser comprendido y fijado por la memoria.

Imagine, por ejemplo, que una persona está viendo una película policial y sale a cada rato de la sala de proyección. Si le pedimos luego que nos relate la trama de la película experimentará que tiene lagunas en la relación de los acontecimientos.

Otra de las vías privilegiadas para incorporar información durante el aprendizaje es la lectura. Esta actividad también reclama el sostenimiento de la atención por largos períodos ya que ésta debe mantenerse en un estímulo visual monótono, lo que hace más dificultosa la concentración. Al no existir estímulos luminosos y auditivos cambiantes, como ocurre en la televisión, la atención en esta actividad tiende a dispersarse con más facilidad. Por tales motivos los sujetos con TDA suelen llegar al final de una página sin recordar cuál es su contenido desde el principio.

Se ven forzados a releer constantemente párrafos anteriores. No se trata entonces de que la información en sí misma les resulte difícil de comprender o retener, debido a su complejidad, sino que la distractibilidad no les permite involucrarse

con la atención necesaria durante la lectura. La relectura constante les lleva mucho tiempo y también por ello el aprendizaje se torna una actividad más frustrante que placentera.

Quien no logra adaptarse a las metodologías de aprendizaje convencionales tarde o temprano presentaran dificultades. Es difícil que las personas que no pueden sostener la atención y fracasan en su aprendizaje atribuyan el fracaso a un déficit de atención. Suelen creerse poco facultados para las actividades intelectuales y terminan desertando de ellas. Como se puede apreciar, este trastorno de algunas capacidades específicas traerá aparejados severos daños en la autoestima de quien lo padece.

El aprendizaje no depende única y exclusivamente de la inteligencia. Los conocimientos deben incorporarse con cierto ordenamiento de lo aprendido, para que luego cuando sea necesario, se pueda recuperar. En la recuperación de lo aprendido también interviene la atención ya que mediante ella recuperamos de nuestros archivos lo aprendido.

Las personas que tienen un importante déficit de atención dedican muchas horas al estudio, pero al enfrentar los exámenes fracasan pues adquirieron el conocimiento en forma desordenada y no pueden retener ni transmitir lo que conocen discriminando lo fundamental de los detalles. Se han cargado de mucha información pero no la pueden recuperar de manera adecuada.

El TDA puede afectar la capacidad para aprender en la medida en que el aprendizaje exige la atención. En los momentos en que el sujeto puede mantener su atención, aprende como cualquier otro.

Relación entre trastornos de aprendizaje y TDA

EL TDA evoluciona con frecuencia con otros trastornos. “De los niños con TDA hasta 30% tiene problemas de aprendizaje, 13% padece trastornos específicos en matemáticas, 14% presenta padecimientos del lenguaje y 23% tiene ambas anomalías. También se ha observado que alrededor de 50 % de los sujetos con TDA requiere de supervisión pedagógica ya que con frecuencia presenta fallas académicas, 30% cursa de nuevo el ciclo o reprueba años escolares y 10 a 35% abandona de manera prematura la escuela”.⁶⁹

Es conveniente desglosar el proceso de aprendizaje en cuatro fases:

- La primera es el proceso de registro de información en el cerebro (entrada).
- La segunda es el proceso de organizar y entender esta información (integración).
- La tercera, una vez que la información se ha registrado y entendido, se debe almacenar para recuperarla más adelante (memoria).
- Finalmente la información debe comunicarse desde el cerebro de la persona o traducirla en una acción en el medio ambiente (salida).

Las incapacidades para aprender pueden ocurrir en cualquiera de estas cuatro áreas.

⁶⁹ Dra. Matilde Ruiz García, *op.cit*, p. 23

Incapacidad de entrada

La información entra al cerebro a través de los cinco sentidos. Para aprender los más importantes son el sentido de la vista (visual) y el oído (auditivo). La entrada no se refiere a la condición física del ojo u oído, sino la forma en que el cerebro procesa lo que ha oído o visto. La percepción es el término que se usa para este proceso central de percibir el mundo. Por lo tanto, es posible que un niño padezca una incapacidad para la percepción visual o auditiva.

Incapacidad de la percepción visual: es posible que el niño confunda entradas visuales, invirtiendo letras o tenga dificultades para distinguir. Esta confusión puede aparecer en trabajos escritos, al copiar diseños gráficos o al hacer tareas que requieran que los ojos guíen las manos (tarea visual motora). A un niño que padezca problemas visuales motores puede resultarle difícil lanzar una pelota en un partido, formar rompecabezas.

Existen otros tipos de problemas de percepción visual. Algunos niños pueden tener dificultad en encontrar su posición en un espacio o pueden confundir la derecha con la izquierda. Otros pueden tener el problema de la relación entre la imagen y la superficie, es decir la dificultad para concentrarse en una cosa en particular, en lugar de toda la superficie. Por ejemplo, es posible que al leer se salten palabras o líneas. Un niño puede calcular erróneamente la profundidad y chocar contra los objetos o caerse de la silla. Es posible que el o ella den la impresión de ser descuidados; pueden tirar el contenido de un vaso porque no ha calculado bien la distancia y su mano actúa demasiado pronto.

Incapacidad de la percepción auditiva: algunos niños tienen dificultad en percibir diferencias sutiles en los sonidos. Es posible que su hijo interprete mal lo que usted dice y responda incorrectamente, confundiendo palabras.

Algunos niños no pueden procesar las entradas de sonidos a una velocidad normal. Su lentitud en procesar el sonido se denomina retraso auditivo, si se quiere que el niño entienda se debe hablar más despacio.

Incapacidad para la integración

Al ser registrada la información se debe colocar en el orden correcto (secuenciar), entenderla en el contexto en que se usa (abstracción) e integrarla con la otra información que se procesa (organización). El niño puede tener dificultades en una o varias de estas áreas. Principalmente estos problemas pueden aparecer tanto con la entrada visual como con la auditiva.

Incapacidad en el orden secuencial: un niño es capaz de leer o escuchar una historia y la entienda, pero al volverla a contar o al escribirla, el niño puede confundir la secuencia de pensamiento o acontecimiento empezando por la mitad, continuando con al principio y luego el final. También es posible que el niño sea capaz de memorizar un orden de sucesión, por ejemplo los meses del año, pero si se le pregunta que mes sigue de septiembre es posible que no sepa seguir la sucesión y tenga que empezar desde enero.

Incapacidad de abstracción: la mayoría de las personas entienden el significado de algunas palabras o frases basadas en la forma en que se utilizan. Para algunos niños es difícil entender diferencias. Aparentemente ellos siguen el significado literal de la palabra, interpretan mal los chistes o juegos de palabras y a veces creen que la gente habla acerca de ellos porque interpretan literalmente lo que la gente dice.

Incapacidad de organizar: Algunos niños pueden procesar todas las piezas de información pero tiene dificultades en integrarlas en una imagen completa. Sus habitaciones están muy desordenadas; sus vidas son desorganizadas.

Incapacidad de la memoria

Cuando la información ya se ha registrado e integrado, se debe almacenar para recuperarla más adelante. En general existen dos tipos de memoria: a corto plazo y a largo plazo. La memoria a corto plazo es lo que se recuerda si se presta la debida atención, por ejemplo, el recordar el número de un teléfono que alguien ha dado y después de repetirlo varias veces la información se retendrá y esto se denomina memoria a largo plazo que se refiere a la información repetida y almacenada que se recupera pensando acerca de ella. La incapacidad de la memoria a corto plazo de un niño puede afectar las entradas visuales de información pero no las auditivas o viceversa.

Dentro de los trastornos asociados con el TDA, el trastorno de aprendizaje tienen una gran importancia para nosotras como pedagogas, ya que consideramos que es esencial el aprender las habilidades básicas (lectura, escritura y cálculo) dentro del desarrollo de todo ser humano, y si una de estas se ve afectada, perjudicará la estabilidad y la estructura personal de niño, llevándolo a fracasos escolares continuos, y como mencionamos anteriormente, a deserciones escolares tempranas o incluso a maltratos por parte de sus profesores. Es así que dentro de las funciones que el pedagogo puede desempeñar, una es proporcionar a los maestros estrategias educativas para que puedan brindar una educación adecuada a los niños que presentan TDA comórbido con trastornos de aprendizaje y así evitar un fracaso escolar que afecte a futuro la autoestima del niño.

2.3. Trastorno del sueño.

Los trastornos del sueño, incluyen dificultades en dormirse, despertarse y mantener una alerta adecuada para las actividades diarias. Muchos sujetos con TDA presentan dificultades crónicas con una o más de estos trastornos del sueño, a menudo desde la niñez temprana. No sorprende la alta frecuencia de trastornos

del sueño observada en personas con TDA dada la estrecha relación existente entre los sistemas cerebrales implicados en la regulación del sueño-vigilia y los implicados en la regulación, la atención y el estado de ánimo.

“Dahl describió el sueño y la vigilia como los dos extremos de una continuidad en la cual el sueño es una disminución categórica de la conciencia y de la capacidad de respuesta ante el ambiente, en contraste con, un estado de alta capacidad de respuesta, vigilancia... un estado de gran activación que imposibilita la capacidad para dormir.”⁷⁰

También halló que la corteza prefrontal desempeña un papel crítico en la regulación del estado de vigilia, el sueño, el estado de ánimo y la atención. Observo los cambios evolutivos sustanciales en los patrones del sueño-vigilia que se producen desde la infancia, cuando el sueño es la actividad primaria del niño durante los años preescolares y posteriormente, cuando el sueño y la vigilia están más equilibrados.

Las personas con TDA informan que no son capaces de mantener o desarrollar un equilibrio evolutivamente adecuado entre sueño y vigilia. No solo dicen padecer dificultades crónicas para conciliar el sueño y/o despertar, sino que también muchas de estas personas señalan tener dificultades crónicas para lograr y mantener un nivel de alta activación que les permita estar activas y con fuerzas para el trabajo y muchas otras actividades diarias.

Actualmente hay pocos datos satisfactorios sobre la investigación de la comorbilidad de Trastornos del Sueño y TDA. La mayoría de los planteamientos sobre TDA no incorporan Trastornos del Sueño en su conceptualización del trastorno. Sin embargo la investigación adicional puede aportar pruebas para corroborar y explicar los frecuentes informes clínicos de pacientes con TDA que

⁷⁰ Brown, Thomas E. “Trastorno por Déficit de Atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos”.

presentan dificultades crónicas para conseguir y mantener la alerta y / o pasar del sueño al despertar o viceversa.

Dificultades para dormir comúnmente observadas en personas con TDA

Dificultades para conciliar el sueño

Los padres de niños con TDA a menudo señalan que desde la infancia a su hijo o hija le ha costado mucho conseguir dormirse. Frecuentemente se quejan de que su hijo pequeño es incapaz o está poco dispuesto para hacer una siesta, incluso cuando está claramente exhausto. Algunos describen discusiones cada noche con su hijo que está muy cansado y que es incapaz de dormirse hasta que cae completamente agotado, mucho después de que otros miembros de la familia estén anhelando descansar de las persistentes travesuras y demandas del comportamiento del niño con TDA.

La incapacidad para dormirse en un momento determinado puede deberse a diversos factores. En algunos niños se deberá simplemente a la falta de una rutina adecuada para disminuir gradualmente el nivel de actividad y estimulación hacia el final del día. No obstante, otros niños a menudo no pueden conseguir dormirse en un tiempo adecuado aun cuando sus padres se hayan esforzado en establecer unas rutinas adecuadas. La hora de acostarse puede ser dificultosa cada noche al negarse persistentemente el niño a interrumpir el juego que esté haciendo o a dejar de mirar la televisión. Algunos niños persisten en innumerables salidas, pidiendo o exigiendo un cuento más, un vaso de agua más, o solo un rato más, para quedarse con los mayores. Otros gritan o patalean prolongadamente si uno de los padres no está en la cama con ellos hasta que están completamente dormidos.

Estas peticiones a la hora de acostarse pueden reflejar un patrón de comportamiento crónicamente negativista de un niño o una ansiedad crónica por

pesadillas o imágenes espantosas relacionadas con alguien de la familia o de fuera de ella que pueden resultar aterradoras para el niño. La dificultad crónica para conciliar el sueño también puede deberse a alteraciones crónicas de los mecanismos fisiológicos que regulan el sueño y la vigilia. A menudo no es fácil desentrañar los factores que contribuyen a la dificultad crónica de un niño para conseguir el sueño.

A las personas con dificultad para conciliar el sueño se las puede ayudar manteniendo un horario de acostarse constante y siguiendo regularmente una rutina que les permita reducir gradualmente su nivel de actividad y entrar en un estado de relajación. Para los niños esto puede incluir comer algo, tomar un baño caliente y después cepillarse los dientes, ponerse el pijama, escuchar un cuento que lea uno de los padres, mantener una conversación tranquila mientras uno de ellos le frota la espalda, pensar en imágenes relajantes.

Aquí la estrategia principal consiste en intentar condicionar al individuo a una secuencia fija de actividades a fin de disminuir la excitación y relajarse gradualmente para prepararse para dormir. A veces sorprende ver cómo se anima a algunos niños a participar en juegos muy activos o se les permite ver programas de televisión o videojuegos excitantes justo antes de acostarse y entonces se espera simplemente que se vaya a la cama sin haber practicado ninguna actividad relajante que les pueda facilitar la transición al sueño. También son deseables una temperatura, una ventilación y un pijama confortables.

Un método usado por algunos padres de niños pequeños con TDA para enfrentarse a la dificultad crónica de su hijo para conciliar el sueño consiste en que uno de los padres se acuesta con el niño hasta que éste se haya dormido o duerme con él toda la noche. Una variante de ello es cuando el niño se duerme en su propia cama y luego se despierta, va a la cama de sus padres y duerme con ellos el resto de la noche.

“Lozoff nos recuerda que la práctica de dormir con los niños es muy común en bastantes culturas y que hasta el siglo XIX en Estados Unidos la mayoría de las familias lo practicaban.”⁷¹

Cuando los padres de niños con TDA duermen con su hijo, eventualmente se llega a un punto en el que es claramente ventajoso para ambos que el niño duerma solo. Para conseguirlo los padres pueden animarlo a dormir con un perro o un gato, o utilizar su manta preferida, una muñeca, o algún otro objeto que los ayude a la transición logrando dormir toda la noche en su propia cama.

Dificultades para despertarse

No sorprende que las personas que crónicamente permanecen despiertas hasta tarde, ya sea porque así lo deciden, ya sea porque no pueden dormirse antes, a menudo afirman que les cuesta despertarse por la mañana. Aunque entre las personas varían mucho las horas de sueño que necesitan, todas tienen unos mínimos y un ritmo establecido de dormir y despertarse que necesitan mantener para funcionar con eficacia.

Algunas personas son afortunadas al poder organizar su horario para el trabajo, las clases u otras obligaciones de forma que generalmente les permita acostarse y levantarse tarde, con lo que al menos pueden satisfacer sus necesidades mínimas, sino óptimas, de sueño. Sin embargo, los niños con TDA no son tan afortunados; a menudo se sienten incapaces de dejar de funcionar habiendo dormido poco, lo que probablemente exacerba sus síntomas de TDA y altera aún más su funcionamiento.

Los niños con TDA tienen dificultades crónicas para despertarse, incluso cuando han dormido bien durante la noche. Se puede observar que tienden a dormir muy

⁷¹ IBIDEM.

profundamente y a menudo no responden al más ruidoso de los despertadores ni a los grandes esfuerzos de otros para despertarlos. Esta resistencia a despertarse persiste incluso cuando han tenido una gran necesidad y voluntad de levantarse puntualmente para una actividad o acontecimiento particulares.

La dificultad crónica para despertarse puede causar un estrés persistente en un hogar en el que uno o más miembros de la familia cargan diariamente con la larga tarea de incitar, suplicar o intentar forzar a un niño soñoliento, incapaz de levantarse, a cumplir con las rutinas de la mañana y prepararse para la escuela.

A pesar de la decisión de evitar tales consecuencias, algunos niños con TDA presentan dificultades crónicas en despertarse ellos mismos y llegar puntuales a la escuela. Las dificultades crónicas para despertarse también se dan en personas sin TDA, pero las dificultades, en diversos grados de gravedad, son relativamente comunes en personas con TDA. Las causas de tales dificultades crónicas para despertarse pueden ser bastante complejas: TEA comórbidos, anomalías fisiológicas, conflictos de motivación, dinámica interpersonal o familiar. Todos estos factores pueden desempeñar algún papel.

Cuando los niños con TDA experimentan crónicamente dificultades importantes para despertarse, la primera intervención consiste en asegurarse de que están durmiendo adecuadamente. Si a los niños les cuesta mucho despertarse a pesar de haber dormido adecuadamente, puede ser útil hablar con ellos para comprobar si presentan un TEA o si existe algo que les cause un conflicto grave para despertarse.

Cuando las dificultades para despertarse no parecen estar asociadas a una simple evitación o a una depresión comórbida, especialmente si éste ha sido un patrón ya antiguo de alguien con un TDA, puede ser útil considerar una dosis estimulante por la mañana temprano.

“Brown y Gammon describieron una muestra pequeña de niños con TDA, cuyas dificultades crónicas para despertarse respondían al ser despertados unos 30-45 minutos antes del tiempo realmente necesario para levantarse. En este momento los padres administraban una dosis de estimulante al niño mientras aún estaba en la cama. Después de tomar la medicación y agua, se le animaba a dormirse de nuevo y 30-45 minutos más tarde era vuelto a despertar para levantarse, después de que el estimulante hubiera tenido tiempo de ejercer su efecto.”⁷²

Dificultades para mantener la alerta

El tercer tipo de Trastornos del Sueño a menudo por los niños con TDA, especialmente aquellas que presentan el tipo con predominio del déficit de atención, se caracteriza por una dificultad en permanecer alerta cuando no se lleva a cabo alguna acción mentalmente estimulante o alguna actividad física animada. Bastantes niños con un diagnóstico de TDA señalan que incluso cuando han descansado adecuadamente, a menudo les cuesta bastante permanecer alerta si tienen que estar sentados o realizar alguna tarea rutinaria o poco estimulante.

Estos niños señalan que incluso después de dormir bien una noche, rápidamente tienden a estar muy soñolientos cuando se sientan para asistir a una clase, escuchar una conferencia o leer un libro. En estos casos estos niños observan que tienen que moverse, cambiar de actividades o descansar frecuentemente para evitar caer dormidos. Algunos estudiantes dicen que se duermen a menudo en las clases, incluso, cuando han descansado bien y desean tomar bien los apuntes a fin de prepararse para un examen.

A menudo, en estos niños se observa una mejoría repentina en su nivel de alerta tan pronto como se levantan y empiezan a moverse u ocurre algo excitante que

⁷² IBIDEM.

ameniza una actividad de otro modo aburrida. Insisten en que su somnolencia no parece ser una sensación generalizada de fatiga tal como ocurre cuando han dormido poco. En cambio, si parece ser una incapacidad para mantener un nivel suficiente de alerta, a menos que participen en alguna actividad física o mental significativa que les estimule consistentemente.

Si cualquier paciente con un TDA presenta problemas graves para mantener la alerta diurna hay motivos para sospechar la existencia de un Trastorno del Sueño significativo, puede ser aconsejable la derivación a un especialista para su estudio en un laboratorio del sueño. Algunos pacientes con TDA expresan dificultades crónicas para mantener la alerta y experimentan problemas significativos en la escuela o en el trabajo en las relaciones sociales y familiares

“Tal como señalaron Segalowitz y colaboradores, la relación entre sueño, vigilia y atención no es simple. Aún queda mucho por aprender sobre la relación entre sueño, vigilia y estado de alerta en personas con funcionamiento normal y en las que presentan TDA con Trastornos del Sueño comórbidos o sin ellos.”⁷³

Los niños con TDA y una historia de dificultades crónicas para mantener la alerta señalan que son mucho más capaces de mantener una alerta adecuada cuando su TDA está siendo tratado con estimulantes. A menudo, los pacientes a quienes resulta especialmente problemático mantener la alerta necesitan una cobertura más amplia con medicaciones estimulantes que otros pacientes con un perfil sintomático diferente de TDA.

⁷³ IBIDEM.

2.4. Trastorno en la socialización.

El comportamiento de los menores con TDA los convierte en niños de difícil tratamiento, principalmente en ambientes altamente estructurados, en donde deben adquirir, además de información, normas de conducta. En muchas ocasiones la infancia, está lejos de ser un período agradable en la vida de estos niños, pues todo parece indicar que las características de su desarrollo están en contraposición con los requerimientos habituales del entorno y difícilmente pueden ser y comportarse como los demás esperan.

Al iniciar el periodo de socialización comienzan a aparecer otros problemas, pues la interacción del niño se amplía y empieza a salir del núcleo familiar; los padres comienzan a tener problemas para salir con el niño debido a su inquietud y se convierte en un problema decidir a donde llevarlo y a dónde no.

La dinámica familiar se altera ya que el niño requiere una supervisión constante. La hiperactividad y la impulsividad los llevan a hacer cosas que los hermanos u otros niños no hacen, como salirse de casa, trepar y exponerse a peligros sin tener conciencia de estos. No soportan perder y se desesperan por no poder realizar actividades que otros niños de su edad si hacen. En actividades en las que se requiere compartir, escuchar, atender y ejecutar una acción suelen fallar; tampoco pueden esperar turnos, con lo que comienzan a desesperar a niños y adultos a su alrededor.

Pueden agredir a sus hermanos, padres y compañeros de juego, debido a su falta de autocontrol y a su frustración: pegan y muerden a sus compañeros y a sus hermanos, y los padres se ven frecuentemente envueltos en situaciones embarazosas por la agresión, en las que se disculpan y disculpan a su hijo.

Se les dificulta seguir las normas de la casa o escuela y parece que no escuchan, ni internalizan las rutinas, como lavarse los dientes, comer con buenos modales, etc. Todas aquellas actividades que requieren esperar y controlar, se alteran, como el control de esfínteres (pueden presentar enuresis), cooperar para que se vistan, esperar a que mamá lo atienda y en general, postergar sus necesidades.

Su desarrollo social y afectivo también se ve afectado ya que la impulsividad les acarrea una serie de conflictos que por sí solos no son capaces de identificar; al presentárseles una situación en la que debe actuar con las características esperadas para la madurez de un niño de su edad cronológica. El chico con TDA responde de forma mucho más inmadura, ya que ellos son más emotivos, comparados con otros niños.

Al no inhibir sus primeras reacciones a la situación no tienen tiempo para separar sus sentimientos de los hechos. Generalmente se arrepienten de sus reacciones impulsivas y emocionales porque estas conductas les alejan de los demás, y provocan rechazo social, castigos y eventualmente, la pérdida de amistades. La dificultad para inhibir sus sentimientos de la misma forma que otros chicos de su edad hace que los niños con TDA parezcan emocionalmente inmaduros.

Al ingresar a la escuela, el niño con TDA presenta un retraso en sus habilidades cognitivas que le permiten regular su comportamiento, esto 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.

La conducta de estos niños les hace acreedores a múltiples y frecuentes reprimendas que deterioran su autoestima, experimentan desmoralización y rechazo de los padres y de otras figuras de autoridad, así como de sus compañeros; presentan problemas graves en la socialización.

De hecho, el niño con TDA, con mucha frecuencia, se comporta de manera molesta para los demás, suele recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigos físicos, desde los primeros años de su vida. Tanto en su hogar como en la Escuela Infantil, es percibido por los adultos y los iguales como un niño "incómodo", difícil de tratar y, con el tiempo, le resulta cada vez más difícil establecer y conservar amistades. Suele ser rechazado por los demás y no muy apreciado por sus profesores. Esto les lleva a tener una mala reputación entre los maestros u profesores, a tener relaciones tensas con sus compañeros de clase, y como consecuencia de su impulsividad, tienden a funcionar tiránicamente en sus juegos.

El niño no comprende en muchas ocasiones el por qué del regaño o castigo de los demás, en tanto no sometió a juicio sus respuestas y en los momentos en los que alcanza a entender la consecuencia clara de sus actos se siente culpable y se arrepiente; pero ello no es suficiente para dejar de enfrentar el mismo error en la próxima ocasión, debido a su inhabilidad para predecir la consecuencia de sus actos.

Detrás de su conducta negativa no existe la premeditación, simplemente se descuidan, no controlan su inquietud o el impulso y por ello cometen una y otra vez el mismo error sin que parezca beneficiarse de la experiencia. Carecen de la facultad psicológica de planear, organizar y autorregular el propio comportamiento, de inhibir respuestas inadecuadas, de analizar con propiedad todos los elementos presentes en contexto para elaborar un juicio y decidir lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer.

Este comportamiento provoca que sean poco populares entre sus compañeros de clase y es raro que puedan generar amistades sólidas y estables. Muestran dificultades en mantenerse concentrados en un juego y seguir sus reglas, mala socialización y afectos negativos. Los niños que muestran una pobre relación con sus compañeros tienen un pronóstico más desfavorable que quienes no lo

presentan. “se estima que casi un 50% tienen problemas importantes en la relación con sus compañeros”⁷⁴

Las conductas de falta de atención, disruptivas, inmaduras y provocativas de los niños con TDA, provocan, rápidamente, que sus compañeros los controlen y dirijan cuando deben trabajar juntos. Además aunque habla mucho, es menos probable que los niños con TDA respondan a las preguntas o a las interacciones verbales de sus compañeros. Es fácil de entender porque muchos niños con TDA tienen pocos amigos con quienes jugar, si es que tienen alguno.

La conducta desorganizada causa un efecto negativo aun sobre las personas que más lo quieren porque no encuentran la manera de tratarlo. El desconocimiento de las causas del comportamiento inapropiado y el cansancio que se genera a partir de intentar constantemente motivarle, apoyarle, disciplinarle, en pocas palabras, de contener con él, da lugar finalmente a sentimientos de rechazo hacia el niño, los cuales a su vez atentan contra la autoestima de este.

Esto puede ser muy doloroso para cualquier padre que lo presencie, ya que todos los padres desean que sus hijos sean queridos, tengan amigos los inviten a salir con otros chicos y tengan unas buenas relaciones con sus compañeros de grupo. A medida que vamos creciendo, sabemos que estas relaciones nos proporcionan apoyo en los momentos en que tenemos dificultades. Los padres de los niños con TDA tienen razón para estar preocupados cuando se dan cuenta de las grandes dificultades de sus hijos para iniciar y mantener amistades.

Existen dos clases de grupos: aquellos que tiene TDA con una mala socialización (la mayoría de los pacientes se sitúan en este grupo) y los que tienen adecuadas relaciones interpersonales. Aquellos que no presentan problemas interpersonales pueden construir amistades duraderas, mostrar un comportamiento altruista, sentir remordimiento o culpa e incluso externar preocupación por sus amigos. En cambio lo niños con problemas de socialización y carencia de relaciones interpersonales

⁷⁴ Rusell A. Barkley, *op. cit.*, p. 112

por lo general son más grandes y muestra conductas disruptivas mediante actos antisociales como robo, vandalismo o ingesta de bebidas alcohólicas, situaciones que provocan que la sociedad lo rechace y sean considerados como delincuentes juveniles.

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

Las personas con TDA también pueden tener dificultades para adaptarse a situaciones que requieren frialdad, calma y actuar poco emotivamente y de forma objetiva. Desafortunadamente nuestra sociedad nos coloca en situaciones como esta. Y es más, nuestra sociedad valora de forma muy positiva la habilidad para mantener la calma y actuar de forma racional y a menudo, recompensa esta habilidad con un mayor estatus, prestigio, responsabilidad y con mayores ingresos de los que pueden esperar los que carecen de ella.

Si no se rompe él círculo vicioso de fracasos, comprendiendo lo que les pasa al sujeto y como éste actúa en el medio que le toca vivir, el problema seguirá girando alrededor de sus dificultades, su estima seguirá cayendo y podrá convertirse en un cuadro de depresión o en acciones de violencia o marginalidad.

Sin embargo, hay otro aspecto: las personas con TDA pueden ser muy apasionadas y emotivas y pueden llevara a cabo sus metas con mayor convicción personal que muchos de nosotros. Las personas con TDA pueden igualar o superar a otros en los campos donde la expresión emocional es una ventaja, como la música, el teatro, la creación poética o la ficción. También pueden destacar en los ámbitos en los que la convicción apasionada es deseable.

Quienes están cerca de éstos chicos (padres, educadores, profesionales) tendrán que cambiar las expectativas, trabajando en conjunto y adaptar las mismas a las posibilidades de éstos niños.

2.5. Trastorno en la coordinación motora.

Por ahora, la mayoría de los clínicos e investigadores son conscientes de que a menudo los niños con TDA son comorbidos con trastornos psiquiátricos como los trastornos de conducta y trastornos del aprendizaje. Aunque menos conocidos, también se asocian a disfunciones del control motor, <torpeza> y trastorno del desarrollo de la coordinación motora. La torpeza motora y el “TDC”⁷⁵ se han considerado como el territorio de neurólogos infantiles y pediatras del desarrollo, mientras que se ha afirmado que los TDA forman parte del campo de acción del psiquiatra infantil. Es posible que esta división explique el hecho de que pocos psiquiatras aprecien suficientemente o sean conscientes de las implicaciones de esta cuestión ni, a veces, de la necesidad de hacer algo en relación con los problemas motores y perceptivos tan a menudo no aprecian el impacto de los déficit de atención en la vida de los niños torpes derivados a su consulta para diagnóstico y tratamiento.

“El TDA se acompaña en 32% de los casos con deficiencias en la organización y coordinación del movimiento. Por lo general estos niños tienen problemas motores que se manifiestan desde los primeros meses de vida.”⁷⁶

⁷⁵ Abreviación que se le da a los Trastornos del Desarrollo de la Coordinación

⁷⁶ Dr. Eduardo Barragán, *op. cit.*, p.57

Signos y síntomas del trastorno de la coordinación motora.

En el primar año de vida:

- No realizan el gateo.
- Pobre desarrollo de la pinza fina.

En los primeros años de vida:

- Problemas para adquirir habilidades motoras.
- Movimientos muy rígidos y pensados.
- Los objetos resbalan con facilidad de sus manos.
- Dificultad para aprender ciertas actividades.

En la edad escolar:

- Problemas de postura.
- Dificultad para jugar en equipo, especialmente juegos de pelota pequeña.
- Problemas de escritura.

Dr. Eduardo Barragán, *op. cit.*, p.57

Los vínculos entre TDA y TDC son bastante firmes y deben ser considerados tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Estos pacientes tienen problemas de destreza física. Sus movimientos son poco coordinados y a veces lentos, por lo cual algunos perciben sus movimientos como torpes.

Una tradición levemente diferente precede la aparición de los conceptos de <niño torpe> y de TDC. Algunos niños carecen de las habilidades motoras necesarias para las actividades diarias, como jugar, practicar deporte, y realizar la tarea escolar. Manifiestan problemas con el manejo de las manos en la mesa, tirando con frecuencia utensilios y vasos como si tuvieran mantequilla en las manos. Su

marcha se vuelve lenta e insegura, con poco movimiento de balanceo de los brazos. Dan la impresión de ser robots. Cuando se sientan, su espalda se encuentra encorvada o sus hombros están desalineados. Se cansan muy pronto de caminar por tener los pies planos (por falta de un tono muscular adecuado). De igual manera, son niños tranquilos que prefieren sentarse a resolver un rompecabezas que ir a jugar con los amigos del parque. Pero el problema se hace aún más evidente cuando el niño entra a la escuela, sobre todo para el varón, quien necesita destreza física para poder destacar.

La incapacidad que muestra para su desenvolvimiento físico propicia que sean rechazados por el grupo al no poder intervenir en los juegos colectivos, y cuando lo intentan, no falta la ocasión para que sean motivo de burla.

Crean problemas de codependencia, al necesitar ayuda para vestirse o anudarse las agujetas, lo que demanda la ayuda durante mucho más tiempo por los padres. Además, las malas posturas desarrolladas evitan que puedan tener una adecuada concentración. El cerebro está tan preocupado controlando y manteniendo un equilibrio adecuado, que no tiene la oportunidad de centrar su atención en algo diferente.

Por lo general, los niños no experimentan un retraso del desarrollo y habitualmente no presentan un trastorno neurológico fácil de identificar. Esas dificultades motoras se consideran importantes, independientemente de si se interpretan como signo de trastorno neurológico o no. "El sistema de DSM incluyó este grupo de niños en el DSM-III-R, donde el TDC fue definido como un rendimiento en coordinación motora por debajo del nivel esperado (es decir, inadecuado para la edad o el CI), que interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades cotidianas. Las definiciones del DSM-IV del TDC son muy similares. Antes de la introducción de las definiciones del DSM

del TDC, los niños con este trastorno eran descritos como con disfunciones motoras perceptivas o con síndrome del niño torpe”.⁷⁷

Los niños con TDC difieren en:

1. Gravedad y tipo de dificultades motoras.
2. Patrón de rendimiento en otros campos (escolar, intelectual y conductual)
3. Factores primarios, como problemas genéticos y perinatales.

“Varios estudios de Denckla, Wolf y colaboradores han señalado que existe una fuerte relación entre el TDA y TDC, descoordinación o disfunción perceptivo-motora. En varios estudios suecos, los investigadores demostraron que aproximadamente uno de cada dos niños con TDA también presentaban TDC.”⁷⁸

“Denckla y colaboradores examinaron a grupos de niños con dislexia con TDA comorbido o sin él y hallaron que quienes presentaban comorbilidad tenían un ritmo y una precisión deficientes, desbordamiento motor y lentitud, a pesar de tener un CI ligeramente más elevado que quienes simplemente presentan dislexia.”⁷⁹

En niños con problemas de control motor se han observado tasas elevadas de problemas conductuales, trastornos de aprendizaje o de dificultades en la adaptación escolar y otros problemas sociales.

Se ha señalado que los niños torpes son más introvertidos y tienen una autoestima peor en cuanto a sus habilidades físicas y sociales. A menudo se sienten inferiores y son menos aceptados entre sus compañeros, por lo que una de las primeras metas será apoyar su desarrollo muscular, el cual se puede

⁷⁷ Brown, Thomas E.

⁷⁸ *Ibidem*,

⁷⁹ *Ibidem*,

estimular con ejercicios físicos con clases de natación, baile o terapias de neurodesarrollo.

La causa de la estrecha asociación entre problemas de control motor y de atención documentada en la investigación y la práctica clínica, y de la dificultad para determinar qué campo debe considerarse primario, el concepto de déficit de atención, control motor y percepción, que apareció en los países nórdicos a principios de la década de 1980. Se concibió como la interacción entre trastorno por déficit de atención y disfunción perceptivo-motora.

El TDA se ha asociado con el TDC en alrededor de la mitad de los casos. Si se aplican criterios menos estrictos para diagnosticar un TDA, entonces aumenta la tasa de torpeza asociada. Por tanto, los clínicos que trabajan con pacientes con TDA necesitan ser conscientes de la asociación tan estrecha existente con la alteración motora y ser capaces de diagnosticar problemas de control motor.

Los niños con TDA que presentan problemas tan graves en las funciones motoras que se requieren programas de adiestramiento individualizados. Otros niños pueden recibir ayuda reconociendo sus problemas y proporcionándoles un soporte psicológico y escolar, junto con un cambio de actitud en sus profesores y compañeros. No se sabe hasta qué extremo, si es que se produce, el tratamiento del TDA pueda afectar el curso del TDC asociado. No parece que los programas de adiestramiento motor afecten la evolución del TDA u otros problemas conductuales.

A la luz del conocimiento actual, es más prudente concluir que los problemas de atención y los déficit de control motor se deben tratar por separado, aunque algunos estudios sugieren que ambos están intrínsecamente vinculados y que, por lo tanto, el tratamiento de un déficit subyacente puede ayudar a disminuir ambos tipos de problemas. Sin embargo, en este campo aún nos faltan pruebas concluyentes y se debe intensificar la labor investigadora. Lo que está más allá de

toda duda es el hecho de que los déficit de atención están estrechamente relacionados con el TDC y esta asociación puede ser más estrecha que cualquier otra con el contexto del TDA. Los psiquiatras infantiles y los pediatras especialistas en el desarrollo deben apreciar la importancia de esta asociación de forma que los niños afectados puedan beneficiarse de ese estar al día, de la evaluación y la intervención.

Es así en el segundo capítulo nos podemos dar cuenta que el TDA, en algunas ocasiones, se encuentra asociado con otros trastornos y cuando esto sucede es importante conocer sus características y la gravedad que presentan dentro del desarrollo del niño, ya que este se convierte en el blanco de ataque de una sociedad rígida donde la consecuencia de no ser igual a los demás y de no seguir las reglas impuestas por la familia, la escuela o la sociedad, lo hacen merecedor a una serie de reprimendas que limitan su libertad de expresión y su crecimiento personal.

Su conducta evidencia no solo la falta de adaptabilidad o flexibilidad de todo un sistema social, si no también la inconformidad de una mente y un cuerpo condenados a estar en un cajón. En un mundo donde se enarbola la bandera del éxito y la perfección, estos pequeños normales exigen su comprensión. Ellos no determinan sus conductas ni sus fallas, al contrario, día a día luchan por superarlo.

Por eso desde sus fallas de aprendizaje hasta sus comportamientos agresivos y antisociales solicitan la comprensión de los adultos encargados de su formación, lo que finalmente es su derecho.

Por lo anterior, desde una perspectiva pedagógica consideramos que tanto padres como profesores son la principal fuente de información para un diagnóstico temprano de este trastorno, ya que ellos son los que conviven diariamente con los niños y pueden observar su conducta; para lograrlo, es necesario que padres, pero sobre todo maestros estén informados acerca de lo que es el TDA, y así

poder detectarlo a tiempo logrando que tengan un diagnóstico y un tratamiento adecuado, de manera oportuna, dando un pronóstico más favorable al evitar impactos negativos en la estructura de su personalidad.

Al detectarse y diagnosticarse oportunamente también se evitará que se sumen otros trastornos como los anteriormente mencionados o que se pueden tratar conjuntamente y así lograr una integración a la sociedad.

Como hemos señalado anteriormente, es elemental que se tenga conocimiento y se propicie otra manera de pensar de lo que es el TDA, así como es primordial que un niño sea detectado, diagnosticado y tratado oportunamente, y es por esto que en el siguiente capítulo señalaremos desde una perspectiva pedagógica, algunas de las características que creemos son importantes para lograr que esto se lleve a cabo de manera oportuna.

CAPITULO III

DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

CAPITULO III. Detección, diagnóstico y tratamiento.

El TDA se manifiesta en conductas que podrían ser consideradas comunes en la infancia pero su frecuencia e intensidad las torna inadecuadas para la edad mental del niño. Como ya hemos mencionado, la impulsividad, las dificultades para sostener la atención y, en muchos casos, la excesiva actividad motora afectan los distintos ámbitos en que el niño participa, deteriorando su calidad de vida. Este cuadro tiene un curso crónico que obedece a su sustrato biológico, pero las diferentes situaciones ambientales podrán en mayor o menor evidencia las dificultades que estas características producen. Así, una situación con exigencia de un esfuerzo mental sostiene o que el niño le resulte tedioso y aburrido determinará dificultades en sostener la atención, mientras que frente a actividades que le resulten más atractivas y aumenten su motivación la conducta puede ser similar a la de otros niños. Esta variación situacional es la constante en el TDA, y genera confusiones diagnósticas cuando no es tenida en cuenta.

Los conflictos se presentan cuando las dificultades del niño interfieren en su capacidad para responder adecuadamente a las exigencias que, de acuerdo a la edad, el medio ambiente impone a los niños para socializarlos en las pautas culturales. La convivencia acarrea demandas sociales de reglas compartidas, el acatamiento de consignas, el cumplimiento de horarios, producciones de trabajo y limitación de las propias necesidades frente a la consideración de los derechos de los demás. El pedido de los adultos de que el niño regule su conducta en situaciones sociales choca con las características de los niños con TDA. El supuesto de que el niño debería cumplir con los pedidos y la creencia de que no lo hace por falta de empeño generan demandas insistentes y mantienen el conflicto.

En el TDA son las características propias del trastorno las que moldean las reacciones del medio, porque padres y maestros responden con la lógica de aumentar las demandas y acciones correctivas que funcionan adecuadamente en

otros niño, pero el desconocimiento de las dificultades inherentes a este cuadro hace que los adultos tengan expectativas que el niño con TDA frecuentemente no podrá cumplir. Será necesario modificar también estas expectativas y métodos correctivos para que se ajusten a las posibilidades de éxito del niño con TDA. De lo anteriormente dicho se puede desprender que es importante hacer una detección temprana y así poder realizar una evaluación que nos lleve a un diagnóstico oportuno que implica un tratamiento interdisciplinario, el cual vaya enfocado a mejorar la calidad de vida del niño con TDA.

Para poder realizar un diagnóstico adecuado se establecen métodos para adquirir información que confirme la presencia del trastorno. El sentido de obtener un diagnóstico exhaustivo es poder brindar al niño y su familia un tratamiento que sea abarcativo, ayudando al niño a mejorar los síntomas que afectan su rendimiento y a la familia a manejarse de manera que encaje con las dificultades del niño. El objetivo es que el niño logre un nivel de funcionamiento similar al de los otros niños.

Las diversas explicaciones que se han dado a este trastorno tienen como fin último establecer con claridad qué individuos se encuentran afectados. Como en tantos otros campos de la patología mental, en los cuales la prevención primaria parece aún distante, en el caso de los trastornos de atención cobra especial relevancia la posibilidad de su detección temprana, y por tanto de las herramientas diagnósticas disponibles para ello. Al respecto se ha señalado que se trata de un problema frecuente: que algunos factores, sobre todo neurobiológicos, se han podido relacionar con su aparición y que se le han señalado límites sindromáticos claros sobre los cuales parece hacer consenso. También se han revisado los instrumentos y técnicas que permiten explorar el cerebro en el caso de éstos y otros trastornos mentales. Sin embargo, desde las descripciones originales de Strauss y Kanner en los años treinta hasta el año 2000 todavía se fundamenta el diagnóstico de estas formas de patología mental en la observación clínica; para ello se cuenta con un recurso valioso, los criterios diagnósticos.

3.1 Características para la detección de un niño con TDA.

Para cualquier padre es un paso importante decidirse a consultar a un profesional para que evalúe a su hijo. La mayoría de los padres llegan a este momento fatal cuando se dan cuenta de que los problemas de su hijo exceden los recursos de la familia y de la escuela para resolverlos, y cuando la frustración ha llegado a su punto máximo a causa de todos los esfuerzos que han hecho por ayudarlo o por conseguir ayuda. En consecuencia, en el momento de dar este primer paso en busca de ayuda muchos padres ya se sienten desbordados.

La conducta de un sujeto debe evaluarse en base a la edad y la etapa del desarrollo en la que se encuentra. Todos los niños son hasta cierto punto distraídos, impulsivos o hiperactivos. Estas características en la conducta son parte de su desarrollo normal, antes de los dos años es muy difícil que puedan fijar su atención por mucho tiempo ya que tienden a pasar de una actividad a otra constantemente, son impacientes e inquietos características que responden a su inmadurez evolutiva normal.

Pero estas características deben de ir desapareciendo a partir de los dos años de edad. Si esto no ocurre hay que realizar los estudios diagnósticos necesarios para saber a que se debe su persistencia. Hace una década, o poco más, se asumía que el niño con TDA se curaba solo, con el transcurrir de su desarrollo y que no necesitaría la medicación o el tratamiento, sin embargo hoy se sabe que es muy importante ser tratado y de manera oportuna pues de lo contrario es muy probable que enfrentara problemas muy serios en un futuro.

“Es recomendable buscar ayuda profesional sí:

- Su hijo presenta problemas de atención, es impulsivo y/o hiperactivo a un nivel que no considere promedio ni adecuado a su edad.

- Le han comentado que su hijo es más o menos activo, impulsivo y/o distraído que otros niños de su edad.
- Le cuesta a usted más trabajo, energía y constancia poder disciplinar y mantener a salvo, al niño en comparación con otros padres.
- Otros niños rechazan o excluyen a su hijo porque es más agresivo y desordenado.
- El pequeño se molesta en exceso cuando pierde en un juego o no logra lo que desea.
- Las personas que lo conocen y/o cuidan le han comentado que durante varios meses su hijo ha presentado problemas con su comportamiento.
- La conducta de su hijo frecuentemente hace que usted se sienta enfadado, desesperado, extremadamente fatigado y/o deprimido

Si lo anterior resulta familiar, es recomendable que se lleve al niño a una valoración profesional, aunque se sabe que tomar la decisión de buscar ayuda externa para tratar de resolver los problemas académicos y/o de comportamiento de un niño no es una decisión sencilla.”⁸⁰

Durante los años de preescolar, muchos padres se dan cuenta por sí mismos que su hijo parece comportarse de forma diferente a los demás. La actividad excesiva, la falta de atención o de control sobre las emociones, la agresividad, la excitabilidad y otros síntomas descritos son evidentes. En algunos casos también es obvio que los métodos utilizados con otros niños para controlar las conductas perturbadoras o el mal genio no tienen demasiado efecto en estos niños. Por lo general, es necesario que converjan estos dos factores, junto a la percepción de que el niño necesita ayuda más frecuente e intensa que los demás, para que los padres lleguen a la conclusión de que algo no marcha bien.

⁸⁰ Greta Benavides Tijerina de Adame, *op cit.*, p. 43

En otros muchos casos es el profesorado el que da la voz de alarma sobre los problemas del niño. Algunos padres se enteran a través de los cuidadores de que su hijo se comporta de forma diferente y perturbadora. Sin embargo, a veces el personal no informa de nada a los padres, y si éstos tan sólo tienen algunas sospechas sobre el problema probablemente no buscarán asistencia inmediata.

De hecho, por lo común es durante el primer o segundo años de escolaridad cuando la gran mayoría de los padres se enteran de que su hijo tiene un problema de conducta que necesita atención profesional. En el contexto más estructurado de los cursos de primaria es imposible pasar por alto al niño que es incapaz de estar quieto o callado cuando debería. En una pequeña minoría de casos, aunque significativa, pasan varios años de escuela antes de que los padres busquen ayuda profesional para el TDA de su hijo o de que se les aconseje que lo hagan. En algún momento, estos padres encuentran en los medios de comunicación espacios en que se describen niños con TDA, y entonces empiezan a pensar que tal vez su propio hijo tenga este trastorno. Con frecuencia, después de ver o de oír en un programa de televisión o radio o de leer un artículo, los padres llaman a la clínica para el tratamiento del TDA desesperados por encontrar ayuda, ahora que finalmente tiene una idea de lo que no va bien con su hijo.

Cuando los padres empiezan a sospechar que su hijo tiene un problema en el desarrollo, sea cual sea la edad del niño, primero suelen confiar en amigos o parientes. A veces también van a la biblioteca para conseguir la obra más reciente sobre desarrollo infantil. Así, empiezan a llegar a sus oídos muchas de las ideas populares en torno al TDA. Puede que intenten reducir la ingesta de azúcar en el niño, que lo lleven a hacerse un examen de alergia o que adopten una disciplina firme, todo en vano. Si los padres tienen suerte, darán con un artículo informativo y objetivo o con un profesor de preescolar o de primaria sensibilizado ante esta problemática que sea capaz de reconocer los signos del TDA. Como resultado estos padres buscan el asesoramiento del médico familiar, que tal vez reconozca las características distintivas del trastorno y diagnostique un TDA.

3.2 Diagnóstico

Una evaluación minuciosa y un diagnóstico preciso son la base para lograr controlar con éxito el TDA de un niño. Cuando los padres asisten al médico, este tiene la sospecha de estar ante un caso de este tipo y deriva el niño a otros profesionales de la disciplina, psicólogos o psiquiatras infantiles, pediatras o neurólogos infantiles, que quizás sean más expertos en la evaluación y diagnóstico de este trastorno. El médico también puede sugerir, para niños en edad escolar que tengan problemas de comportamiento en casa y en el colegio, que los padres soliciten una evaluación escolar para determinar si debería recibir asistencia educativa especial.

El niño debe ser evaluado física y psicológicamente por un panel interdisciplinario de profesionales. Ellos deben tener en cuenta los tratamientos y terapias anteriores, la edad, la severidad de los síntomas, el presupuesto de los padres, la disponibilidad y la actitud del profesional que atiende directamente al niño, si lo hay, así como su supervisión adecuada, la situación familiar, la relación de los padres entre sí y para con el niño, además de la relación entre y con los hermanos, familiares, amigos y maestros.

“Realizar el diagnóstico de TDA en el niño de tres a cinco años de edad es muy conveniente y de buen pronóstico, obviamente cuando está acompañado de una terapia adecuada. Se sabe que los infantes son más maleables y responden mejor a la intervención y terapias tempranas.”⁸¹

“Como primer paso del proceso diagnóstico es imprescindible realizar una pormenorizada historia clínica a través del interrogatorio a los padres. Esta historia evolutiva debe ser minuciosa y de ser posible durante las entrevistas que se realizan, siempre es útil contar con la presencia de ambos padres para la

⁸¹ Luis Oscar Gratch, , *op. cit.*, p. 24

confección de los cuestionarios ya que en muchas ocasiones lo que no recuerda la madre lo recuerda el padre o viceversa. La historia evolutiva debe comenzar con los antecedentes hereditarios familiares de ambos padres y los datos evolutivos del niño desde el comienzo mismo del embarazo. ⁸²

“La entrevista con los padres es útil para diversos propósitos:

- Establecer la comunicación necesaria entre los padres, el examinador y el niño.
- Proporciona al profesional su punto de vista sobre los problemas del niño y delimita el centro de atención en fases posteriores de la evaluación; cuanta más información faciliten los padres, mejor será la comprensión que alcance el profesional sobre los problemas del niño y más preciso será el diagnóstico”;⁸³ es recomendable que los padres utilicen listas que elaboraron previamente en donde anoten las conductas y los comportamientos que consideran más problemáticos, cuales son, cuando se presentan, con que frecuencia y en que circunstancias. De la misma manera, que tomen notas de las conductas acertadas y deseables, de su frecuencia, duración y circunstancias en las que ocurrieron. Estos apuntes pueden ser de gran utilidad para el médico o profesionista que lo atiende.
- “Pone de manifiesto como los problemas del niño afectan a la familia y proporcionan al profesional una idea de su propia integridad psicológica.
- Puede relevar información sobre le tipo de relación que se tiene con el niño, que podría ser importante para identificar factores que potencialmente contribuyen al problema.
- El objetivo más importante de la entrevista el determinar el diagnóstico que corresponde a los problemas del niño y ofrecer recomendaciones coherentes para el tratamiento.”⁸⁴

⁸² *Idem*

⁸³ Russell A. Barkley, *op cit.*, p. 139

⁸⁴ *Idem*

El diagnóstico depende en gran medida de la opinión de familiares y profesores, así como de cuántos síntomas puedan reconocerse de una lista preestablecida. Gran cantidad de síntomas correspondientes al TDA pueden ser vistos por los padres como falta de voluntad, irresponsabilidad o un directo o velado ataque a la autoridad.

Como segundo paso el psiquiatra entrevistará al niño durante la visita y hará algunas observaciones informales sobre su aspecto, conducta y habilidades. El tiempo que dedique a esta cuestión dependerá de la edad y la inteligencia del niño. Tanto los padres como el profesional no deberán conceder demasiada importancia a la información obtenida durante esta entrevista, ya que muchos niños se comportan de forma poco habitual en la consulta del profesional.

Por otra parte la opinión del profesor es un punto crítico en la evaluación, ya que pocas personas adultas pasan tanto tiempo con el niño con TDA como él. El psiquiatra consultará la opinión del profesor acerca de la presencia de problemas académicos y de conducta, de la relación con los compañeros, la conducta en diferentes situaciones escolares, especialmente en las que tiene que trabajar pero también en otras que suponen menor o ninguna supervisión, como el recreo, la comida, cuando va por los pasillos, o en el autobús. Así mismo, el psiquiatra deberá indagar que hace el profesor para controlar los problemas del niño y examinar cualquier evaluación realizada en la escuela, si es que cuenta con el servicio de Psicología.

Cuando el psiquiatra realiza la historia clínica de los pacientes, la principal queja por supuesto será la falta de atención, hiperactividad, impulsividad o la combinación de ellas. Sin embargo, se encuentra que los pacientes también presentan dificultades en el aprendizaje de la lectura, de la escritura o del cálculo; o bien en niños más pequeños déficit de coordinación fina. Este tipo de problemas forman parte de las distintas anomalías psicopedagógicas que un niño puede

tener, a pesar de ser inteligente, por lo que requiere de una evaluación que permita individualizar o personalizar su diagnóstico. Es importante conocer con detalle cuales son sus características de desarrollo y de que manera las áreas que no están óptimamente desarrolladas, desempeñan una función importante en los problemas de adaptación escolar o social.

Además, en la búsqueda de otras posibles causas, el médico evaluará cualquier otra afección comorbida que pueda requerir asistencia médica, especialmente aquellas de riesgo elevado en niños con TDA, como déficit en la coordinación motora, enuresis nocturna, encopresis o infecciones del oído medio. También determinará la existencia de cualquier problema físico que, en el caso del niño, contraindique el uso de medicamentos destinados al tratamiento de este trastorno.

Normalmente, las recomendaciones por escrito del médico servirán para justificar la necesidad de tratamiento físico o de una reeducación en la escuela. Por esta y otras razones, no se debería infravalorar el papel del médico en la evaluación del TDA. Sin embargo tampoco es adecuado basar el diagnóstico únicamente en la evaluación médica.

En el transcurso del examen médico, se obtendrán más detalles sobre cualquier dato de la entrevista que confirmen la presencia de problemas de tiroides, de intoxicación de plomo, anemia u otras enfermedades. También cabe la posibilidad, de que, para explorar problemas neurológicos evidentes, se realice un examen neurológico básico. Se obtendrán datos sobre la estatura, el peso y el perímetro craneal y se compararan con datos normativos. Además se explorara el oído, la vista y la presión sanguínea.

No es sorprendente si los resultados del examen médico general son normales, al igual que el peso, la estatura o el examen neurológico básico. Las irregularidades en estas áreas no son necesariamente signos del TDA; el objetivo es descartar la

posibilidad, aunque remota, de que déficits visuales, auditivos o de otro tipo estén dando lugar a sintomatología que se asemeje al TDA.

Los padres, engañados por los resultados de algunas investigaciones que muestran diferencias en medidas de laboratorio entre niños que presentan este trastorno y los que no lo presentan y por el hecho de que el TDA es un trastorno con base biológica, solicitan pruebas médicas con el fin de confirmar el diagnóstico del trastorno. Hasta la fecha no existen pruebas o medidas de laboratorio útiles para el diagnóstico del TDA, de modo que en la evaluación de niños con este trastorno no deberían utilizarse de forma rutinaria análisis de sangre o de orina, estudios cromosómicos y la resonancia magnética o el scanner.

En la actualidad, los médicos expertos en el diagnóstico y el tratamiento de los niños con TDA comúnmente solicitan la intervención de un psicólogo para normar su criterio clínico pues al elaborar la historia clínica del paciente y al realizar las exploraciones físicas y neurológica pueden detectar sin mayor dificultad los síntomas, también necesitan conocer con mayor detalle las características del desarrollo cognitivo y conductual del paciente todo con el propósito de elegir la mejor estrategia para individualizar el tratamiento.

Si el niño está en edad escolar, probablemente le recomienden algunas pruebas psicológicas o psicométricas que la escuela proporcione, que si bien no pueden comprobar que padece el TDA, pueden dar información acerca de su nivel de madurez y el área o áreas en las que se presentan problemas. Esto ayuda para ubicar al pequeño en relación con los demás niños de su edad, y permite poder incluir o excluir la existencia de algunos otros tipos de trastornos.

Si bien es cierto que este trastorno es de origen biológico, se compone de una serie de síntomas de tipo psicológico, razón por la que el diagnóstico y el tratamiento requieren de la conjunción de un grupo compuesto por varios especialistas en salud mental.

Para integrar el diagnóstico de TDA, el psicólogo cuenta con una serie de pruebas dirigidas precisamente a valorar las diferentes esferas de la cognición, en relación particular con la edad de cada paciente. Estas pruebas son instrumentos que permiten evaluar de modo objetivo el grado de desarrollo de las diferentes habilidades, en relación particular con lo que se espera para la edad de cada paciente.

“Cuando un niño es canalizado al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, por sospechas de padecer TDA, este es atendido primeramente por un psiquiatra, el cual después de una entrevista, da un posible diagnóstico, que será confirmado o refutado por las diferentes pruebas neurológicas y psicológicas que solicita. Por parte del departamento de Psicología de dicho Hospital se llevan a cabo la siguiente batería de pruebas psicométricas y proyectivas que pueden ayudar a realizar el diagnóstico de un niño con TDA:

- Cámara de Gessell
- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.
- Test Figura Humana de Harris-Goodenough.
- Test de Escala de Inteligencia para niños (WISC).
- Test Proyectivo Gráfico (H. T. P.)
- Test de la Familia de Corman.
- Test Proyectivo de Persona Bajo la Lluvia.
- Test de Percepción Temática de Bellack-CAT-A.”⁸⁵

Hay una variedad de pruebas psicométricas y ninguna norma que estipule cuáles son las indispensables o las que deben integrar la batería para evaluar a un niño con TDA. La elección de los instrumentos queda a juicio del psicólogo que realizará el estudio.

⁸⁵ Información obtenida por la Psicóloga Angélica Ruiz, Coordinadora del Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

La entrevista psiquiátrica será parecida a la que se realizó con el psicólogo, pero el psiquiatra se dedicará a revisar los antecedentes genéticos, el embarazo y problemas en el parto, la historia de desarrollo médica, así como la salud actual, el estado nutricional y el desarrollo sensorial y motor del niño. No obstante la principal diferencia estriba en que en la entrevista psiquiátrica el objetivo principal es distinguir el TDA de otras posibles afecciones médicas, especialmente de aquellas que puedan tratarse.

Es importante que una vez realizado el diagnóstico los padres conozcan las conclusiones de éste, cuales son las principales manifestaciones sintomáticas y que pueden hacer para mejorar su evolución.

Hay que resaltar que este padecimiento tiene que diagnosticarse por inclusión como por exclusión, es decir, debe tenerse en cuenta tanto lo que presenta y hace sospechar que se padece el TDA (síntomas, características, conductas, actitudes) como lo que no presenta y nos hace descartar de nuestro diagnóstico otros trastornos.

Durante la evaluación el profesional ha recogido abundante información sobre el niño y su familia. Probablemente ya ha hecho un diagnóstico diferencial basado en los criterios del DSM o del CIE-10; este constituye un paso preliminar que permite diferenciar entre los trastornos que el niño posiblemente presenta de aquellos que no presenta. Pero ahora a partir de los datos de las escalas de valoración de conducta, contestadas previamente o durante la visita, así como de cualquier información recogida durante las entrevistas y las observaciones, el profesional elaborará la formulación diagnóstica que más se ajuste a la problemática que muestra el niño.

Probablemente el diagnóstico del TDA estaba basado al menos en los criterios del DSM-IV pero debe comprender que el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en

niños esta lejos todavía de ser una ciencia exacta. La ausencia de métodos de evaluación realmente objetivos y los problemas de fiabilidad de las observaciones y opiniones de otras personas, como los padres, introducen un grado de incertidumbre en el proceso diagnóstico.

Durante la evaluación, el profesional ha ido formulando posibles recomendaciones de tratamiento que se expondrán junto a la comunicación de diagnóstico. En muchos casos la entrevista con los padres también puede servir para observar una relación difícil con los miembros de la familia y así poder recomendar una terapia familiar, de pareja o individual de alguno de sus miembros antes que colocar bajo tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico, a quien es, sencillamente una víctima de estos desajustes más que un individuo con dificultades.

También es recomendable realizar durante el proceso diagnóstico entrevistas de ambos padres junto con el niño, para observar directamente como interactúan; de que forma se comporta el niño, cuando se pone inquieto, cuando ansioso o hiperactivo ya también como reaccionan los padres ante las trasgresiones del niño, quien pone o intenta poner los límites, de que manera y cual de los padres es obedecido o no.

A modo de síntesis podemos esquematizar el proceso diagnóstico como una secuencia en la cual se cumplen los siguientes pasos:

1. Realizar entrevistas diagnósticas familiares y aprovechar estas ocasiones para observar cómo interactúa la familia y recopilar todos los otros datos que podrían ser de interés en el momento de realizar la síntesis diagnóstica de toda la información.
2. Observar al niño para conocer y evaluar, si fuera posible, las manifestaciones sintomáticas y su intensidad (Cámara de Gessell).

3. Evaluar los cuestionarios que suministran datos de su comportamiento en diferentes ámbitos (hogar, escuela)
4. Obtener otros datos de la escuela (entrevistas con maestros, observación de las notas, boletines de conducta, observación de cuadernos y carpetas)
5. Administrar test psicológicos y evaluaciones psicopedagógicas.

3.3 Tratamiento Interdisciplinario

El TDA comprende un grupo heterogéneo de niños con algunas características compartidas y muchas diferencias individuales. La planificación de un tratamiento adecuado se base en una exhaustiva evaluación de los síntomas centrales del cuadro, los problemas asociados, los trastornos psiquiátricos comorbidos, las dificultades específicas en el hogar y en el colegio, las habilidades del niño, y las expectativas de los padres.

El tratamiento debe ser planeado de manera individual, lo que implica adecuar el formato educativo y utilizar estrategias orientadas al niño, los padres y los maestros. Este tratamiento interdisciplinario debe ser implementado durante largos periodos de tiempo para producir un efecto positivo en el desarrollo de la condición. El mismo estará dirigido a controlar los síntomas y manejar los problemas asociados en los aspectos académicos e interpersonales. Debido a que el TDA es un cuadro de características conductuales con una base biológica, no existe una verdadera cura para el trastorno sino que las intervenciones que pueden regular este problema funcionan mientras son aplicadas. Esto es tan cierto para las estrategias psicosociales como para la medicación.

Para que el tratamiento de un niño con déficit de atención sea efectivo es necesaria la cooperación total de los maestros y padres de familia, quienes deberán trabajar en coordinación con otros profesionales, como médicos, psiquiatras, psicólogos, especialistas en educación. En un esfuerzo coordinado

para asegurar el éxito en la vida de los niños con TDA, el papel de la familia es primordial; sin una intervención adecuada de la familia no se podría concretar el éxito de las intervenciones terapéuticas, el desarrollo de la autoestima, el favorecer situaciones en las que el niño tenga logros (aunque inicialmente estos sean pequeños), el proporcionar un clima de aceptación y respeto entre los hermanos y sobre todo, el éxito en el tratamiento que requiere perseverar sin desesperarse, pues el desarrollar estrategias para funcionar adecuadamente es un proceso largo que requiere tiempo y esfuerzo por parte de todos los implicados: terapeutas, padres y desde luego el niño.

Debemos recordar que cualquier padecimiento puede presentarse en diferentes grados; así algunos niños pueden salir adelante con unos meses de tratamiento mientras que otros quizá, necesiten varios años para desarrollar las estrategias que les permitan funcionar exitosamente. Los padres no deben hacer comparaciones entre el desarrollo de su hijo y el de los otros niños de edad similar, sino que es necesario que respeten su propio ritmo y le den tiempo.

Como pedagogas consideramos, que dentro de la gama de especialistas en cargados de este trastorno, el tratamiento interdisciplinario sea integrado principalmente por un psicólogo, un psiquiatra y/o médico y un maestro, los cuales abarcaran cuatro grandes aspectos:

- Individual.
- Familiar y medio ambiente.
- Farmacológico.
- Escolar

Individual: El tratamiento se inicia con el protagonista más importante: el niño con TDA. “Existen varios aspectos en los que se debe trabajar:

- Aspecto emocional: apoyo en la autoestima.

- Aspecto mental: ayuda en los procesos de estructuración y análisis.
- Aspecto cognitivo (aprendizaje): ayuda en la percepción y los procesos necesarios para mantener la concentración y favorecer el aprendizaje.
- Aspecto de comunicación: terapia de apoyo en lenguaje verbal y expresivo.
- Aspecto social: mecanismos que le enseñen a convivir con sus padres.
- Aspecto conductual: adaptarse mejor a los reglamentos y límites, seguir un grupo de normas establecidas.
- Aspecto físico: fortalecer el tono muscular y la capacidad de coordinación del niño.”⁸⁶

Este tratamiento esta dirigido a mejorar la percepción que tiene el niño de él mismo como individuo. Antes de seguir cualquier tratamiento debemos asegurar que se conceptualice como individuo completo, grandioso y con toda la capacidad de desarrollo. Ayudarlo a entender que el proceso actual es un trastorno ajeno a su persona, él necesitará prepararse, mejorando paulatinamente su capacidad de adaptabilidad al ambiente externo. Es importante comprender la perceptualización del niño, como entiende su entorno, e iniciar el trabajo con la aceptación de su persona. Trabajar directamente con su autoestima nos permitirá ayudarlo a organizar sus actividades y elevar el grado de confianza que buscamos en él.

Familiar y medio ambiente: Es de crucial importancia modificar el entorno en el cual se desenvuelve el niño. De nada servirá trabajar con el arduamente si no logramos consolidar este trabajo con el refuerzo ambiente, sobre todo, el cambio de los padres en su manera de planificar y realizar la modulación conductual y cognitiva del niño.

Lo primero que deben comprender los padres es que las alteraciones de atención y conducta que presenta su hijo, no son un simple capricho o una manera de manejo, sino un problema que se sale de las manos del niño, que no comprende y

⁸⁶ Dr. Eduardo Barragán, *op cit.*, p.120

que responde por costumbre a los estímulos negativos del medio ambiente. Este enfoque suele lograr que los padres bajen sus niveles de estrés, comprendan mejor a sus hijos y modifiquen sus mensajes negativos por conductas más sensibles y positivas.

Las modificaciones en el hogar implican cambiar principalmente dos aspectos:

1. La rutina diaria y del medio ambiente en búsqueda de la adaptación a las necesidades de un paciente con TDA.
2. La implementación de técnicas en el manejo conductual para alterar los patrones disfuncionales que pudieran haberse establecido.

Las rutinas diarias (la hora de la comida, los periodos de juego, las tareas escolares y la hora límite para dormir) deben ser establecidas. Comúnmente determinan las reglas de rutina para los hijos y sorprendentemente los primeros en no seguirla son los padres. Es fundamental reforzar estas rutinas con el ejemplo. Recordemos que es difícil cumplirlas cuando son injustas. Tales rutinas deben ser establecidas junto con el niño para que se sienta participe de ellas.

Los padres frecuentemente buscan recetas perfectas que logren liberar la presión y resuelvan los problemas de manera permanente y rápida. Desgraciadamente, esas recetas no existen. Debemos entender que cada familia es una formula única que funciona de una manera específica y que deberá adaptar algunos reglamentos a esa formula ideal.

Es importante recalcar la trascendencia que tiene el hablar con el resto de la familia y amigos. El medio donde se desarrolla el niño es muy importante, ya que puede oír de manera consistente múltiples manifestaciones de rechazo y de inadaptación por parte de su entorno. Se tiene que explicar no solo el trastorno de aprendizaje que presenta el niño, sino la importancia del apoyo positivo constante que lograra modificar las conductas y su manera de aprender.

Estos niños tienen el problema de la secuenciación. Cuando se les da una serie de instrucciones de manera seguida y larga, simplemente las olvidarán. Por eso es importante que se empiece cambiando las instrucciones por frases sencillas, claras y cortas. Esto le permitirá ejecutar una a una las acciones que se le demanden, aumentando su sentimiento de confianza y seguridad.

Cuando el niño se desarrolla en un ambiente familiar disfuncional, donde hay problemas generados independientemente de los que existen por las características propias del sujeto con TDA, el tratamiento se complica, pues un entorno familiar desfavorable agudiza los problemas de aquel en todos los ámbitos. En estas circunstancias se requiere de la intervención de un especialista en psicoterapia familiar, pues los trastornos de desarrollo emocional con mayor frecuencia son los que tornan malo el pronóstico de este tipo de niños, a pesar de que reciban los tratamientos psicológico y médico apropiados.

Farmacológico: Probablemente este sea el punto más crítico de tratar. En la mayoría de las ocasiones los padres llegan con la idea de que el equipo médico desea medicar o dopar a su hijo y que esto constituye una seria ofensa a su manera de educar. Se ha hablado tanto de ello que realmente uno lo escucha se asusta. Afortunadamente, la realidad es muy diferente.

La mayoría de los síntomas patológicos que presenta un niño con TDA están expuestos a una influencia ambiental y los diferentes problemas clínicos necesitan ser tratados de diferentes maneras. La decisión de cuando tratar o no a un niño con un medicamento debería –idealmente- recaer en la eficacia mostrada en estudios controlados que se le han hecho al niño de algún tratamiento específico para determinado padecimiento en una edad específica.

“La medicación es el tratamiento para el TDA al que se ha dado más publicidad entorno al cual han surgido los debates más acalorados. En general, cientos de estudios indican que los estimulantes, los antidepresivos y la clonidina (un fármaco

utilizado para el tratamiento de la hipertensión en muchos adultos) pueden ser de gran ayuda para las personas con TDA. Los estimulantes, los fármacos más usados, han mostrado su eficacia para mejorar la conducta, el trabajo escolar y la adaptación social en un porcentaje que oscila entre el 50 y 95% de los niños con TDA. Hasta que punto el niño responderá bien a la medicación depende, sin embargo, de la presencia de otros problemas y los cierto es que la medicación no ayuda a todo el mundo. Por esta razón y porque la medicación no es la excepción a la regla de las informaciones falsas que abundan sobre el TDA, se debe recoger tanta información como pueda antes de acceder a que el niño con TDA pruebe la medicación.⁸⁷

Una fuente de información mejor es el médico familiar o el especialista, ya que sus conocimientos deben estar actualizados por la lectura de revistas médicas en las que se habla de estas investigaciones. Se debe preguntar al médico hasta que punto el medicamento le es familiar y con que frecuencia lo prescribe a niños con TDA.

Algunas de las razones por las que los padres no quieren utilizar un medicamento son:

- Creencia de que los medicamentos sedarán al niño.
- Potencia o riesgo de adicción.
- Uso del medicamento como una excusa social para el mal comportamiento.
- Necesidad de tomar el medicamento de por vida.
- Retrazo en el crecimiento y pérdida de peso.
- Daños orgánicos: falla hepática (hígado) o hemática (sangre).

⁸⁷ Russell A. Barkley, *op. cit.*, p. 273

Dentro de este capítulo solo se tomarán en cuenta dos tipos de fármacos: los estimulantes y los antidepresivos, ya que son los de uso más comunes dentro del tratamiento de niños con TDA.

Estimulantes

“Los estimulantes son considerados los fármacos de primera elección en el tratamiento del TDA con o sin comorbilidad y se utilizan desde 1960”⁸⁸. Los estimulantes reciben este nombre por su capacidad para incrementar el nivel de actividad o estado de alerta del cerebro. Entonces, ¿por qué no provocan que los niños sean más hiperactivos? Porque parece que el área del cerebro que activan es la responsable de inhibir la conducta y mantener el esfuerzo y la atención a las cosas. En otras palabras, aumentan el poder que tiene el cerebro para frenar la conducta, esta es la razón por la que son útiles para las personas con TDA

Los tres estimulantes más comunes y recomendados para el TDA son la D-amfetamina (Dexedrina), el Metilfenidato (Ritalin) y la Pemolina (Cylert).

“Los estimulantes actúan incrementando la acción de ciertas sustancias químicas presentes de forma natural, en el cerebro. La manera en que el cerebro maneja la información está basada en la forma en que esas sustancias se producen en las células del cerebro (las neuronas). Aunque no conocemos exactamente sobre que sustancias químicas ejercen su influencia los estimulantes, sabemos que dos de ellas son la dopamina y la norepinefrina, sustancias que se encuentran de manera natural en el cerebro, pero que se concentran sobre todo en la región frontal, lugar que, pensamos, es el escenario del TDA. Al aumentar la cantidad disponible de esas sustancias químicas en el cerebro, los estimulantes incrementan la acción de

⁸⁸ Dra. Matilde Ruiz García, *op. cit.*, p. 159

las células del cerebro, que son las responsables de inhibir nuestra conducta y ayudarnos en persistir en lo que sé esta haciendo.”⁸⁹

“Así, no es sorprendente que los cientos de estudios que han analizado como estos fármacos cambian la conducta y el aprendizaje de los niños con TDA hallan encontrado que entre un 70% y un 90% de los niños tratados con uno de estos estimulantes mejoran su comportamiento. Entre un 10% y un 30% no muestran una respuesta positiva, y en algunos casos su comportamiento empeora. Por lo tanto no se debe asumir que el niño se beneficiará necesariamente de la medicación y se debe reconocer que no es la panacea para los problemas que conlleva el TDA. Hay algunos casos en los que la medicación sola es suficiente, o es el único medio de conducir las preocupaciones que los padres y los profesores tienen sobre el niño con TDA.”⁹⁰

En muchos casos el mayor beneficio de la medicación estimulante parece ser su influencia sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y educativos. En consecuencia, se recomienda que cuando se utilice medicación se emplee como una parte de una combinación de tratamientos y no como única forma de terapia.

Antidepresivos

Son fármacos de segunda elección. “Su utilización tiene ya cerca de 50 años con resultados favorables, demostrando ser medicamentos seguros en la edad pediátrica.”⁹¹ A pesar de que los antidepresivos no son fármacos tan eficaces como los estimulantes, pueden ser beneficiosos para las personas con TDA.

Las marcas comerciales más usadas para el tratamiento del TDA son Norpramin o Pertofrane (Desipramina), Tofranil (Imipramina), Elavil (Amitriptilina) y Prozac

⁸⁹ Russell A. Barkley, *op. cit.*, p. 277

⁹⁰ *Idem*

⁹¹ Dr. Eduardo Barragán, *op. cit.*, p.135

(Fluoxetina). Hay otros antidepresivos como Pamelor o Aventyl (Nortriptilina) y Anafranil (Clomipramina), pero todavía no se han estudiado muy bien sus efectos sobre el TDA.

Estos fármacos se desarrollaron para tratar la depresión, pero también se han utilizado para tratar algunos niños con TDA, con ansiedad o crisis de angustia, enuresis o trastornos del sueño tales como terrores nocturnos. Son útiles cuando el niño con TDA no ha tenido una buena respuesta a la medicación estimulante, no puede tolerar esta medicación, o presenta depresión o ansiedad añadidas al TDA. Al igual que otros fármacos que modifican la conducta, estos cambian el comportamiento alterando la química cerebral en algunos lugares.

Los cambios en las conductas relacionadas con el TDA pueden observarse unos pocos días después de empezar a tomar la medicación, mientras que en otros casos pueden tardar varias semanas. Si la medicación se emplea para tratar una depresión en un niño con TDA, es probable que se necesite varias semanas para comprobar sus efectos. La dosis se elevará o disminuirá dependiendo de los resultados de la primera prueba, y después tendrán que pasar algunas semanas más antes de que se empiecen a notar los beneficios de la nueva dosis.

Diferentes estudios han encontrado que los niños con TDA a los que se administran estos fármacos muestran mejoras moderadas en su habilidad para prestar atención y controlar sus impulsos. También parecen estar menos intranquilos o hiperactivos. A menudo el resultado más llamativo es la mejora en el estado de ánimo. Los niños están menos irritables, o se enfadan con menos facilidad, parecen algo más felices, o de mejor ánimo y menos ansiosos o preocupados. Dado que estos fármacos no son tan eficaces para combatir los síntomas de TDA como los estimulantes, quizás sea necesario combinarlos con algún estimulante para conseguir mejores resultados.

Como hemos visto, hasta ahora, el tratamiento individual, familiar y del medio ambiente y farmacológico son de gran importancia dentro del desarrollo integral del niño, sin dejar a un lado el tratamiento escolar, pues una de las principales funciones de la pedagogía es optimizar el desarrollo integral del niño dentro de su ambiente cotidiano, para mejorar su autoestima y la visión que tiene de sí mismo, y es la pedagogía la que le puede brindar al niño, por medio del maestro, alternativas educativas que le permitan resolver los trastornos del aprendizaje que suelen acompañar al TDA, y así mejorar su rendimiento escolar; y si a esto le agregamos una adecuada intervención en los demás aspectos antes mencionados, se podrá lograr una mejor calidad de vida del niño.

Por lo tanto, en nuestro siguiente capítulo se abordará un contexto escolar junto con nuestra propuesta pedagógica, ya que consideramos que ambos pertenecen al ámbito educativo y es en éste donde incidimos como pedagogas.

CAPITULO IV

PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA MAESTROS DE PRIMER AÑO DE PRIMARIA CON ALUMNOS QUE PRESENTAN TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

CAPITULO IV. Propuesta Pedagógica para Maestros de Primer Año de Primaria con Alumnos que Presentan Trastorno de Déficit de Atención

Diversos organismos y grupos de expertos han reconocido durante la última década que el manejo de los desórdenes de atención requiere del empleo de múltiples alternativas de tratamiento, organizadas y combinadas en un programa.

Para que el tratamiento de un niño con TDA sea efectivo es necesaria la cooperación total de los maestros y padres de familia, quienes deberán trabajar en coordinación con otros profesionales como médicos, psiquiatras, psicólogos y especialistas en educación. En un esfuerzo coordinado para asegurar el éxito en la vida de los niños con TDA.

Es muy importante educar al sujeto, a su familia y a sus profesores en torno a lo que es el TDA, pues la ignorancia acerca de este tema constituye el principal obstáculo para un tratamiento adecuado. Esto explica un esfuerzo extra por parte de padres y profesores, quienes deberán asistir a pláticas, conferencias y seminarios sobre el TDA, así como leer literatura especializada en el tema.

Aunque el TDA puede crear dificultades en muchos aspectos de la vida del niño, la escuela suele presentarle uno de los mayores desafíos. No sólo porque ésta ocupa gran parte de esta etapa de la vida, sino que además habitualmente las escuelas no se encuentran estructuradas para contener las necesidades específicas que el TDA impone. Normalmente, los programas escolares no están diseñados para los niños que tienen problemas para permanecer sentados o que manifiestan déficit de atención y concentración durante esfuerzos sostenidos, o son frecuentemente impulsivos.

El bajo rendimiento escolar y el mal comportamiento suelen ser los problemas que se le presentan a los maestros cuando le requieren a los padres la realización de una consulta profesional.

“Una de las mayores complicaciones asociadas con el TDA es el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar. De hecho tal como puntualizan Tannock y Brown, la combinación del TDA y TA, es común y a menudo persiste en la edad adulta. Más allá del casi 30% de sujetos con TDA que presentan un TA, tienen un grado de dificultad académica. Presumiblemente, el rendimiento académico deficiente de estos sujetos se debe a sus niveles bajos de participación activa en el trabajo académico y a una productividad inestable. Dado el riesgo elevado de insuficiencia académica en sujetos con TDA, los clínicos deben diseñar intervenciones que mejoren el rendimiento académico así como que reduzcan las manifestaciones conductuales del trastorno.”⁹²

Estos niños, diagnosticados y tratados a tiempo pueden mejorar su rendimiento y desarrollar una escolaridad más adecuada. La detección precoz y las medidas que se tomen para mejorar el rendimiento escolar, la conducta y las relaciones sociales, representan la mejor posibilidad de prevención de fracasos posteriores. Las relaciones positivas con los maestros, con los compañeros y con los directores permitirían a un niño con TDA sentirse seguro y aceptado en la escuela.

4.1 Contexto escolar

Frente a un niño que presenta dificultades en el rendimiento académico, es importante diferenciar si son problemas producidos por la desatención o si existe alguna dificultad en los procesos cognitivos y otros que interfiere en el adecuado funcionamiento académico.

⁹² Brown, Thomas E. “Trastorno por Déficit de Atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos”.

Las experiencias de escolaridad pueden generar inseguridad en relación con los propios logros, y ofrecen pocas situaciones que reafirmen al alumno. Los niños con TDA tienen dificultades, según el caso, en seguir las conductas que la escuela espera como ideales, como prestar atención por largos períodos de tiempo, quedarse quietos concentrarse, no distraerse, seguir una tarea durante un período de tiempo fijado por el maestro, entre otras. Entonces, según la modalidad de la escuela, terminan citados en dirección, o con castigos, llamados a los padres por problemas de conducta, y malas notas por temas relacionados con el aprendizaje.

Dado que la organización de cada conocimiento específico implica un sistema diferente de construcción y de desarrollo de las estructuras que lo sostienen, los problemas pueden presentarse en diferentes áreas. Los trastornos específicos del aprendizaje implican alteraciones en la adquisición y/o aplicación de habilidades en áreas académicas: matemáticas, lenguaje, lectoescritura, la organización del tiempo y del espacio, y las habilidades motoras necesarias para el adecuado funcionamiento de las actividades mencionadas. Para ser considerados trastornos específicos del aprendizaje, estas alteraciones no deben ser producidas por falta de oportunidades de educación adecuada. Es posible evaluar dificultades en áreas distintas, y un mismo niño puede presentar problemas en varias habilidades académicas. La importancia de este tipo de evaluación se debe al hecho de que las intervenciones para el TDA no son eficaces para tratar estos otros problemas. Distinguir un trastorno del aprendizaje que simula TDA conlleva decisiones terapéuticas totalmente diferentes.

En algunos casos las escuelas toman poco tiempo en averiguar qué es lo que está mal y directamente sancionan a los niños, y en otros tienen poca flexibilidad en su modalidad didáctica para adaptarse a casos diferentes. Además, los valores positivos de estos niños, que, con variaciones individuales, pueden ser la creatividad, la inteligencia, no se suelen tomar en cuenta a la hora de evaluar al buen alumno, y quedan entonces marginados de la posibilidad de sentirse valorados, estimulados, felicitados. La sanción, en general reiterada, reduce

notablemente la confianza de estos niños, que además necesitan en muchos casos del espejo del otro para sentirse reafirmados, todo esto se refleja en el aprendizaje.

“Numerosos trabajos realizados en diferentes países alertan sobre el impacto que puede tener el TDA en relación con la escolaridad del niño y su familia. Alrededor de un 20% podrá ser suspendido o expulsado de la escuela; aproximadamente en 35% no completa los estudios secundarios; y se estima que un 50% tiene dificultades en la interacción con su grupo de pares, principalmente en relación al control de sus impulsos y tolerancia a la frustración”⁹³

“El funcionamiento en la clase se complejiza debido a que aproximadamente el 30% de niños con TDA presenta además dificultades específicas de aprendizaje en alguna área académica con lenguaje, lectoescritura o matemáticas.”⁹⁴

“Entre el 23% y 35% de los niños con TDA repetirán al menos un curso antes de llegar al instituto, la mayoría de los primeros años. Así, muchos padres se encuentran ante el dilema de decidir si la solución a los problemas de su hijo es la repetición del curso. La doctora Terri Shelton, que trabajó en la clínica de TDA del centro médico de la universidad de Massachusetts, cree que para la mayoría de los niños probablemente no es la mejor medida. Lo que ella dice: es comprensible que un porcentaje elevado de casos se recomienda la repetición de curso, ya que el niño con TDA con frecuencia presenta las características de un niño inmaduro para su edad. Así, en bastantes casos el profesor recomienda la repetición como otro año para madurar. Sin embargo, no se ha comprobado que retardar la entrada en la escuela suponga ninguna ventaja significativa en el rendimiento. Este resultado podría ser debido a que, cuando las dificultades están relacionadas con el TDA y no únicamente con la inmadurez en el desarrollo, repetir curso usando el mismo enfoque probablemente no servirá de ayuda. Parece bastante

⁹³ Estrella Joselevich, *op. cit.*, p. 155

⁹⁴ *Idem*

lógico si tenemos en cuenta que en realidad no se abordan los problemas específicos del TDA. Además, el niño que repite el año, puede aburrirse al repetir otra vez contenidos y por tanto estar predestinado al fracaso. Llevada al extremo, esta solución podría llevar a los que ya advirtió una madre: <Si hace que repita cada curso, con este promedio, se graduará a los treinta>⁹⁵, por esto, consideramos que el rol del docente y su compromiso con su trabajo frente al grupo es fundamental no sólo para detectar las posibles dificultades en forma temprana, sino que su actitud, estilo y disposición para trabajar con niños con TDA es esencial para la evolución de los mismos.

Como lo mencionamos anteriormente, en la situación escolar estos niños suelen tener dificultades para estar suficientemente alerta, para activarse para las tareas, para seleccionar los estímulos pertinentes y sostener allí la atención. Especialmente si las tareas no presentan en sí mismas una alta motivación y le resultan tediosas, o repetitivas de larga duración, tienden a abandonarlas, dejarlas para después u olvidan completarlas.

Otros niños pueden manifestar problemas en el área de las matemáticas exclusiva o conjuntamente; suelen olvidar los pasos necesarios para las mecanizaciones, o no pueden ubicar los números adecuadamente en unidades, decenas y centenas, o confunden los conceptos. Al clasificar o seriar, el niño enfrenta problemas ya que únicamente busca salir del paso y terminar la tarea debido a su impulsividad o tal vez solo pueda centrar su atención en una característica sin tomar en cuenta las otras variables; tampoco puede darse tiempo para encontrar las diferentes particularidades de los elementos.

Tampoco pueden seguir las normas establecidas dentro del salón de clases: levantan la mano antes de que se termine de formular una pregunta o gritan la respuesta; se levantan y deambulan por el salón; tiran y desordenan su material

⁹⁵ Russell A. Barkley, *op. cit.*, p. p. 241 - 242.

escolar; constantemente tratan de salir del salón y tardan mucho en regresar. En su mesa de trabajo se encuentran objetos que no necesitan; interrumpen el trabajo de los demás y les quitan su material; al pasar se tropiezan y tiran el cuaderno del compañero al suelo, les rompen sus útiles o se enojan porque no les hicieron caso y los golpean.

Su ritmo de trabajo difiere mucho del de los demás, frecuentemente es más lento, o bien intentan terminar rápidamente y ser los primeros, sin importar la calidad de su trabajo. Requieren que se les repita la instrucción individualmente y en varias ocasiones; no retienen la información completa y pierden el objetivo con facilidad.

Al efectuar trabajo en equipo no escuchan ni respetan las opiniones de sus compañeros. Olvidan traer lo que se les pide, desde la firma de un recado, hasta el material para el trabajo de grupo. Pueden hacer la tarea pero olvidan meterla en la mochila o la dejan sobre el escritorio en casa.

A menudo los terapeutas dicen a los maestros que en las sesiones de terapia los niños con TDA trabajan bien, pueden mantener la concentración en una tarea hasta terminarla y su conducta no es disruptiva. Sin embargo otra cosa sucede en la dinámica del salón de clases, en donde el maestro debe atender las demandas de numerosos alumnos pues por lo general los grupos suelen ser de 30 o más niños, y entre éstos, se encuentran alumnos brillantes y rápidos para terminar sus trabajos y comprender las explicaciones, otros más que marcan el ritmo del salón al ser la mayoría, quienes trabajan al mismo ritmo y requieren dos o tres explicaciones para comprender los conceptos y finalmente, aquellos quienes trabajan muy lentamente, enfrentan dificultades para terminar los apuntes, sus exámenes siempre están incompletos y parecen no comprender las explicaciones. Además dentro de cada uno de estos encontramos a quienes son tranquilos y permanecen en su lugar en silencio, también aquellos que gritan ocurrencias graciosas, se levantan para llamar la atención y quienes ni siquiera logran encontrara un lápiz para escribir. Así dentro del salón el número de estímulos

distractores se incrementa considerablemente facilitando que un niño distraído se muestre más disperso, y que un niño impulsivo actúe sin control al sentir que se pierde entre muchos.

Ante estas circunstancias y agregando los problemas que tienen los niños con TDA, los profesores suelen responder volviéndose más controladores y directivos. Con el tiempo, la frustración que generan estos niños difíciles puede hacer que las interacciones se vuelvan cada vez más negativas. La relación negativa entre el profesor y el niño afecta a la adaptación futura de los niños con TDA, y sabemos con certeza que puede empeorar las dificultades ya existentes en el rendimiento académico y la interacción social, al igual que reduce su motivación a aprender y a participar en el colegio o en su autoestima. Todas estas consecuencias, en último término, podrían desembocar sólo en el fracaso escolar y el abandono de los estudios.

Los maestros describirán los comportamientos de estos alumnos como: parecen no escuchar, nunca termina las tareas, está en las nubes, no aterriza, solo termina de completar si está conmigo a su lado, es impulsivo, trata de resolver el problema sin pensar, buscan hacer todo enseguida, sin tomarse el tiempo necesario y les sale mal. Muchos de ellos además se mueven, se levantan de sus asientos, pierden y olvidan sus materiales de trabajo, lo que les desorganiza aún más, molestando y pidiendo a sus compañeros, interrumpen, no esperan su turno para hablar, de tal forma que se hace difícil estar en el aula armónicamente con ellos.

Todo esto trae aparejadas dificultades en el rendimiento escolar, tanto en el nivel de sostén y producción de su tarea escolar en el tiempo, como en el logro del nivel de complejidades que van pudiendo aprender y resolver, estos escolares presentan enormes dificultades.

Así, en la medida en que las demandas de los grados escolares superiores se incrementan, el niño comienza a mostrar un deterioro cada vez mayor en su

rendimiento escolar y en su autoestima. En cambio si la relación es positiva entre el profesor y el alumno pueden mejorar el rendimiento académico, tanto a corto como a largo plazo.

La pura realidad es que el ingrediente que da forma aislada tiene un papel más decisivo en el éxito escolar del niño con TDA, es el profesor; sobresaliendo aspectos como: el nombre del programa educativo que sigue el colegio, la zona en que está, si éste es público o privado, si es de clase relativamente pudiente, o incluso el número de niños por clase. El punto más determinante es el profesor del niño, su experiencia con el TDA y su disposición para cubrir la mayor necesidad de atención y comprensión que requiere el niño para que el curso sea agradable y de provecho.

Para seleccionar al mejor profesor, se necesita evaluar a dos factores: conocimiento y actitud. Desafortunadamente, hay muchos profesores que desconocen el TDA o que tienen conocimientos obsoletos sobre el trastorno y su tratamiento. No hemos encontrado con profesores que no tenían demasiada idea sobre la naturaleza, el curso, las consecuencias y las causas del trastorno. Además, algunos tienen ideas erróneas sobre qué tratamientos son útiles y cuáles no, por ejemplo, estar convencido de que el uso de programas de modificación de conducta dentro de clase no tiene apenas consecuencias positivas. Del mismo modo que el primer paso para ayudar a estos niños es instruir a los profesores sobre que es el TDA. Otra forma de contribuir en la formación del profesor es proporcionarles material de lectura.

La capacidad y disposición del profesor para aplicar los programas de conducta dependerá en gran medida de su formación educativa y de su filosofía, así como de su experiencia y creencias personales sobre la enseñanza. En algunos casos, puede ser necesario que el profesor recibe un curso intensivo a través del psicólogo de la escuela o de un psicólogo clínico experto en estos programas de conducta.

Hay profesores se resisten al uso de las técnicas conductuales no porque entren en conflicto con su filosofía, sino porque creen que los problemas de los niños con TDA tienen una base emocional resultado de los conflictos y el caos familiar, o porque creen que la medicación es la única solución ya que el trastorno tiene una base biológica. Otros profesores pueden resistirse a cambiar su estilo de enseñanza porque creen que se les culpa de los problemas del niño.

Los profesores varían considerablemente tanto en las expectativas que tienen de sus alumnos como en la actitud que muestran hacia los trastornos como el TDA. Si, durante las horas de clase, el profesor está dispuesto a utilizar estrategias conductuales bastante simples ya no será necesario la repetición. Consecuentemente, la elección del profesor de primer curso determinará en gran parte la decisión de repetir el año.

Incluso cuando se ha recomendado la repetición del curso y especialmente cuando no se ha hecho, es necesario valorar atentamente el método de enseñanza que se siguió la última vez y reflexionar que puede hacerse esta vez para que sea más efectivo.

En algunos países existen aulas e incluso planteles con instalaciones, organización y personal docente especializado en el manejo de niños y adolescentes con estos trastornos. Éste, por supuesto, no es el caso de México y es necesario considerar que quienes sufren TDA deben asistir a escuelas regulares, por lo que la alternativa de la educación especial debe reservarse para aquellos que tienen además algún grado de déficit intelectual que lo amerite.

“Las escuelas en México han enfrentado el problema de dar apoyo a los niños con TDA de diversas maneras, pero hay que decir que la mayoría de estas reacciona de manera cautelosa al aceptar el ingreso de un niño cuando los padres informan

que es portador del problema. En resumen, los sistemas de apoyo más frecuentes en el área metropolitana son:

Grupos de apoyo: grupos de psicólogas y pedagogas que se transportan para ir a las escuelas para dar apoyo a los niños identificados con TDA o problemas específicos del aprendizaje. Este sistema domina en las escuelas del sector público (Secretaría de Educación Pública SEP) en México. La ventaja es que un grupo de profesionistas puede proporcionar apoyo a varias escuelas, además de capacitar y dar seguimiento a los avances y la integración de los alumnos atendidos. La desventaja es que los niños sólo reciben soporte una vez o dos veces por semana y por lapsos breves, mientras que el resto del tiempo se encuentran en grupos regulares con gran cantidad de alumnos y sin supervisión o apoyo, con los consiguientes efectos escolares y sociales.

Grupos paralelos: menores de 15 niños, todos con TDA o trastorno de aprendizaje e inteligencia normal, en los cuales una pedagoga con experiencia y un auxiliar brindan un programa que cumple con los requisitos básicos de la SEP, además de que enseñan conocimientos básicos de idiomas extranjeros o religión. Frecuentemente están incluidos en escuelas grandes con más alumnos y mayor exigencia académica, con la posibilidad de integrarse a ellos en la medida en que el niño aumente sus habilidades. La ventaja de estos grupos es la personalización de la educación y la posibilidad de que el sujeto pueda integrarse a los grupos regulares en la medida de sus posibilidades, además de asegurar una convivencia plena en todas las actividades escolares y sociales con niños que no tienen problemas. La desventaja inicial es su costo, además de la estigmatización de los grupos como niños especiales o con necesidades suficientes para permanecer aislados.

Grupos de inserción: es un sistema frecuente en escuelas bilingües con procedimientos de ingreso muy restrictivos. Los alumnos candidatos a ingresar son evaluados minuciosamente y se seleccionan con base en habilidades;

aquellos identificados como sujetos con TDA son incluidos en grupos regulares en número de uno o dos por grupo, de tal modo que una maestra capacitada pueda atenderlo con medidas sistemáticas. Las ventajas del sistema comprenden una integración plena además de un apoyo profesional en grupo asignado, mientras que las desventajas incluyen la exclusión de muchos niños que no cumplen con los requisitos estrictos de habilidades escolares o sociales, los cuales desafortunadamente son la mayoría, esto favorece la segregación y da la falsa idea de que la atención escolar puede llevarse con relativa facilidad.

Apoyo y descarte: probablemente la mayoría de las escuelas consideradas de alto rendimiento practican este sistema, que consiste en detectar las fallas en el aprendizaje o el comportamiento, mediante la realización de una evaluación superficial con la psicóloga escolar y envío del escolar a un grupo de profesionales externo (habitualmente inician con una psicóloga) para que decida las tareas a llevar a cabo. Con frecuencia la escuela intenta trabajar en grupo con los profesionistas externos, pero sus exigencias académicas y la escasa disponibilidad para adaptar el programa impide que la mayoría de los alumnos evaluados pueda desarrollarse de manera óptima en este ambiente de manera alta exigencia, por lo que los niños terminan con baja autoestima o cambiando de escuela. La ventaja es que una pequeña cantidad de niños con TDA e inteligencia superior, que se benefician de límites claros y supervisión de las tareas, pueden permanecer en escuelas de alto rendimiento académico, aunque la mayoría terminara con estigmas sociales y serán trasladados a otras escuelas a pesar de los apoyos recibidos. Este sistema refuerza la idea de que alumnos de ciertas escuelas tienen un perfil de triunfadores, aunque no se toman en cuenta los efectos psicológicos de aquellos a quienes se les dificultó llevar dicha exigencia académica ni los fracasos escolares de los niños que son eliminados del sistema por no convenir a sus intereses.

Talleres de apoyo: corresponden a grupos de niños que acuden después o dentro de sus actividades escolares regulares para aclarar dudas o reforzar alguna

materia de manera personalizada. La virtud del sistema es la facilidad en su implementación, ya que frecuentemente puede incluir el apoyo de tareas; sin embargo, los problemas sociales y de conducta dentro del grupo regular quedan sin atención y los maestros descargan gran parte de su responsabilidad en los talleres, abusando de ellos, para dedicarse a la atención del resto de los niños.

Educación especial: si bien es cierto que la minoría de niños con TDA (frecuentemente aquellos seleccionados con trastornos de aprendizaje o con una inteligencia normal baja) quizá requieran educación especializada y personalizada para desarrollar su potencial, no es adecuado que este grupo de niños asistan a la escuela con personas que padecen diversos tipos de inhabilidad ya que evita una educación satisfactoria y reduce el potencial de desarrollo.

No inclusión: Algunas escuelas reconocen su imposibilidad de adaptarse a las necesidades de los niños con TDA y prefieren no aceptarlos ante la posibilidad de afectar la dinámica de los grupos. Si bien esta práctica demuestra la honestidad del plantel, con frecuencia se vincula con una falsa imagen de la escuela en donde métodos de enseñanza tienen resultados asombrosos, cuando la realidad es que son escuelas elitistas en las que sólo una minoría de los niños cumple con los requisitos intelectuales, sociales y económicos exigidos. La mayoría de los sujetos con TDA se beneficiará de un sistema escolar personalizado, en algunas ocasiones con un maestro auxiliar que apoye las tareas escolares regulares y con talleres de tareas y una minoría requerirá de un cambio de sistema escolar e incluso de una educación especial.

Los sistemas escolares con una disciplina rígida y un sistema educativo tradicional con grupos de más de 25 alumnos serán beneficiosos sólo para un reducido número de casos, en los cuales es posible compensar sus deficiencias y en quienes un sistema normativo y estricto les reducirá la desorganización habitual.”⁹⁶

⁹⁶ Dra. Matilde Ruiz García, *op. cit.*, p. 125 - 128

Cabe mencionar que el apoyo administrativo es importante a fin de proporcionar una experiencia educativa eficaz a los alumnos con TDA. Tanto a los directivos como a los maestros hay que enseñarles lo que son y lo que no son estos trastornos. Deben aumentar su sensibilidad y sus conocimientos acerca de las razones por las que estos niños se comportan como lo hacen, y sobre las intervenciones adecuadas que deben instrumentarse en la escuela.

Para que los maestros puedan aplicar estrategias eficaces de enseñanza y manejo de la conducta es preciso que tengan la oportunidad de asistir a talleres, seminarios, conferencias y otras actividades de desarrollo profesional. Los directivos que comprendan y respeten esta necesidad permitirán, alentarán y apoyarán a todos los maestros en su esfuerzo para mejorar sus habilidades.

Los directivos deben conocer perfectamente el tipo de enseñanza que se está impartiendo en todas las clases, así como los climas emocionales de las aulas. Las técnicas innovadoras, el aprendizaje cooperativo y los proyectos prácticos no siempre son las actividades más silenciosas. También deben apreciar y alentar a los maestros a experimentar con nuevos enfoques que supongan la participación activa de los alumnos.

Hay maestros que no enseñan con eficacia. Quizás estén agotados, sean rígidos o no quieran cambiar o crecer. En consecuencia, estafan a los alumnos. Estos maestros deben ser enérgicamente motivados y alentados por los directivos para que mejoren su capacidad docente, por todo los medios disponibles.

No se puede permitir que ningún maestro dañe a los niños humillándolos, avergonzándolos, criticándolos o intimidándolos. Los directivos tienen la responsabilidad de dar prioridad a las necesidades de los niños, y deben tratar con firmeza a esos maestros.

Los directivos deben también cuidar que su personal tenga el entrenamiento necesario para abordar el TDA y las discapacidades de aprendizaje, y sepa proporcionar instrucción multisensorial e intervenciones adecuadas.

Los directivos deben respaldar a los maestros cuyas clases incluyen a alumnos perturbadores. Muchos niños extremadamente difíciles de manejar en el aula son víctimas de un TDA. Si un maestro tiene una cantidad desproporcionadamente alta de niños con TDA u otras necesidades especiales, los directivos deben considerar la posibilidad de reducir la cantidad de alumnos de esa clase, proporcionarle un ayudante por un tiempo, y otros modos creativos de ayuda. Hay que considerar cuidadosamente la composición de cada clase. Muchas veces, el maestro particularmente dotado para trabajar con alumnos que tienen necesidades especiales queda sobrecargado. Se debe recompensar a esos excelentes maestros que velan por sus alumnos y están dispuestos a asumir una responsabilidad mayor que la que les corresponde, proporcionando asistencia y apoyo adicionales.

Aunque se sigue investigando sobre estos problemas, todavía no hemos resuelto todas las dificultades. La mayoría de contextos educativos precisan de programas de tratamiento específicos hechos a medida para los niños con TDA. Por ahora, lo que sí sabemos es que para que estos programas den su fruto deben mantenerse activados durante largos periodos de tiempo a lo largo de la educación del sujeto. Esta observación puede parecer desalentadora, pero no debe sorprendernos si partimos de una perspectiva que defina el TDA como un déficit crónico en el desarrollo.

4.2 Propuesta Pedagógica para Maestros de Primer Año de Primaria con Alumnos que Presentan Trastorno de Déficit de Atención.

La modificación del TDA mediante la educación implica la intervención especializada de la educación académica. La escuela debe ser un medio bien organizado y con un equipo de profesores que entiendan el TDA. Hoy día no es aceptable que los docentes ignoren en qué consiste este trastorno y como deben tratar a los niños que lo padecen, pues de ello depende que puedan establecer estrategias como la rutina, la estructura y una aproximación bien definida y estandarizada a estos pequeños. Las modificaciones del entorno escolar son muy útiles y fuera de toda duda, han demostrado su efectividad en numerosos estudios de manera que un profesor bien informado ya no podrá decir que educar a estos niños es imposible.

Durante los últimos años se han desarrollado estrategias y programas para colaborar con la educación. Si bien diversas posturas han surgido y han sido objeto de debates, la mayoría apuntan en la dirección de que estos niños puedan mantener una escolaridad regular, mediante la adaptación de ciertas variables ambientales y del estilo y la actitud docente que ayuden a reducir la severidad de los síntomas.

El verdadero desafío sin embargo, reside en su posibilidad de ser aplicados e integrados dentro de la clase sin que el docente se encuentre sobrecargado con una cantidad de tarea extra. Por el contrario, estos procedimientos, empleados en forma simple y sostenida, suelen beneficiar la tarea docente.

Ya se han descrito las complicaciones en el aprendizaje escolar y los programas académicos, que con elevada frecuencia afectan a los menores con trastornos de atención. Esta asociación exige la atención a los problemas académicos de

quienes asisten a la escuela y son portadores del desorden de atención. Es importante hacer notar que para muchos expertos la escuela puede considerarse el ámbito de manejo más importante, y a partir de la ayuda farmacológica y psicológica se debe buscar la adaptación a la escuela y el rendimiento académico adecuado.

Las intervenciones realizadas dentro de las propias escuelas de forma coordinada con los cambios que los padres puedan llevar a cabo en la casa, resultan del mayor beneficio para mejorar el desempeño escolar. De este modo el niño aprenderá a funcionar en un sistema estructurado que le contenga y le ayude. Los resultados de otros programas asistenciales, ya sea de entrenamiento en la vida cotidiana, la psicoterapia familiar o individual, si bien benefician, no ayudan suficientemente, generalizando o ampliando sus efectos al área escolar, y si bien la medicación estimulante normalizará o mejorará la conducta de los niños con TDA, las intervenciones específicas en aspectos académicos y conductuales son parte imprescindible de un tratamiento multidisciplinario.

Los niños necesitarán que se modifique en algunos aspectos, el formato de la clase, atendiendo a su modo particular de aprender y teniendo en cuenta cuáles son los elementos distractores que interfieren en la realización de sus tareas. Cuando el niño se acostumbra a responder a la estructura que se aplica en la casa y el colegio, aprenderá un modo de desarrollar el potencial que tiene. La medicación puede facilitar este aprendizaje, pero no es la única intervención indicada.

Existe un grupo de niños que no podrán beneficiarse de la medicación debido a efectos importantes o porque no ha sido efectiva. En este caso, como cuando los padres deciden que no se utilice la medicación en el tratamiento de su hijo, las intervenciones que se aplican son fundamentalmente la modificación de la conducta en la casa y el colegio.

Es por esto que la escuela debe conocer la situación particular de sus alumnos para brindar intervenciones que le permitan facilitar el proceso de enseñanza – aprendizaje, por lo que es indispensable que se comunique a los maestros y directivos el diagnóstico de TDA del niño; debe también estar al tanto de la atención que se le esta brindando, es decir, si esta asistiendo a terapia o si toma algún medicamento, etc.

Es típico que el niño o adulto con este trastorno no perciba de manera adecuada, objetiva o completa sus síntomas, por lo que es útil que el médico o terapeuta le explique, en una forma apropiada a su edad, que es el TDA. Asimismo, es necesario que el terapeuta pueda establecer contacto con algún miembro de la familia y con el profesor escolar para ayudarlos a entender que es el TDA y cómo apoyar mejor a quienes lo padecen.

La terapia pedagógica es un tipo de ayuda que tendría que ser administrada por un profesional en educación especial, psicólogo o pedagogo, en la que se le proporcione al niño la oportunidad de entrenar y desarrollar las áreas disminuidas en su desarrollo. Con la terapia pedagógica el niño aprenderá a utilizar estrategias que permitan suplir las deficiencias que le ocasiona el TDA.

Es importante mencionar que aunque se observe mejoría, los padres no tienen que suspender el tratamiento hasta que el niño sea dado de alta, pues si no se consolidan los progresos se corre el riesgo de sufrir “regresiones”⁹⁷, alargando con esto el tratamiento. Por esto, en el presente apartado propondremos algunas estrategias que el maestro podrá decidir utilizar y poner en práctica, y a algunas de las variables ambientales que podrán ser consideradas por los docentes para una mejor convivencia dentro del salón de clases.

⁹⁷ Se entiende como un retorno a un estado anterior del desarrollo

Para el Control de la Conducta

Para los maestros es importante que se pueda mantener el control de la conducta de los alumnos dentro del aula, para que un tema se pueda explicar y sea comprendido por estos, ya que entre más tranquilos se encuentren los niños, más fácil será que presten atención a la lección y puedan comprender el tema. Para lograr esto, a continuación se presentan algunas estrategias que pueden facilitar el control de la conducta:

1. Planificación anticipada de la clase: Los problemas de conducta suelen aparecer en los momentos en que los alumnos no tienen instrucciones. Una buena planificación y el inicio rápido de la enseñanza en el aula son por lo general buenos disuasivos que evitan los problemas de conducta.
2. Bienvenida al salón de clases: Recibir a los alumnos en la puerta a medida que vayan llegando. Una sonrisa y un hola son un buen modo de empezar el día. También es útil encargarles una tarea breve en el momento de recibirlos. Lo mismo se aplica al reunir a los alumnos después del receso y de las clases de educación física. Esos momentos de transición suelen ser los peores con los alumnos que padecen un TDA.
3. Establecer reglas: Deben ser pocas y claras, los alumnos pueden discutir las y decidir las para que la clase las sienta como propias. El tiempo que se dedique a establecerlas, está bien usado.

Una vez establecidas las reglas, deben ubicarse en por lo menos un lugar visible. Enseñe con ejemplos. Muestre las reglas en acción, mediante el desempeño de roles. Esto es adecuado en todos los grados. Se necesita repaso y práctica frecuente a lo largo de todo el año escolar. También es

importante comunicar estas reglas a los padres por escrito para que estén informados.

4. Mantener el orden en el aula: Es importante para estos niños el orden y la rutina, es necesario ser claro y explícito respecto a las reglas de convivencia, los deberes, las obligaciones y los roles que cada alumno desempeñará en el salón de clases; así como el orden en la realización de las tareas, ya que por medio del reforzador positivo, el maestro ayudará a que el alumno mantenga el mayor orden posible en sus pupitres, carpetas, cuadernos y lugar de trabajo. Refuerce positivamente todas las veces en que el alumno mantiene el orden. El refuerzo positivo promueve la repetición de una conducta. Esto es tan importante como el contenido de sus trabajos.

5. Establecer recompensas positivas: Reconocer lo bueno que hace el niño y premiarlo reforzará sus conductas adecuadas y lo motivará a seguir aprendiendo. Las recompensas positivas deben ser lo más cercanas en tiempo a la acción que les dio origen. De esta manera, estaremos creando una imagen de aquello que queremos ver realizado, no sólo respecto de la conducta del niño sino en nuestra propia actitud hacia él, aumentando así la posibilidad de que ello ocurra.

El refuerzo positivo en el aula no puede remplazarse por nada. Es la mejor estrategia de manejo de la conducta, y genera autoestima y respeto. Detecte a los alumnos que hacen lo que usted quiere que hagan. Reconozca y elogie los casos específicos.

Algunos ejemplos de refuerzo positivo que podrían utilizarse en el salón de clases son:

- Reconocimiento y elogio.
- Recompensar a los alumnos con privilegios como:

- Elegir un juego para disfrutar con un amigo.
 - Ganar tiempo libre.
 - Leer y hojear revistas de interés especial.
 - Trabajar libremente en una hoja blanca.
 - Ser líder en un juego, quizá como capitán del equipo.
 - Anular la nota más baja.
- A muchos alumnos los motivan las recompensas tangibles (estrellas, premios, dulces).

6. Incentivos en el aula a largo plazo: Los incentivos son grandes motivadores y consideramos dos que pueden resultar útiles:

1.- Los alumnos ganan vales o billetes de imitación con los que pueden participar en una rifa o remate semanal, quincenal o mensual.

2.- El maestro va reuniendo fichas o bolitas en una jarra cuando observa que el niño está haciendo algo bien o se comporta correctamente. Una vez llena la jarra, este tiene derecho a elegir una recompensa positiva.

7. Situaciones de transición: los cambios de actividades en general, suelen ser situaciones difíciles de manejar para el maestro; para prevenir situaciones problemáticas se puede crear un acuerdo compartido con el niño en el que se especifican los comportamientos esperados, repetir las reglas en voz alta, y crear un estímulo externo posterior a la conducta adecuada del niño (recompensas positivas).

8. Trabajo en equipo: Una alternativa muy útil es poder intercambiar o compartir estudiantes de otros grados para trabajar en equipos durante parte del día y así reducir el problema de conducta, proporcionando una perspectiva diferente sobre cada niño.

9. El tiempo aparte: En la mayoría de las clases se necesitan pausas de tiempo aparte para los alumnos con TDA, ya que estos niños no pueden manejar toda la estimulación del aula, se excitan y se descontrolan. Entonces conviene que pasen un tiempo fuera del grupo para calmarlos y ayudarlos a recobrar el autocontrol.

Algunos lugares donde se puede emplear el tiempo aparte son:

- Asociarse con otro maestro (preferiblemente de otro grado) a cuya aula pueda enviar al alumno con una tarea independiente en la que tendrá que trabajar durante una cierta cantidad de tiempo.
- En la dirección.

Para Mejorar el Ambiente

Dentro del proceso enseñanza – aprendizaje es importante tener un ambiente tranquilo, ya que si el maestro y los alumnos se encuentran estresados, este proceso se vera afectado. Para lograr un salón con un ambiente agradable, organizado y tranquilo es necesario:

1. Reducción de fuentes de distracción: Hay que recordar que la dificultad para concentrarse lleva consigo la distracción fácil, por esto es conveniente:
 - Sentar al niño con TDA cerca del escritorio del maestro, pero sin excluirlo como parte regular de los asientos en clase.
 - Ubicar al niño con TDA frente al pizarrón, dando la espalda la resto de la clase, para mantener al resto del grupo fuera de su vista.
 - Rodear al niño con TDA, preferentemente con otros miembros significativos del grupo.

- Evitar estímulos distractores, tratar de no colocar al niño con TDA cerca de aire acondicionado, calefacción, áreas de mucho tránsito, puertas o ventanas.
 - Los niños con TDA no manejan bien el cambio así que hay que tratar de evitar cambios de horario, transiciones bruscas, reubicaciones físicas e interrupciones en clase.
 - Tratar de crear un área de juegos reducida dentro del salón, permitiendo que todos los niños tengan acceso a esta área para que los niños con TDA no se sientan diferentes de los demás.
 - Alentar a los padres de familia a disponer en casa de un espacio apropiado para el estudio, con rutinas establecidas, horarios determinados para el estudio, supervisión de los padres cuando la tarea esté terminada y revisiones periódicas del material escolar.
2. Reducción de niños con TDA en un salón de clases: Es importante distribuir a estos niños y evitar que se forme un grupo grande de niños con TDA en un mismo salón. Una cantidad grande de niños que lo padecen en un aula puede agotar al mejor de los docentes y empujarlos a otra profesión. Pero es poco frecuente que se encuentre un salón sin por los menos algunos alumnos con TDA.
 3. Establecer unidades de trabajo más pequeñas: El niño con TDA se desempeña mejor en escuelas personalizadas, con grupos pequeños de unos 15 alumnos. Si esto no es posible el profesor puede dividir su grupo en subgrupos o en equipos de trabajo donde sea más fácil la supervisión.
 4. Ayudar al niño a organizarse: Los alumnos con TDA necesitan ayuda y una intervención adicional para registrar adecuadamente las tareas asignadas, organizar sus materiales y su espacio de trabajo, retirar periódicamente de sus carpetas y escritos los desechos acumulados.

5. Recursos visuales: El empleo de dibujos, gráficos, carteles, colores, letras divertidas son útiles para captar y estimular la atención y motivación de los niños en la realización de tareas y actividades.

6. Para dar instrucciones a los alumnos:

- Para dar instrucciones verbales es importante mantener contacto visual con el niño que presenta TDA.
- Dar instrucciones claras y concisas, reduciendo la cantidad de palabras al explicar.
- Simplificar las instrucciones, evitando dar órdenes múltiples, preferiblemente dividir las en lapsos cortos, asegurándose de que el niño con TDA comprendió la tarea que debe realizar, antes de comenzarla.
- Ayudar al niño con TDA a tener confianza cuando necesite ayuda, la mayoría de los niños con TDA no preguntan ni solicitan ayuda.
- Estos pequeños necesitan más ayuda por un periodo más largo de tiempo que el resto de los niños y es conveniente ir disminuyendo gradualmente la ayuda.

7. Tiempo para aprender lecciones y realizar pruebas escolares: El niño con TDA requiere más tiempo para aprender sus lecciones y realizar las pruebas escolares. Hay que recordar que el tiempo transcurre en forma distinta para un pequeño con este trastorno, pues le es muy difícil concentrarse y si no ha respondido la totalidad del examen en el tiempo límite no es por falta de interés. Muchas veces el niño con TDA se ha pasado estudiando el doble de tiempo que sus compañeros y es injusto que no se le dé un lapso de tiempo adecuado para contestar. Por cuestiones como esta, algunos niños desarrollan pánico al examen, y aunque sepan lo suficiente para contestarlo, al momento de sentarse a escribir sus

respuestas, literalmente se paralizan por el miedo. Un profesor comprensivo y amable puede ser la mejor terapia en estos casos.

8. Modificar las tareas recortando el trabajo escrito: Lo que a un niño promedio le toma 20 min., para uno de estos alumnos suele representar horas de trabajo (en particular cuando se trata de tareas escritas). Conviene aceptar métodos alternativos para que expongan sus conocimientos: por ejemplo, permitir que den respuestas orales, que les dicten las respuesta a un progenitor, etc.

9. Reducción del estrés: Los alumnos con TDA padecen en la escuela un estado de estrés. La enseñanza de estrategias para tranquilizarse tienen un gran provecho que les permite relajar mente y cuerpo, reconocer sus propios sentimiento y liberar la tensión interior. Estas estrategias les procuran a los niños una sensación de paz y autocontrol.

Enseñar a los niños la respiración consciente y profunda, haciendo demostraciones de una inhalación profunda y la exhalación lenta por la boca, relaja los músculos y reduce el estrés. se pueden realizar la respiración relajante sentados en sus sillas, en el piso, con las piernas cruzadas y los ojos cerrados, tendidos o incluso de pie.

Para Mejorar la Atención y Lograr un Mejor Aprendizaje.

Conseguir y mantener el interés y la atención de nuestros alumnos no es siempre una tarea fácil. Conseguir que un alumno con TDA permanezca concentrado y trabajando constituye un desafío monumental para los maestros, y exige experimentar con diversos enfoques.

1. Capacitación del personal: Identificar y poner en práctica una metodología positiva de solución de las deficiencias en los niños con TDA. Esto significa que la escuela habrá de comprometerse con la permanente investigación en torno a los descubrimientos metodológicos que faciliten el manejo académico de estos alumnos.

2. Preservación de la autoestima del niño con TDA: El docente debe tener sensibilidad y no avergonzar o humillar a estos alumnos frente a sus compañeros, ya que su autoestima es frágil y lo típico es que los niños con TDA se perciban como fracasados. La preservación de la autoestima es el factor primordial para ayudar verdaderamente a estos niños a tener éxito en la vida.

3. Para lograr la atención de los niños con TDA:
 - Emplear técnicas diversas para hacer indicaciones a los alumnos, como apagar las luces, hacerlas titilar, tocar el timbre, levantar las mano.
 - Variar el tono de voz, este puede ser alto, bajo, susurrante, por ejemplo dar una orden en voz alta, permita unos segundos de silencio y proceder a dar instrucciones en un tono de voz normal.
 - Hacer a la clase una pregunta sugerente, no muy fácil, capaz de generar discusión y despertar interés por la lección que se inicia.
 - En una caja, una valija o una funda llevar un objeto relacionado con la lección que se inicia. Éste es un modo excelente de generar adivinanzas y poder conducir a discusiones o actividades escritas de muy buen nivel.
 - Tratar de obtener un ambiente tranquilo ante de empezar a enseñar.

4. Concentración de los niños con TDA:

- Cuando se presente una lección y se dan instrucciones, se puede emplear estrategias visuales, como palabras claves o dibujos, figuras en el pizarrón, o bien el uso del retroproyector en el transcurso de la exposición.
- Para destacar puntos importantes, emplear tizas de color en el pizarrón y rotuladores de color con el retroproyector. Este último puede ayudar al maestro a escribir información en color sin tener que dar la espalda a la clase, con lo cual mejora el manejo en el aula y reduce los problemas de conducta.
- Enmarcar con las manos o en una caja de color el material visual en el que se quiere que los alumnos se concentren.
- Señalar el material escrito en el que se quiere que los niños se concentren: con el dedo, con una regla o con un puntero.
- Usando una linterna, apagar las luces, logrando que los niños se concentren iluminando con ella a individuos y objetos que sean del interés de la clase.
- Siempre que resulte posible, incorporar demostraciones y exposiciones con práctica.

5. Mantener la atención y la participación a los alumnos:

- La lección debe ser clara en todo momento.
- El ritmo de la clase debe ser dinámico.
- Preparar de antemano los materiales, para no perder tiempo.
- Emplear figuras, diagramas, gestos, objetos didácticos y material interesante.

- Estructurar la lección de modo que el trabajo pueda realizarse en parejas o pequeños grupos, para lograr la máxima participación y atención del alumno. El aprendizaje cooperativo es una estrategia para mantener a los alumnos interesados y participando.
- Emplear técnicas de completamiento, distribuyendo un texto con palabras clave omitidas, donde los alumnos llenen lo que falta.
- Preguntar a todos los alumnos por igual; ya que muchos maestros, sin advertirlo, ignoran a algunos niños del aula. Emplee un mazo de tarjetas con los nombres de los alumnos. Para evitarlo pueden emplear con un mazo de tarjetas con los nombres de los alumnos, escoger una tarjeta al azar, llame al alumno correspondiente, y vuelva a incorporarla al mazo ó escribir los nombre de los niños en paletas de helados, y extraerlas al azar.
- Después de hacer una pregunta, conceder al alumno una pausa de por lo menos cinco segundos, ya que muchos niños necesitan más tiempo para procesar el interrogante, reunir sus ideas y expresarlas.

6. Habilidades esenciales que hay que enseñar a los alumnos con TDA:

- Métodos para registrar las tareas encargadas y organizar el área de trabajo y los materiales: A los alumnos con TDA suele resultarles difícil registrar las tareas para el hogar con cualquier sistema (sea un calendario mensual o una hoja diaria o semanal). El maestro puede intentar las siguientes medidas para que las tareas asignadas sean registradas correctamente.
 - Asignar una sola tarea a la vez y supervisar frecuentemente su ejecución, demostrando una actitud de apoyo, más que de crítica.

- Modificar las asignaciones si es necesario, si la tarea es muy compleja tratar de dividirla en etapas. Si se trata de un área débil del niño tratar de hacerla más simple para él o ser menos exigente en la evaluación, asegurándose de evaluar el conocimiento adquirido y no el periodo de atención.
- Permita al niño moverse al terminar cada página del trabajo asignado, estableciendo una señal entre el maestro y el niño para ayudarlo a regresar a la tarea.
- Designarle al niño un compañero como socio de estudio, que le ayudará a que en la hoja de tareas queda registrar todos los deberes.
- Describir todas las tareas encargadas en el pizarrón, no solo enunciarlas verbalmente.
- Los alumnos que tienen problemas especiales con estas habilidades suelen mejorar con una lista diaria de cosas por hacer. En las listas los niños van tachando las tareas a medida que las realizan.
- Dedicar un par de minutos al final del día escolar para revisar las tareas para el hogar, realizando un control rápido para comprobar que el niño se está llevando los libros y materiales necesarios.
- Los padres deben conocer el sistema aplicado por el maestro, y lo que se está intentando para proporcionar una ayuda adicional.
- Explicar claramente cuáles son los materiales que espera que los niños lleven a clase (por ejemplo, lápices afilados, goma de borrar, hojas para carpeta). No hay que reforzar la irresponsabilidad y la desorganización del niño, permitiéndole que pida prestado materiales buenos, a

usted o a los compañeros, sobre todo si lo hace continuamente.

- Realizar controles, programados y no programados, de las carpetas y los escritorios, y recompense a los alumnos cuando encuentre una buena organización.
- Recoger y revisar las tareas realizadas en el hogar. Los alumnos las depositarán cotidianamente en un lugar señalado a tal efecto, o el maestro las tomará directamente de cada alumno.
- Prever un tiempo de limpieza, durante el cual los alumnos ordenarán sus escritorios y carpetas. Se puede recurrir a un ayudante, un voluntario, o un compañero muy organizado.

7. Como ayudar a los alumnos en la organización de los trabajos escritos:

- Inculcar normas sistemáticas de trabajo (por ejemplo, escribir a doble espacio, incluir un encabezamiento con el nombre, la fecha, el tema y el número de página).
- Enseñar al alumno a dejar blancos adecuados entre palabra y palabra, tomando como medida de espaciado el ancho de un cuadro.
- Con líneas finas, trazar los márgenes izquierdo y derecho en la hoja de papel, y enseñar a los niños a no excederlos.
- Muchos alumnos intentan escribir sin sostener el papel sobre el escritorio. A menudo apoyan la cabeza sobre la mano libre. Enseñar y exigir que una mano sostenga el papel.
- Los alumnos con TDA cometen numerosos errores por falta de cuidado, y a menudo necesitan borrar; la hoja de papel se ensucia y se rompe. Recomendando que empleen un papel más

pesado y más grueso, que resista mejor a ese manejo. Por otro lado, es más fácil y tolerante aceptar tachaduras prolijas, de una sola línea sobre la palabra mal escrita, y la corrección intercalada arriba. Aunque el maestro no le permita el procedimiento al resto de la clase, es muy útil para los alumnos que tienen problemas con la escritura.

- A los alumnos más pequeños, enséñeles las proporciones de las letras: por ejemplo designe el límite superior como línea de la cabeza, la línea media como línea del cinturón y la base como línea del pie.
- Los ejercicios de matemáticas pueden ser difíciles de organizar en el papel. Hacer que los alumnos dejen mucho espacio entre ejercicio y ejercicio, y que rodeen con un círculo el número de cada problema. Suele resultar útil que para esta materia se utilice papel con rayas vertical, que ayuda a los niños a mantener alineadas las columnas de los números.

8. Como evitar las confusiones visuales: A los alumnos con TDA y también a los que tienen problemas para el procesamiento óptico, les cuenta concentrarse cuando hay confusiones visuales que los distraen. Se pueden tomar las siguientes medidas:

- Entregar material impreso, en copias legibles, a doble o triple espacio.
- Borrar todo lo que está en el pizarrón y no es útil. Emplear colores siempre pueda ser posible, para orientar la atención. Son preferibles las pizarras blancas, en las que se escribe con plumones, porque no juntan polvo y permiten un mejor empleo de los diferentes colores.
- Evitar el apiñamiento de objetos en los escritorios, ayudando a los niños a mantenerlos lo más despejados que sea posible.

- Los círculos autoadhesivos de color en las tapas y lomos de los textos ayudan a estos niños a ubicar los libros más rápidamente.
- Cuidar que el alumno tenga un lugar adecuado para guardar sus materiales (lo indispensable: cuantas menos cosas guarde, por menos cosas tendrá que preocuparse).

9. Técnicas para el manejo y la organización del tiempo:

- Ayudar al manejo y la organización del tiempo por parte del propio niño, poniendo un reloj de cartón frente a su escritorio, con las manecillas en la hora en que debe salir del aula. Puede ayudar el escriba esa hora en palabras y números, como recordatorio adicional.
- Ayudar al niño a confeccionar un horario y pegarlo en su escritorio.

10. Técnicas para mejorar las habilidades académicas:

- Si la lectura es mala, proveer tiempo adicional de la lectura, utilizando textos de un sola página y evitando la lectura oral en el grupo como práctica adicional.
- Si la expresión oral es mala, aceptar inicialmente todas las respuestas orales que el alumno de, animándolo a desarrollar nuevas ideas o a platicar de sus experiencias, seleccionando temas sencillos de los que él pueda hablar con facilidad.
- Si el lenguaje escrito es malo, aceptar inicialmente trabajos no escritos, por ejemplo, maquetas, dibujos, cuadros o bien efectuar evaluaciones orales. Evaluar también con pruebas de opción múltiple, en donde se requiere escribir poco.

- Alternar las actividades de día, dando lapsos cortos de tiempo a la escritura o haciendo la escritura más atractiva permitiendo utilizar colores, plumones y marcadores.
- Si las matemáticas son un área baja usar un papel de cuadrícula más grande para espaciar los números, proveer prácticas adicionales en ejercicios de matemáticas y procurar dar retroalimentación inmediata, estimulando el razonamiento en lugar de las ejecuciones impulsivas.

11. Participación de los padres: Los padres deben compartir la responsabilidad de enseñar a los niños habilidades para la organización y el estudio. Los maestros necesitan trabajar con los padres a fin de ayudar al niño en las tareas para el hogar, como:

- Proporcionar un lugar tranquilo de trabajo y lejos del televisor, con materiales e iluminación adecuados.
- Ayudar a establecer el orden de las actividades y la lista de tareas que debe hacer durante el día, así como establecer una rutina tan sistemática como resulte posible.
- Asegurarse de que el niño haya guardado los libro, los cuadernos, las carpetas, etc., en su mochila, para el día siguiente.
- Recompensar las habilidades para la organización en el hogar.

Desde luego, hay muchos hogares caóticos en los que no se podrá ayudar a los niños a desarrollar estas habilidades. Como maestro, tenemos que hacer todo lo posible para proporcionar la estructura y modelar tales aptitudes para nuestros alumnos, por esto algunos niños necesitan experiencias prácticas en las que ellos mismos hagan algo. También necesitan la oportunidad de verbalizar a menudo, durante el día escolar, lo que han comprendido. Las situaciones de aprendizaje cooperativo (con un compañero, en tríadas o en grupo de cuatro) son muy

eficaces para hacer que los alumnos verbalicen y compartan sus comprensiones en el aula.

Como pedagogas no hay que olvidar que los individuos tenemos diferentes estilos de aprendizaje, y de que ellos afecta nuestro modo de pensar, de comportarnos y de encarar el aprendizaje, así como la manera en que procesamos la información.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, consideramos que el maestro tiene primero que advertir como se produce el proceso de aprendizaje en él mismo, observando con atención su propio funcionamiento cuando aprende, sus propias intereses, sus propios puntos fuerte, debilidades y preferencias y el modo en que los trasfiere al aula en la que enseña.

Esta conciencia y esta sensibilidad a los estilos de aprendizaje pueden ayudar a enseñar mejor a todo tipo de alumnos, en especial a los que enfrentan dificultades individuales, emocionales y de conducta.

Los maestros que ofrecen a sus alumnos un equilibrio en métodos de enseñanza, agrupamientos, estructuras y adaptaciones ambientales que tomen en cuenta los diversos estilos de aprendizaje, son los que con mayor eficacia llegan hasta todos los niños.

Los niños con trastornos de la atención se cuentan entre la población de alumnos que pueden obtener el mayor beneficio de un maestro flexible, capaz de aplicar modificaciones ambientales y estrategias o técnicas relacionadas con los estilos de aprendizaje. Es preciso ayudar al alumno a comprender, respetar y valorar lo que el mismo tiene de diferente y lo que tienen de diferente los otros. Debemos ayudar a los alumnos a descubrir sus talentos y a cultivarlos.

Alternativas bibliográficas

Es importante mencionar que, a nuestra consideración, en algunas escuelas públicas los maestros se encasillan dentro un esquema monótono, basándose únicamente en los libros de texto que la SEP les proporciona, provocando que el aprendizaje sea tedioso y en ocasiones aburrido. Son pocos los maestros que buscan alternativas bibliográficas que les puedan ayudar a ser mas emocionante su clase, es por esto que las alternativas bibliográficas propuestas a continuación se eligieron como material didáctico de apoyo en el que el maestro puede tomar ideas para hacer su clase mas dinámica e interactiva, por ejemplo, tomar ejercicios de los libros llevándolos al salón por medio de laminas, objetos reales, problemas relacionados con la vida diaria, lecturas con las que pueda crear alguna obra de teatro en la que los niños aprendan a integrarse y relacionarse , es decir, hacer que los maestros se vuelvan creativos de una manera sencilla, logrando la atención de sus alumnos, y no solo lo que padecen TDA, si no del grupo en general.

Desde nuestro punto de vista estos libros pueden ser ese material didáctico, ya que cuentan con un enfoque funcional, comunicativo, claro, sencillo, creativo y agradable, pues poseen ilustraciones, cuadros sinópticos, tablas, graficas y ejercicios que ayudan a comprender la vida diaria, haciendo su método didáctico divertido, ágil e interesante y a su vez, respetando el proceso de aprendizaje ya que su contenido es acorde a su edad. Tomando en cuenta lo antes mencionado, consideramos abarcar dentro de esta bibliografía solamente dos materias:

Matemáticas: debido a que es en el primer año de educación primaria donde, formalmente se empieza a desarrollar el pensamiento lógico – matemático y se establecen las bases para tener un buen desempeño de este a lo largo de la vida.

Español: Esta materia es de gran importancia debido a que el niño empieza el procedimiento de la lectoescritura dentro del primer año de primaria, que le permitirá comunicarse no solamente en forma oral, si no de forma escrita, ayudándolo a integrarse a la sociedad y a desenvolverse dentro de ella.

Área de Matemáticas:

- 📖 Auroch.
Guía para iluminar números del 0 al 49
Ed. Lukambanda

- 📖 Caballero C., Arquímedes, Lorenzo Martínez C., Jesús Bernardez G.
Cuaderno Alfa 1. Ejercicios de matemáticas para las escuelas primarias
Ed. Esfinge.

- 📖 Galera, Maria Isabel, Carlota Téllez
Mis primeros números: Ejercicios de iniciación a la práctica matemática
Ed. Trillas

- 📖 Galera, Maria Isabel, Marina T. Galera
Numeritos. Ejercicios de iniciación.
Ed. Trillas.

- 📖 Pérez Hernández, Esnel, Gonzalo López Rueda.
Retos 1
Educación Primaria.
Ed. Esfinge.

- 📖 Robles Robles, Daniel.
Matemáticas en acción 1.
Ed. Fernández Editores.

📖 Rosvach P., Ángel, Marcela Hinojosa C.
Jugar con las matemáticas 1.
Ed. Trillas.

📖 Téllez, Carlota
Mi libro favorito: Matemáticas 1
Ed. Trillas.

Área de Español

📖 Aumada, Rosario, Alicia Montenegro.
Jugando aprendemos1. Ejercicios para el desarrollo intelectual del niño.}
Ed. Trillas

📖 Auroch.
Guía para iluminar cursivas mayúsculas.
Ed. Lukambanda

📖 Auroch
Guía complementaria de estudio para el alumno 1.
Ed. Lukambanda.

📖 Basurto Carma G, José Luis Castillo Basurto
Mis primeras letras. Diario de aprendizaje, letra scrip y ligada.
Ed. Trillas

📖 Espinosa Eleres de Álvarez, Carmen.
Mi libro mágico
2da. Edición
Ed. Nori

📖 Espinosa Eleres de Álvarez, Carmen.
Mi libro mágico. Ejercicios para la letra scrip
Ed. Nori

- 📖 Gamboa C., Norma E.
Niños inteligentes 1
Ed. Fernández.

- 📖 Mondada C., Ana Victoria
Prácticas de ortografía 1
Ed. Fernández.

- 📖 Nosty Herrero, Maria.
Buena letra. Ejercicios de caligrafía 1.
Ed. Fernández.

- 📖 Nosty Herrera, Maria.
El mundo de la escritura. Letra scrip 1. Libro de prácticas.
Ed. Fernández.

- 📖 Pereña Gili, Heidi, Martha Vargas Escarza
Cuadernos Alga. Ejercicios de español para escuelas primarias.
Ed. Esfinge.

- 📖 Vidal Delgado, Ismael.
Nuevo complemento 1
Ed. Larousse

- 📖 Ortografía
Primer grado
Ed. Esfinge

- 📖 Cursiva 1
Ed. Esfinge

CONCLUSIONES

Destacando la importancia sobre el apoyo y comprensión que se tendría hacia los niños en la etapa de definición de su personalidad y desarrollo integral en general, es esencial el detectar alteraciones en su desarrollo así como su rápida canalización, permitiendo proporcionar una intervención temprana para un tratamiento eficaz; por esto podemos decir que:

- ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención? Muchas personas has tratado de definirlo de diferentes formas, yendo desde un retraso mental hasta una un síndrome hiperquinético. Pero en realidad el trastorno por déficit de atención es una enfermedad neurológica que no se puede curar con un medicamento, sólo se puede controlar. Un niño con TDA es relegado, maltratado y en ocasiones expuesto al ridículo por padres, amigos y maestro, lo cual afecta su personalidad y su desarrollo integral, y al igual que cualquiera con problemas de aprendizaje, nunca lo deja atrás al crecer, aunque sus dificultades y conductas cambien de modo manifiesto a medida que maduran.
- El Trastorno de Déficit de Atención no es una moda o etiqueta para el niño travieso o inquieto; tampoco es la consecuencia de papás que han descuidado la educación de sus hijos, cuyos síntomas principales son la falta de atención, la impulsividad y en ocasiones la hiperactividad que llegan a provocar el deterioro de su capacidad para funcionar de manera eficiente en su medio académico, social y familiar.
- Se desconocen las causas directas e inmediatas del TDA, pero se cree que puede ser por un desequilibrio químico cerebral, un metabolismo lento o que es hereditario.

- Existen tres tipos: predominantemente inatento: se caracteriza por la falta de atención sin hiperactividad; predominantemente hiperactivo: se caracteriza por un movimiento constante e impulsividad; y tipo combinado: se caracteriza por la presencia de inatención, impulsividad e hiperactividad. La hiperactividad predomina más en niños que en niñas.
- A menudo el TDA se diagnostica en la niñez, generalmente a los 6 años ya que es en esta edad en la que el niño entra a la escuela primaria, en donde se establecen reglas y conductas que requieren de una mayor atención, las cuales el niño que padece TDA, le cuesta trabajo cumplir por su falta de atención.
- El TDA no respeta edades, sexo o posición social y no es exclusivo de la infancia; también lo presentan adolescentes y adultos y su incidencia es mayor en niños que en niñas.
- Por la inadaptabilidad del niño se produce un rechazo que perjudica de por vida la capacidad del niño para desenvolverse dentro de su familia, en su escuela y en la sociedad en general.
- Existe una alta correlación entre el TDA y el fracaso en la sociedad. Un porcentaje significativo de individuos que abandonan la escuela, no consiguen empleo, fracasan en sus relaciones interpersonales, se apiñan en nuestro sistema penitenciario e incluso se suicidan, fueron niños que padecieron este trastorno sin los beneficios de su identificación, de la intervención y el tratamiento.
- El TDA suele presentarse acompañado por otros trastornos, los cuales agravan la situación afectando profundamente el desarrollo del niño, y

llegan a confundir a padres y maestros, ya que no sólo se tiene que atender el TDA, sino también el trastorno que lo acompaña y en ocasiones pueden enfocarse más a los trastornos asociados que al TDA.

- Podemos decir que la mejor ayuda que podemos proporcionar a estos niños es la detección oportuna por medio de maestros que estén informados acerca de este trastorno, logrando una intervención a una edad temprana, para impedir el ciclo de fracaso, frustración y caída de la autoestima.
- Una vez detectado el TDA es indispensable que sea canalizado al especialista capacitado para realizar el diagnóstico adecuado, quien decidirá cual es tratamiento más adecuado para el niño. No hay que olvidar que cada niño es diferente y el tratamiento no siempre es el mismo. El medicamento, la dosis y el tiempo de administración varían de un niño a otro.
- Mientras más rápido se aplique el tratamiento, más efectos benéficos se obtienen para controlar con éxito el TDA, esperando que la calidad de vida de un niño con este trastorno mejore en todos los ámbitos.
- Como pedagogas consideramos que el tratamiento debe abarcar cuatro aspectos: individual, donde se tratará la autoestima del niño; familiar y medio ambiente, donde se busca ayudar a entender a las personas que lo rodean que es el TDA y como se presenta para así poder apoyar al niño; farmacológico, el cual, por medio de medicamentos ayudaran a controlar la impulsividad e hiperactividad de niño; y por último el escolar, el cual pretende integrar al niño con TDA a un sistema escolarizado normal.

- Las personas con TDA tienen una forma diferente de aprender en comparación con las demás personas. Se dice que aprenden más en movimiento, construyendo y tocando; por eso convendría que el ambiente escolar permitiera que cada persona descubriera su propio estilo de aprender y lo desarrollara, sin pretender encasillar a los alumnos en un solo estilo, aunque desde luego esto implica flexibilidad y apertura por parte de los maestros.
- Para lograr esto, consideramos que es necesario que en las escuelas se tenga la responsabilidad de actuar como equipo y hacer cuanto se pueda por satisfacer con eficacia las necesidades de estos niños. Esto supone proporcionar a cada uno el ambiente y las herramientas necesarias, e inculcarle las habilidades y la confianza que le permitan aprender y sentirse bien consigo mismo. Se debe ser paciente, positivo y comprensivo (procurar ver al niño total más allá de sus conductas) mientras se brinda apoyo y se remueven los obstáculos del camino.
- La propuesta en esta tesis pretenden ayudar a que el maestro tenga un mejor desempeño en su labor docente y así el niño con TDA pueda desarrollarse integral y eficazmente dentro de una sociedad, logrando con ello que crezca como una persona productiva, abarcando las exigencias que esta impone.
- Hay muchos niños con TDA que se han convertido en adultos muy exitosos. Han cultivado sus puntos fuertes, su creatividad y sus aptitudes para la supervivencia de una manera provechosa. Por otro lado a muchos otros no les ha ido bien.
- Hablar de TDA en la niñez de forma general, resulta una tarea difícil, pero sobre todo amplia, por lo que se requiere de la participación de los padres,

maestros y en general de las personas adultas que interactúan en la educación del niño, para dirigirlos con fines constructivos logrando una mejora en su autoestima.

Tomando en cuenta todo lo antes mencionado pensamos que es importante considerar la individualidad de cada persona y respetarlo como tal y es aquí donde nos encontramos con una disyuntiva, ya que los niños con TDA no deberían ser integrados a un sistema escolarizado, pues sus necesidades son diferentes, pero la sociedad en la que vivimos exige esta integración, ya que si no se cumple con las expectativas que esta sociedad impone, se es relegado y rechazado y es cuando nos preguntamos que es mejor, ¿si integrarlo y que cumpla con lo que la sociedad impone o crear instituciones especiales para estos niños y educarlos en un sistema aparte?, llegando a la conclusión que hoy en día el TDA es poco conocido por las familias y maestros y todavía es muy pronto para que la sociedad entienda que estos niños necesitan su espacio y por esto que una de las grandes tareas del pedagogo es concientizar a los maestros para que ellos contribuyan en un desarrollo integral mejorando la calidad de vida de los niños con TDA, integrarlos para que no sean rechazados.

También sabemos que hay muchas preguntas y pocas respuestas y un gran camino por recorrer respecto de la comprensión social y, sobre todo del tratamiento en sí. Podemos decir que hay muchas versiones, pero el trastorno sigue siendo el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

-  Barkley, Russell A.
Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales.
Ed. Paidós.
1999.
-  Benassini, Oscar.
Trastornos de la Atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo.
Ed. Trillas.
2002.
-  Benavides Tijerina de Adame, Greta.
El niño con Déficit de Atención e Hiperactividad. Guía para padres.
Ed. Trillas.
2003.
-  Biederman Joseph.
Seminario sobre el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad.
Hospital Ángeles.
Tríptico.
México, 2001.
-  Boujon, Christophe, Christophe Quaireau.
Atención, aprendizaje y rendimiento escolar.
Narcea, S. A, de Ediciones Madrid.
1999.

-  Brown, Thomas.
Modelo de Funciones Ejecutivas Alteradas en el TDA, Conferencia Impartida en el Curso sobre Trastorno Por Déficit de Atención.
Hospital Ángeles.
Tríptico.
México D. F., septiembre, 2001.
-  Dixie V. Lippincott.
La enseñanza y el aprendizaje en la escuela primaria.
Ed. Paidós Buenos Aires.
1996.
-  Dr. Eduardo Barragán.
El niño y el adolescente con TDA; su mundo y sus soluciones.
Edición Especial para Laboratorios Novartis.
2001.
-  Dra. Matilde Ruíz García.
Trastorno por Déficit de Atención: diagnóstico y tratamiento.
Editores de textos mexicanos.
México, 2003.
-  Elias Cuadros, Yolanda.
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento.
Ed. Trillas.
2005.
-  Enciclopedia de Selecciones Reader's Digest.
Volumen 5.
1995.

📖 Galindo Sonteimer, Diana.

El Trastorno por Déficit de Atención y los Problemas de Aprendizaje.

Revista: El Psicólogo Anahuac.

No. 8 Alina.

México 1999.

📖 Hallwell, Edward M. John J. Ratey.

Trastorno de Déficit de Atención: controlando la hiperactividad: como superar el Déficit de Atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad Adulta.

Ed. Paidós.

2001.

📖 Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", Curso de enfermería Psiquiátrica.

📖 Compiladora: Josellevich, Estrella.

Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en niños, adolescente y adultos.

Ed. Paidós.

2000.

📖 Mendoza Estrada, Maria Teresa

¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una Guía para padres y maestros?

Ed. Trillas.

México 2003.

-  Moraleda, Mariano.
Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, adultez y senectud.
Ed. Alfaomega, Boixareu, Marcombo.
1999.
-  Petrouski A.
Psicología evolutiva y pedagogía.
Ed. Cartago Argentina.
1993.
-  Rief, Sandra F.
Como tratar y enseñar el niño con problemas de Atención e Hiperactividad.
Técnicas, estrategias e intervenciones para el Tratamiento del TDA/TDAH.
Ed. Piados.
-  Silver, Larry B.
El niño incomprendido: Guía para padres de niños con dificultades de aprendizaje.
Fondo de Cultura Económica.
1988.
-  Stenhouse, Lawrence.
Investigación y desarrollo del currículum.
Ed. Morata, S. L.
Madrid, 1998.
-  Periódico Milenio.
04 de Enero del 2005.

- ~ <http://www.tda-h.com/>
- ~ <http://www.anshda.org/>
- ~ <http://www.nami.com/helpline/adhd-spanish.html>
- ~ <http://www.iladiba.com/upr/1998/No11998/htm/hiperac.htm>
- ~ <http://wwwzonapediatrica.com/patologías/hiperactividad.htm>
- ~ <http://www.redsaludmental.com/>
- ~ <http://www.alcmeon.com.ar>
- ~ <http://www.linca.org/hiperactividad.html>

ANEXO

ANEXO

MEDICAMENTOS

En el tratamiento del TDA se emplea típicamente dos categorías principales de medicamentos.

Medicamentos estimulantes. Éstos son los prescritos con mayor frecuencia y han sido empleados y estudiados durante muchos años. Se sospecha que estas drogas tienen un efecto sobre los neurotransmisores y permiten al niño una mejor concentración, así como regular su nivel de actividad y sus conductas impulsivas.

Entre estos medicamentos se cuentan:

- El metilfenidato (Ratilina, Rubifen)
- La dextroanfetamina (Dexedrina en los Estados Unidos)
- La pemolina (Cobadeny, Tamilan).

Antidepresivos tricíclicos. También se piensa que estas drogas actúan sobre los neurotransmisores cerebrales. A menudo se prescriben a niños que no pueden tomar estimulantes, o que presentan signos de depresión clínica, además de TDA.

Esta categoría incluye:

- La imipramina (Tofranil, Elepsin)
- La desimipramina (Nebрил)
- La amitriptilina (Elsitrol, Tryptanol, Usen Retard).

Hasta que este grupo de medicamentos alcance un nivel terapéutico pueden transcurrir de dos a tres semanas.

Hay otras medicaciones menos empleadas para el tratamiento de TDA:

- El cataprés (Catapresan) es una de estas drogas; su acción es totalmente distante de los estimulantes o los antidepresivos tricíclicos. A menudo se prescribe a adultos hipotensos. Sin embargo, su efecto sobre la conducta en el TDA es en realidad desconocida.
- El cataprés se presenta en un parche transdérmico y también en tabletas, y puede ser útil para el niño hiperactivo y agresivo. El cataprés puede provocar somnolencia, pero este efecto se reduce al cabo de dos a cuatro semanas de tratamiento. También en este caso es importante que el maestro observe la conducta y el nivel de actividad del niño.

Cuando el alumno inicia una terapia con medicación, hay un período de prueba durante el cual el médico trata de determinar la droga y la dosis adecuadas. Algunos niños tienen la suerte de logra una mejoría inmediata. Con otros lleva más tiempo encontrar el medicamento y la dosis. Algunos niños no mejoran con drogas, y otros no pueden tolerar ninguna medicación. Entre el 20 y 30% no responden a la terapia con medicamentos.

¿Cuáles son los puntos más importantes que le maestro debe conocer acerca del manejo de la medicación para el TDA?

El maestro forma parte del equipo terapéutico en razón de la oportunidad única que tiene de observar la conducta del niño y su capacidad para prestar atención mientras está o no está medicado. Estas observaciones ayudan al médico a regular la dosis y a determinar si la medicación es eficaz. El maestro debe tener una libertad total para tomar contacto con los padres, el médico y la enfermera escolar, proporcionándoles información y observaciones, y planteándoles cualquier preocupación que pueda tener.

También es importante que el docente sepa que la medicación, las dosis y los intervalos entre tomas se suelen cambiar o ajustar hasta que se encuentran la receta o combinación correcta para el niño. Como cada niño metaboliza el medicamento con un ritmo propio, en muchos aparecen efectos colaterales, o la medicación se vuelve inocua. Es común que estos ajustes resulten necesarios.